

# Leefstijltraining-PLUS

Implementatiehandleiding



Drs. Koos de Haan  
Froukje Wielenga, MSc.  
Dr. Berno van Meijel

Hogeschool Inholland, Domein Gezondheid, Sport & Welzijn  
Lectoraat GGZ-verpleegkunde  
Juni 2012

© 2012 Hogeschool Inholland/Brijder Verslavingszorg

De Leefstijltraining-PLUS is gebaseerd op de Achilles Leefstijltraining 2 (De Wildt, 2006) en is ontwikkeld binnen het project LVG en Verslaving door Hogeschool Inholland en Brijder Verslavingszorg, in samenwerking met Esdégé-Reigersdaal en 's Heeren Loo Noord-Holland.

De Leefstijltraining-PLUS wordt vrij beschikbaar gesteld via de website van het lectoraat GGZ-verpleegkunde van de Hogeschool Inholland ([www.inholland.nl/lvgenverslaving](http://www.inholland.nl/lvgenverslaving)). Het is niet toegestaan om de Leefstijltraining qua inhoud en/of vorm aan te passen, zonder schriftelijke toestemming en betrokkenheid van de auteurs.

**Auteurs:**

Drs. Koos de Haan  
Froukje Wielenga, MSc.  
Dr. Berno van Meijel

**Illustraties:**

Thomas Behringer

**Contactgegevens:**

Lectoraat GGZ-verpleegkunde  
t.a.v. Lotte Seijsener  
Postbus 403  
1800 AK Alkmaar  
06-31006766

[Lotte.Seijsener@inholland.nl](mailto:Lotte.Seijsener@inholland.nl)

## Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>Implementatiehandleiding</b>	<b>5</b>
<b>1. De adoptiefase</b>	<b>5</b>
1.1. Besluit binnen de organisatie	5
1.2. Relaties en samenwerking tussen gehandicaptenzorg en verslavingszorg	6
1.3. Projectorganisatie en rolverdeling	6
1.4. Wet- en regelgeving	8
1.5. Ethische problemen	9
<b>2. De implementatiefase</b>	<b>10</b>
2.1. Organisatiestructuur en samenwerking binnen de organisatie	10
2.2. Hulpverlener	11
2.2.1. Competenties medewerkers	11
2.2.2. Verwachte en ervaren support	12
2.2.3. Aansluiting bij taakopvatting	13
2.2.4. Ethische problemen	13
2.3. De cliënt	13
2.4. Randvoorwaarden	14
2.4.1. Materiële voorzieningen	14
2.4.2. Beschikbare tijd	15
2.4.3. Logistieke zaken	15
<b>3. De institutionalisatiefase</b>	<b>17</b>
3.1. Borging continuïteit en inbedding	17

## Inleiding

De Leefstijltraining-PLUS is een module voor de behandeling en begeleiding van mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en problematisch middelengebruik of gameverslaving. Het doel van de training varieert per cliënt: dit kan zijn het bespreekbaar maken van het problematisch middelengebruik, het doorbreken ervan of het voorkomen van terugval. De Leefstijltraining-PLUS wordt uitgevoerd door behandelaren van de verslavingszorg (Leefstijltrainers en behandelaren van de Sociale Verslavingszorg) in samenwerking met persoonlijk begeleiders van de gehandicaptenzorg.

De training is het resultaat van het project '*LVG en Verslaving*' dat in 2009 van start is gegaan bij het lectoraat GGZ-Verpleegkunde van Hogeschool Inholland. Er is samengewerkt met Brijder Verslavingszorg, Esdégé-Reigersdaal en 's Heeren Loo Noord-Holland. De Leefstijltraining-PLUS is gebaseerd op de Achilles Leefstijltraining 2 van Wencke de Wildt (2001) en is aangepast voor mensen met een LVB.

Belangrijke uitgangspunten van de Leefstijltraining-PLUS zijn:

- Nadruk op het behalen van successen.
- Samenwerking tussen begeleider – behandelaar.
- Accent op toepassing in het dagelijks leven.
- Aangepast materiaal: eenvoudig taalgebruik en veel illustraties.
- Flexibiliteit.

De Leefstijltraining-PLUS maakt deel uit van een divers landelijk aanbod voor preventie en behandeling van middelenproblematiek bij mensen met een LVB. De verschillende vormen van preventie en behandeling worden aangeboden door het Trimbos-instituut, Stichting Landelijk Expertisecentrum De Borg en organisaties voor verslavingszorg. De situering van de Leefstijltraining-PLUS ten opzichte van het overige aanbod kan beschreven worden vanuit een stoplichtmodel:

- Groen: preventieprogramma's gericht op mensen met een LVB die kwetsbaar zijn voor middelenmisbruik. Voorbeeld: 'Open en Alert' van het Trimbos-instituut.
- Oranje: gerichte preventieprogramma's voor mensen met een LVB die regelmatig middelen gebruiken, maar niet verslaafd zijn. Voorbeelden: 'Bekijk het nuchter' van het Trimbos-instituut en de motivatietraining 'Het Begin' van Hoeve Boschoord (De Borg).

- Rood: diverse vormen van behandeling en zorg die aangeboden worden door de verslavingszorg, gericht op mensen met een LVB en middelenmisbruik of verslaving. Voorbeeld: de 'Leefstijltraining-PLUS'.

Voor een succesvolle implementatie van de Leefstijltraining-PLUS in de verslavingszorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg is het van belang rekening te houden met een aantal factoren. Deze factoren hebben we uitgewerkt in een handleiding met aanbevelingen om tot optimale implementatie van de training te komen. Wij hebben hierbij gebruik gemaakt van het TNO-onderzoek 'Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties' (Fleuren e.a., 2002). We hebben managers van Brijder Verslavingszorg, Esdégé-Reigersdaal en 's Heeren Loo Noord-Holland gevraagd naar de mogelijke invloed van deze factoren op de implementatie van de Leefstijltraining-PLUS in de gehandicapten- en verslavingszorg. Hun adviezen zijn verwerkt in de implementatiehandleiding.

De handleiding is opgebouwd uit drie fasen die kunnen worden onderscheiden in het implementatieproces: de adoptie-, de implementatie- en institutionalisatiefase (Fullan, 1991 in Fleuren e.a., 2002). De adoptiefase bestaat uit de besluitvorming over het gaan inzetten van de Leefstijltraining-PLUS als behandelmogelijkheid binnen organisaties en de voorbereidingen op hoofdlijnen voor de invoering hiervan. De implementatiefase bestaat uit de specifieke voorbereidingen voor de invoering van de Leefstijltraining-PLUS en de eerste uitvoering ervan met cliënten. De laatste fase bestaat uit de inbedding, ofwel de institutionalisatie van de Leefstijltraining-PLUS binnen de organisatie, zodat de training structureel deel uit gaat maken van het behandel- en begeleidingsaanbod van de betreffende organisaties.

# Implementatiehandleiding

## 1. De adoptiefase

Aan de daadwerkelijke implementatie van de Leefstijltraining-PLUS gaat een belangrijke fase vooraf: de adoptiefase. In deze fase neemt de organisatie voor verslavingszorg of gehandicaptenzorg het besluit om te gaan werken met de Leefstijltraining-PLUS. Daarnaast worden er contacten gelegd tussen de gehandicaptenzorg en de verslavingszorg, zodat er gezamenlijke besluiten kunnen worden genomen over de implementatie en uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS.

### 1.1 Besluit binnen de organisatie

De keuze om de Leefstijltraining-PLUS op te nemen in het behandelaanbod van de verslavingszorg en/of in de woonondersteuning van de verstandelijk gehandicaptenzorg heeft consequenties op organisatieniveau. Het is daarom van belang dat de keuze voor implementatie van de Leefstijltraining-PLUS past binnen de visie en het beleid van de betrokken organisaties en dat er commitment is in alle lagen van de organisatie.

#### ***Aanbevelingen:***

- Gehandicaptenzorg: het besluit om de Leefstijltraining-PLUS te implementeren wordt genomen door het management van een regio of cluster. Dit gebeurt in samenspraak met de betrokken teams.
- Verslavingszorg: het is van belang dat er op alle niveaus binnen de organisatie commitment en consensus zijn met betrekking tot de implementatie en uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS. Het management van de organisatie dient visie, beleid en noodzakelijke randvoorwaarden vast te stellen op organisatie- en organisatieoverstijgend niveau.
- Aan de implementatie en uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS zijn additionele kosten verbonden. Dit heeft te maken met de scholing en intervisie van teams en de aanvullende coaching die de teams nodig hebben van de direct leidinggevende. Daarnaast kunnen er kosten zijn die samenhangen met extra inzet van behandel- en begeleidingsuren en met het vergoeden van de eigen bijdrage die de cliënt moet betalen voor de behandeling. Voor deze extra kosten dient vooraf dekking te zijn gevonden binnen de organisatie door het verantwoordelijke management.

## **1.2 Relaties en samenwerking tussen gehandicaptenzorg en verslavingszorg**

De goede samenwerking tussen de gehandicaptenzorg en de verslavingszorg is een belangrijke voorwaarde voor een effectieve implementatie en uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS. Daarom dienen in de adoptiefase ook op organisatieoverstijgend niveau besluiten te worden genomen.

### ***Aanbevelingen:***

- Er dient een gemeenschappelijk probleembesef en een ervaren noodzaak te zijn om de problemen rond de verslavingsproblematiek van cliënten met een LVB goed te behandelen. Dit bevordert de inzet en samenwerking tijdens de implementatie- en uitvoeringsfase van de Leefstijltraining-PLUS.
- Er dient een gezamenlijke visie van gehandicaptent- en verslavingszorg te worden geformuleerd op de problematiek bij de doelgroep, de hulpverlening en de samenwerking tussen beide sectoren. Het geniet de voorkeur om deze visie een gezamenlijk product te laten zijn, voortkomend uit een proces waarbij zowel behandelaren, cliëntbegeleiders, leidinggevend en bestuurders van de gehandicaptent- en verslavingszorg betrokken zijn. Indien mogelijk en wenselijk worden hierbij cliënten of hun vertegenwoordigers betrokken.
- De ontwikkelde visie dient in beleid te worden omgezet, zowel in de gehandicaptent- als in de verslavingszorg.
- Het is van belang om een samenwerkingsovereenkomst te sluiten met een beperkt aantal partners, zodat er van alle kanten commitment is en er duidelijke afspraken zijn over het doel en de inzet van middelen. Bij het aangaan van de samenwerking is het van belang de ervaren noodzaak van beide partijen goed in beeld te krijgen, zodat de samenwerking hierop kan worden afgestemd.
- Op bestuurlijk niveau worden principeafspraken over de samenwerking gemaakt.

## **1.3 Projectorganisatie en rolverdeling**

Voor een succesvolle implementatie en uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS is de duidelijke invulling van aantal rollen van belang. De rollen van projectleider, direct leidinggevende en hoger management worden hier beschreven. Daarnaast is het van belang dat de uitvoerende hulpverleners betrokken worden bij de implementatie.

**Aanbevelingen:**

- Voor de implementatie voor de Leefstijltraining-PLUS is het raadzaam een projectorganisatie op te zetten waarin professionals uit meerdere organisatielagen van samenwerkende zorginstellingen een rol toebedeeld krijgen.
- In de adoptiefase is het raadzaam om vanuit de projectorganisatie een communicatieplan op te stellen. Het doel dat nagestreefd moet worden is het informeren en enthousiasmeren van de organisatie over de nieuwe ontwikkeling. Bij voorkeur wordt hierbij gebruik gemaakt van de bestaande communicatiekanalen. Wanneer deze ontoereikend zijn, valt een (tijdelijke) specifieke nieuwsbrief te overwegen.

*Projectleider*

- Er dient een projectleider aangesteld te worden die de randvoorwaarden creëert om de implementatie van de Leefstijltraining-PLUS te laten slagen.
- De projectleider is een enthousiasmerend persoon die van een uitdaging houdt en niet bang is om nog niet betrede paden te begaan. Bovendien heeft deze werknemer beslissingsbevoegdheden, zodat geen onnodige vertraging ontstaat in het implementatieproces. Soms is het noodzakelijk een gedeeld projectleiderschap te realiseren tussen de samenwerkende instellingen.
- De projectleider dient de randvoorwaarden te creëren om de interventie te laten slagen. Deze voorwaarden kunnen lokaal verschillend zijn.

*Direct leidinggevende*

- De teammanager of clustermanager is een sleutelfiguur voor succesvolle implementatie. Hij/zij is bij voorkeur aanwezig bij elke teamvergadering en dient veel op de locatie aanwezig te zijn om de medewerkers te coachen.
- De direct leidinggevende dient inhoudelijk goed op de hoogte te zijn van de training en is verantwoordelijk voor het proces van implementatie en uitvoering.

*Bestuurlijk niveau*

- Het is van groot belang dat de Raad van Bestuur achter het besluit staat van de implementatie van de Leefstijltraining-PLUS. Het hoger management dient de noodzakelijke voorwaarden te creëren om de implementatie en uitvoering te laten slagen, zoals visie, beleid en afspraken met andere zorgaanbieders en zorgkantoren.
- Het hoger management van de verslavingszorg steunt de implementatie door het maken van afspraken met de gehandicaptenzorg en het sluiten van een samenwerkingsovereenkomst.



- Daarnaast is het van belang dat het hoger management indicatieaanvragen voor woonbegeleiding stimuleert, aangezien dit soms achterwege wordt gelaten. Er dient voorkomen te worden dat er concessies gedaan worden aan de begeleiding in de thuissituatie, omdat de kans van slagen kleiner is als er geen woonbegeleider betrokken is bij de training.

#### *Hulpverleners*

- De teams die de Leefstijltraining-PLUS gaan uitvoeren, dienen betrokken te worden bij de implementatie van de Leefstijltraining-PLUS. Wanneer uitvoerders van een vernieuwing betrokken zijn bij de implementatie ervan is de kans van slagen over het algemeen groter.

### **1.4 Wet- en regelgeving**

Voor de bekostiging van de uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS kan de verslavingszorg gebruik maken van de Zorgverzekeringswet. De gehandicaptenzorg is, voor de noodzakelijke inzet van cliëntbegeleiders, tijdens en rondom de training, afhankelijk van of de AWBZ of de WMO.

De indicatie is een dwingend kader. Voor cliënten die alleen ondersteunende (ambulante) begeleiding ontvangen is het zorgzwaartepakket soms ontoereikend om de begeleiding tijdens de behandelmomenten en in de thuissituatie te kunnen waarborgen.

De cliënten met ondersteunende begeleiding vallen binnenkort onder de WMO.

Welke gevolgen dit heeft voor de implementatie en uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS is nog onbekend.

#### ***Aanbevelingen:***

- Er dient een inventarisatie gemaakt te worden van cliënten die mogelijk deel gaan nemen aan de Leefstijltraining-PLUS. Hierbij moeten ook hun indicaties bekeken worden. Ingeschat moet worden of de indicaties toereikend zijn om de Leefstijltraining-PLUS uit te voeren. Indien dit niet het geval lijkt, dan is het raadzaam om na te gaan of de indicatie (tijdelijk) kan worden verhoogd.
- Op bestuurlijk niveau is het raadzaam om met het zorgkantoor afspraken te maken over mogelijke extra middelen die gemoeid zijn met de uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS bij zowel de gehandicaptenzorg als de verslavingszorg.
- Wanneer cliënten een eigen bijdrage moeten betalen voor de behandeling, dienen organisaties afspraken te maken over een eventuele tegemoetkoming of regelingen met de gemeente.

- Overwogen moet worden of mogelijk aanwezige reserves of flexibel in te zetten gelden binnen de organisatie voor bovenstaande doeleinden worden gebruikt.

### **1.5 Ethische problemen**

Tijdens de uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS kunnen hulpverleners ethische dilemma's tegenkomen die te maken hebben met de samenwerking tussen de organisaties, bijvoorbeeld als het gaat om de autonomie en de privacy van de cliënt of de verantwoordelijkheid van de hulpverlener.

#### ***Aanbeveling:***

- Organisaties dienen afspraken te maken over hoe om te gaan met autonomie, zeggenschap en privacy van de cliënt gedurende de behandeling. Dit kan onderdeel uitmaken van de eerder geformuleerde visie en moet in beleid worden uitgewerkt.

## 2. De implementatiefase

Tijdens fase 2 wordt de Leefstijltraining-PLUS stapsgewijs ingevoerd. Een aantal factoren is tijdens deze fase van invloed op een effectieve implementatie. We onderscheiden het niveau van de organisatie, de hulpverlener, de cliënt en de randvoorwaarden. Wanneer het implementatieproces verschillend verloopt per sector, wordt dit beschreven.

### 2.1 Organisatiestructuur en samenwerking binnen de organisatie

Een organisatie is opgebouwd uit meerdere lagen, waarbij ook vaak sprake is van een gerichtheid op verschillende doelgroepen. Bij de implementatie van de Leefstijltraining-PLUS zijn de volgende organisatieonderdelen van toepassing: in de gehandicaptenzorg de onderdelen waar ondersteuning wordt geboden aan cliënten met een LVB en in de verslavingszorg de onderdelen waarin behandeling wordt geboden.

#### **Aanbevelingen:**

- De principeafspraken die in de adoptiefase op bestuurlijk niveau zijn gemaakt dienen in de implementatiefase te worden uitgewerkt op regionaal niveau. De projectorganisatie zoals beschreven in 1.3 blijft hierbij van toepassing.
- Daarnaast moet overwogen worden om zogenaamde aandachtfunctionarissen of taakhouders 'Middelengebruik en LVB' aan te stellen. Zij worden in een organisatieonderdeel als deskundige op dit gebied beschouwd en kunnen advies geven aan andere medewerkers.
- In sommige situaties dient (tijdelijk) een nieuwe structuur te worden opgezet waarmee de behandeling met de Leefstijltraining-PLUS wordt gefaciliteerd, ondersteund en/of uitgevoerd. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de verslavingszorg werkt met een doelgroepbeleid.
- In beide sectoren dient organisatiebreed bekendheid te worden gegeven aan de Leefstijltraining-PLUS. Het is van belang dat leidinggevendenden, de teams en de ondersteunende dienst op de hoogte zijn van het bestaan van de Leefstijltraining-PLUS, zodat een cliënt zo snel mogelijk wordt doorverwezen naar de Leefstijltraining-PLUS wanneer hij hiervoor in aanmerking komt.
- Binnen de regio's of clusters en ondersteunende dienst van de gehandicaptenzorgorganisaties dient bekend te zijn hoe de samenwerking geregeld is met de verslavingszorg. Voor de verslavingszorg is dit omgekeerd eveneens van belang.

- Op lokaal niveau dient er goed contact te zijn tussen zowel het management als de uitvoerders van de ondersteuning of behandeling. Men weet elkaar te vinden en aan te spreken voor afstemming en samenwerking.
- In de gehandicaptenzorg vindt de implementatie bij voorkeur op regio- of clusterniveau plaats. Zo kan de begeleiding en behandeling optimaal afgestemd worden op de cliënt. Ook de scholing van medewerkers vindt plaats op dit niveau.
- Het verdient aanbeveling de expertise in de gehandicaptenzorg te bundelen door persoonlijk begeleiders intensief samen te laten werken met een gedragswetenschapper of orthopedagoog met kennis van de doelgroep en van de Leefstijltraining-PLUS.

## **2.2 Hulpverlener**

Ook op het niveau van de hulpverlener zijn verschillende factoren te onderscheiden die het implementatieproces mogelijk beïnvloeden. De hulpverleners die de Leefstijltraining-PLUS uitvoeren zijn:

- Behandelaren van de verslavingszorg (Leefstijltrainers en behandelaren van de Sociale Verslavingszorg).
- Persoonlijk begeleiders van de gehandicaptenzorg.

We beschrijven de competenties van de medewerkers, de verwachte en ervaren support, de aansluiting bij de taakopvatting, de overeenkomst in doelen en het omgaan met ethische problemen.

### **2.2.1 Competenties medewerkers**

Voor de uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS is het van belang dat de hulpverlener de juiste kennis, vaardigheden en attitude in huis heeft. Dit heeft invloed op de competenties en op de self-efficacy van de hulpverlener, en zo op de uiteindelijke kwaliteit van de uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS.

#### ***Aanbevelingen:***

- De teamleden dienen twee tot vier dagdelen voorafgaand aan de uitvoering van de Leefstijltraining scholing te volgen. Vervolgens wordt aanbevolen gedurende de uitvoering van de training viermaal per jaar intervisie te volgen, zodat zij de competenties ontwikkelen die nodig zijn om de Leefstijltraining-PLUS goed uit te voeren.
- Indien de Leefstijltraining-PLUS zich in de implementatie- en institutionalisatiefase bevindt, is het wenselijk om de intervisie frequenter te laten plaatsvinden. De behandelaren (verslavingszorg) en begeleiders (verstandelijk gehandicaptenzorg) volgen de scholing en intervisie bij

voorkeur gezamenlijk, zodat zij kennis en ervaringen uit kunnen wisselen en elkaar leren kennen.

- Voor organisaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg geldt dat het belangrijk kan zijn om het hele team te laten scholen. De teamleden kunnen van elkaar leren, elkaar steunen en de begeleiding van elkaar overnemen zodat de continuïteit gewaarborgd wordt.
- Eventueel kan een onderscheid gemaakt worden in het niveau dat gevraagd wordt van de begeleiders, bijvoorbeeld door alleen de persoonlijk begeleiders deel te laten nemen aan de scholing. Zij kunnen dan de kennis en vaardigheden overdragen aan hun collega's.
- In de verslavingszorg is het van belang in de scholing aandacht te besteden aan de herkenning van verstandelijke beperkingen bij hun cliënten, zodat ook cliënten die niet als zodanig zijn aangemeld herkend worden.
- De scholing dient gericht te zijn op de voorbereiding, inhoud en uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS. Daarnaast is het wenselijk om bejegening en gesprekstechnieken aan de orde te laten komen (Motiverende Gespreksvoering en Oplossingsgericht Werken).

### **2.2.2 Verwachte en ervaren support**

De uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS is voor hulpverleners een uitdagende activiteit. De doelgroep heeft complexe hulpvragen waarop de directe antwoorden vaak moeilijk te vinden zijn. Daarom is het van belang dat de hulpverleners zich bij de uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS gesteund voelen door de organisatie.

#### ***Aanbevelingen:***

- De teamleden worden gedurende de implementatie en de uitvoering gecoacht door de team- of clustermanager en/of projectleider.
- Voorwaarden op organisatieniveau (zie 1.1) dienen gerealiseerd te zijn zodat de hulpverleners optimaal gefaciliteerd worden voor de uitvoering van hun werk. Denk hierbij aan de in 2.1 genoemde aandachtfunctionarissen of taakhouders.

### **2.2.3 Aansluiting bij taakopvatting**

Hulpverleners hebben een taakopvatting die soms voortkomt uit traditie en gewoonte. Wanneer nieuwe taken of werkzaamheden verlangd worden, in dit geval het doelgericht behandelen en begeleiden van LVB-cliënten met verslavingsproblematiek, dan kan er sprake zijn van weerstand tegen de taakverandering.

**Aanbeveling:**

- In de scholing wordt bij voorkeur aandacht besteed aan de verandering van taken die samengaat met de implementatie van de Leefstijltraining-PLUS.

**2.2.4 Overeenkomst in doelen**

Het is van belang dat bij de uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS de hulpverleners uit de gehandicapten- en verslavingszorg overeenkomstige doelen hebben waar ze ieder vanuit hun eigen perspectief – samen met de cliënt – aan werken.

**Aanbeveling:**

- Zowel voorafgaand als tijdens de uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS dient er overleg plaats te vinden tussen de behandelaar en de persoonlijk begeleider. Indien de cliënt zijn/haar doelen bijstelt, dan is hernieuwd overleg noodzakelijk.

**2.2.5 Ethische problemen**

Tijdens de uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS kunnen hulpverleners ethische dilemma's tegenkomen, bijvoorbeeld als het gaat om de autonomie en de privacy van de cliënt of de verantwoordelijkheid van de hulpverlener.

**Aanbevelingen:**

- De hulpverleners worden gedurende de implementatie en de uitvoering gecoacht door de team- of clustermanager en/of projectleider. Tijdens deze coaching kunnen ook ethische aspecten van hulpverlening aan de LVB-doelgroep ter sprake komen. De aandachtfunctionaris of taakhouder kan hierbij adviseren (zie 2.1).
- De hulpverleners volgen bij voorkeur minimaal viermaal per jaar intervisie, waarin ethische dilemma's worden besproken.

**2.3 De cliënt**

Een belangrijke factor waarmee rekening gehouden dient te worden tijdens het implementatieproces is de therapietrouw van de cliënt. Dit is de mate waarin de cliënt de behandeling daadwerkelijk gaat volgen. Om een cliënt een succesvolle behandeling te kunnen bieden, is het van belang om een inschatting te maken van de voorwaarden die de cliënt nodig heeft om de Leefstijltraining-PLUS af te ronden. Te denken valt aan: motivatie, informatie over het verloop van de training, een werkbare relatie met een persoonlijk begeleider en behandelaar, succeservaringen gedurende de training.

**Aanbevelingen:**

- De cliënt dient zelf toestemming te hebben gegeven voor deelname aan de training. Om de cliënt te motiveren zijn motivatiebevorderende gesprekstechnieken in de Leefstijltraining-PLUS opgenomen.
- De informatie over de behandeling dient aangepast te zijn aan de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt, omdat het van belang is dat de cliënt op de hoogte is van het verloop van de behandeling.
- De cliënt dient een werkbare relatie te hebben met de persoonlijk begeleider en behandelaar.
- De keuze voor Leefstijltraining-PLUS dient in overeenstemming te zijn met de belasting die de cliënt aankan.
- Een zorgvuldige indicering is van groot belang. Voorafgaand aan de intake dient goed geïnventariseerd te worden welke voorwaarden gerealiseerd dienen te worden opdat de cliënt de training succesvol kan volgen. Cliënten met een ernstige verslaving die moeilijk te motiveren zijn voor een behandeling hebben wellicht meer baat bij langdurige zorg vanuit de OGGZ.
- Wanneer de indicatie ontoereikend is om de ondersteuning in de thuissituatie te waarborgen, dient de leefstijltraining niet te worden uitgevoerd. De kans op een succesvolle uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS is dan klein (zie 1.4).
- Indien er een vermoeden bestaat dat de cliënt een verstandelijke beperking heeft, is het wenselijk om de intakeprocedure korter en eenvoudiger vorm te geven. De persoonlijk begeleider maakt een inschatting van de draagkracht van de cliënt en overlegt met de intaker over hoe de intake kan worden aangepast.

## **2.4 Randvoorwaarden**

Onder randvoorwaarden verstaan we de noodzakelijke faciliteiten en de rollen van de betrokkenen in het implementatieproces. Dit zijn de materiele voorzieningen, de administratieve ondersteuning, de beschikbare tijd en de logistieke zaken.

### **2.4.1 Materiële voorzieningen**

De werkbladen, handleiding en voor- en nadelenkaartjes kunnen gedownload worden van de website van het lectoraat GGZ-verpleegkunde van Hogeschool Inholland ([www.inholland.nl/lvgenverslaving](http://www.inholland.nl/lvgenverslaving)) en geprint worden. De behandelaar en persoonlijk begeleider zijn hier zelf verantwoordelijk voor.

**Aanbevelingen:**

- De behandelaar dient zorg te dragen voor de beschikbaarheid van de juiste materialen, zoals voldoende werkbladen waarop de cliënt het middelengebruik kan registreren.
- Het bordspel 'TRIP', dat tijdens de training kan worden ingezet, dient van tevoren aangeschaft te worden bij het Trimbos-instituut.

**2.4.2 Beschikbare tijd**

De Leefstijltraining-PLUS kost meer tijd dan de reguliere leefstijltrainingen, omdat LVB-cliënten meer tijd nodig hebben om zich de juiste kennis en vaardigheden eigen te maken. Om de Leefstijltraining-PLUS effectief te laten zijn, is tevens veel voorbereidingstijd nodig, waarin de behandelaar en persoonlijk begeleider contact met elkaar leggen en afstemmen over de invulling van de training. Daarnaast kan het voorkomen dat de behandeling plaatsvindt bij de cliënt thuis. De behandelaar heeft hiervoor extra tijd nodig.

**Aanbeveling:**

- De behandelaar en persoonlijk begeleider dienen voldoende tijd beschikbaar te hebben om de cliënt te kunnen behandelen en te ondersteunen. Bij 1.1 is beschreven dat hiervoor in de adoptiefase randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd.
- Wanneer de indicatie geen ruimte biedt voor extra ondersteuning door de persoonlijk begeleider in de thuissituatie kan de Leefstijltraining-PLUS beter niet worden uitgevoerd, omdat de kans op succes dan heel klein is. Er kan eventueel onderzocht worden of de indicatie verhoogd kan worden (zie 1.4).

**2.4.3 Logistieke zaken**

De middelen dienen beschikbaar te zijn om de training effectief aan te kunnen bieden: in de handleiding worden allerlei zaken genoemd die hiervoor nodig zijn.

**Aanbevelingen:**

- Goede randvoorwaarden dienen gecreëerd te worden, zodat cliënten in de gelegenheid worden gesteld om de Leefstijltraining-PLUS bij te wonen en de opdrachten die uit de training voortkomen goed uit te voeren.
- Materiele middelen dienen beschikbaar te zijn om de training effectief uit te voeren (zie de *Handleiding*, die voor de Leefstijltraining-PLUS beschikbaar is).
- Verstandelijk gehandicaptenzorg: het is van belang dat de woonbegeleider aanwezig is bij de behandelmomenten en hiervoor de tijd kan nemen. Dit



geldt ook voor begeleidingswerkzaamheden gericht op generalisatie en transfer van kennis en vaardigheden die zijn opgedaan tijdens de training.

- Verslavingszorg: de behandelaar heeft voldoende tijd beschikbaar voor de voorbereidingen op de behandeling. Het is van belang dat hij/zij afstemming realiseert met de woonbegeleiding over cliëntspecifieke aanpassingen in de behandeling. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat het aantal bijeenkomsten het maximaal toegestane aantal voor de reguliere Leefstijltraining overschrijdt.

### 3. De institutionalisatiefase

In de fase van institutionalisatie worden de bereikte resultaten bestendigd.

#### 3.1 Borging continuïteit en inbedding

Ziekte, vakantie en personeelsverloop zijn een bedreiging voor de continuïteit van de behandelingen dus ook voor het aanbieden van de Leefstijltraining-PLUS. Om de continuïteit van de uitvoering zo goed mogelijk te waarborgen, is het van belang om voldoende mensen te scholen, zodat continue zorg gegarandeerd kan worden. Het is dus van belang dat er goede afspraken zijn over het vervangen van elkaar in geval van afwezigheid.

##### ***Aanbevelingen:***

- Wanneer de implementatiefase voorbij is, dan is het van belang dat het geheel van activiteiten en verantwoordelijkheden in de normale organisatiestructuur verankerd worden. Meestal houdt dit een hernieuwde beschrijving van procedures in en de toebedeling van extra (inhoudelijk) aandachtsgebieden aan zowel managers, aandachtfunctionarissen of taakhouders als hulpverleners.
- Voor gehandicaptenzorgorganisaties geldt dat op cluster- of regioniveau voldoende mensen geschoold dienen te worden in een team, zodat hulpverleners taken van elkaar over kunnen nemen.
- In het team dienen heldere afspraken gemaakt te worden over de rolverdeling en het overnemen van taken.
- De Leefstijltraining-PLUS dient te worden opgenomen in de kwaliteitscyclus die de instelling gebruikelijk hanteert. Monitoring en bijstelling maken hier onderdeel van uit.
- Het is van belang extra aandacht te besteden aan de continuering van de samenwerking op alle genoemde niveaus in de organisatie en tussen de organisaties. Het bewust inplannen van ontmoetingen om de samenwerking te evalueren en zonodig bij te stellen verdient aanbeveling.