



# Novadic-Kentron Groep

## Zorgbeschrijving



# Novadic-Kentron Groep

## Zorgbeschrijving

### Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Verslaving en verslavingszorg</b> .....	<b>5</b>
2.1	Wat is verslaving? .....	5
2.2	Wie zijn verslaafd en waaraan? .....	6
2.3	Maatschappelijke kosten en gezondheidsschade verslaving .....	6
2.4	Verslavingszorg en verslavingskunde .....	7
2.5	De effectiviteit van de verslavingszorg .....	8
2.6	Bestuurlijk Akkoord GGZ en toekomstvisie Verslavingszorg .....	9
<b>3</b>	<b>Missie, visie en beleid Novadic-Kentron Groep</b> .....	<b>11</b>
3.1	Wie zijn wij? .....	11
3.2	Onze missie .....	12
3.3	Vijf leidende principes voor de komende jaren .....	12
3.4	Zorgvisie .....	12
3.5	Samenwerking in de keten .....	13
3.6	Onderzoek en ontwikkeling .....	14
<b>4</b>	<b>Cliënten en zorg Novadic-Kentron Groep</b> .....	<b>15</b>
4.1	Kenmerken cliënten .....	15
4.2	Inrichting van de zorg .....	16
4.3	Advies en inschrijving (matched care) .....	17
4.4	Aanbod en speerpunten per zorgdomein .....	18
4.4.1	Leefstijl & Preventie .....	18
4.4.2	Verslavingszorg .....	20
4.4.3	Maatschappelijke Steun .....	23
4.5	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenparticipatie .....	25
<b>5</b>	<b>Metten is weten</b> .....	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>Meer informatie?</b> .....	<b>28</b>
<b>Bijlage:</b>	<b>factsheet</b> .....	<b>29</b>



# Novadic-Kentron Groep

## 1 Inleiding

Elk jaar worden bij de Novadic-Kentron Groep, de instelling voor verslavingszorg in Noord-Brabant en een van de grootste in Nederland, ongeveer 10.000 cliënten behandeld. Voor management en medewerkers is dat niets bijzonders. Zij kijken er niet van op als een nieuwe cliënt belt of voor het eerst een locatie binnen wandelt. Maar zoals iedereen zich een ziekenhuisopname of bezoek aan een specialist zal herinneren, geldt dat ook voor elke individuele cliënt die zijn hoop vestigt op de professionals binnen de verslavingszorg. De cliënt die worstelt met een probleem – ontkennen, bagatelliseren, relativiseren en geleidelijk, tegen wil en dank of onder druk van de bezorgde omgeving, erkennen – en die uiteindelijk de stap neemt om die telefoon te pakken. Misschien nog wat twijfelt, het nummer opzoekt, met luid kloppend hart, en dan uiteindelijk toch die drempel over stapt. En dan begint het nog maar.

Zelfs de meest betrokken behandelaars zullen zich niet elk van hun cliënten herinneren, maar onze cliënten zullen ons wel onthouden. Alles wat wij doen – protocollen ontwikkelen, behandelingen verbeteren, een nieuwe zorgvisie implementeren – en alles wat in het externe veld gebeurt – invoering van een eigen bijdrage, het opdrogen of herleiden van financieringsstromen, het veranderen van eisen van zorgverzekeraars – heeft impact op die individuele cliënt, op de uitkomst van de behandeling, en op de manier waarop die cliënt vertelt over zijn ervaringen binnen de verslavingszorg. Als hij of zij er überhaupt over durft te praten, want in tegenstelling tot de meeste bezoekers van het ziekenhuis, zullen de meeste cliënten te maken hebben met schaamte, taboes en stigmatisering.

Voor iedereen die in of met de zorg werkt, is het nodig af en toe stil te staan bij die ene cliënt die hier met zijn eigen bagage naar binnen stapt. In zijn ogen wordt alles wat wij doen uitvergroot: persoonlijk, concreet en onuitwisbaar. Zo moeten ook wij zo nu en dan naar ons werk kijken.

In deze zorgbeschrijving vindt u – als ketenpartner, financier, medewerker van de gemeente, zorgverzekeraar, verwijzer of andere professional – een beschrijving van wat wij doen. Eerst bieden wij u een beknopte toelichting op wat verslaving is, hoe vaak het in Nederland voorkomt en hoe de verslavingszorg zich heeft ontwikkeld. Vervolgens gaan wij dieper in op de visie en de zorg van de Novadic-Kentron Groep. We geven een aantal kengetallen en beschrijven de breedte van onze dienstverlening. Per zorgdomein staan we kort stil bij onze speerpunten.

Op deze wijze willen wij u een helder beeld en een duidelijk overzicht bieden van de totale Novadic-Kentron Groep. Maar achter deze beschrijving van onze missie, de zorgpaden, de getallen en de opsommingen van wat we doen – tussen de regels door als het ware – moeten de contouren zichtbaar blijven van die individuele cliënt, die tijdelijk of voor langere tijd, eenmalig of bij herhaling, een deel van zijn leven in onze handen legt.





## 2 Verslaving en verslavingszorg

Een van onze medewerkers vertelde dat zij bij een voorlichtingsbijeenkomst over het digitaal loket van de gemeente in gesprek raakte met een medewerker van de ouderenbond. “En waar bent u van?” vroeg deze meneer haar. “Ik werk bij de verslavingszorg”, was het antwoord. “Oh,” zei de heer, “daar hebben wij als ouderenbond natuurlijk niks mee te maken.”

Deze reactie is zeer typerend voor het terrein van verslaving en verslavingszorg. Verslaafden, dat zijn verloederde zwervers op bankjes met een gebruikte spuit eronder, of de verlopen alcoholist achter zijn krat pils met de gordijnen dichtgetrokken. De stigmatisering van verslaafden is veel groter dan bij andere zieke en kwetsbare mensen in deze samenleving, hij of zij krijgt met nog veel meer onbegrip en vooroordelen te maken dan depressieve of angstige mensen. Alleen schizofrenen, psychopaten en pedofielen hebben nog een slechter imago.

Maar de verslaafden die overlast veroorzaken, vormen slechts een zeer klein deel van de cliënten. Een verslaafde kan ook een weduwe zijn die haar verdriet dempt met kalmeringsmiddelen, een 55-plusser die na zijn pensioen vereenzaamt en steeds vroeger en vaker naar dat borreltje grijpt of een jongen met een autistische stoornis die zichzelf verliest in het gamen. Verslaving is van alle tijden, alle leeftijden en alle mogelijke variaties in ernst en complexiteit.

### 2.1 Wat is verslaving?

Hoe vaak en hoe veel moet je gebruiken voor je verslaafd bent? Van verslaving is geen sluitende definitie te geven. Er is geen harde scheidslijn tussen niet en wel verslaafd; verslaving is een glijdende schaal. Naarmate iemand zich verder op deze schaal bevindt, verschuift de balans tussen het gebruik en andere levensgebieden. Het genotmiddel wordt steeds belangrijker en school, werk, wonen, financiën, sociale contacten en gezondheid krijgen minder aandacht en gaan daar geleidelijk onder lijden.

Probleem is dat de glijdende schaal steeds steiler wordt en de gebruiker op een bepaald punt de grip verliest en terugkrabbelen steeds moeilijker wordt. Verslaving wordt beschouwd als een (hersens)ziekte die chronisch kan worden, waarbij terugval een grote rol speelt. Maar deze chronische ziekte krijgt iemand niet van de ene op de andere dag.

#### *Fasen van afhankelijkheid en verslaving*

In de verslavingszorg gebruiken we de volgende schaal om de fasen van afhankelijkheid of verslaving aan te geven:

Fase	Omschrijving
Experimenteergedrag	Enmalig of incidenteel gebruik. Voorlichting over effecten van gebruik voorkomt gezondheidsrisico's door bijvoorbeeld een overdosis of combinatie van middelen.
Geïntegreerd of sociaal/recreatief gebruik	Regelmatig gebruik bij gepaste gelegenheden, geen verstoring van het (maatschappelijk) leven. Preventie, vooral gericht op risicogebruikers, kan overschrijden van de grenzen en toenemen van afhankelijkheid voorkomen.
Overmatig en problematisch gebruik	Frequent en aanzienlijk gebruik, ook op ongepaste momenten; problemen en kritische vragen van de omgeving nemen toe. Steun in de eigen omgeving, hulp door huisarts of generalistische BasisGGZ, online behandeling of ambulante hulp zijn in dit stadium effectieve interventies.
Afhankelijkheid en verslaving	Gebruiker is vele uren per dag bezig met het denken aan of gebruiken van middelen; grote problemen op het gebied van werk, vrienden, relaties, hobby's, gezondheid, et cetera. (Intensievere) ambulante hulp of een opname zijn meestal noodzakelijk om geheel of grotendeels te herstellen.
Chronische verslaving	De chronische fase treedt vaak in na verschillende vruchteloze pogingen om te stoppen met het middelenmisbruik. Zorg en begeleiding zijn erop gericht om kwaliteit van leven te verbeteren of tenminste verdere teruggang te voorkomen.

### Signalen van overmatig en problematisch gebruik

Met name de overgang naar overmatig en problematisch gebruik, is een grijs gebied. De volgende signalen kunnen wijzen op problematisch gebruik en een (beginnende) verslaving:

- > meer of vaker gebruiken dan voorgenomen;
- > niet kunnen stoppen;
- > een groot deel van de dag (in gedachten of in het echt) bezig zijn met gebruiken;
- > gebruiken om zich beter te voelen;
- > lichamelijke of psychische klachten door het gebruik of als gebruik wordt gestaakt;
- > verzuimen op school of werk;
- > sociale activiteiten of hobby's worden minder of helemaal opgegeven;
- > ruzie met gezinsleden.

## 2.2 Wie zijn verslaafd en waaraan?

Vele miljoenen Nederlanders gebruiken genotmiddelen en miljoenen Nederlanders zijn verslaafd. Hoeveel het er precies zijn, is afhankelijk van gehanteerde criteria. In onderstaande tabel ziet u gegevens samengesteld op basis van cijfers van het Trimbos-instituut en Ladis (Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem).

Aantal gebruikers/verslaafden 18-64 jaar in Nederland

Middel	Gebruikers	Verslaafden	Behandeling
Tabak (nicotine)	4.400.000	3.700.000 (84%)	nihil
Alcohol	9.800.000	800.000 (8%)	30.000 (4%)
Benzodiazepines	1.000.000	350.000 (35%)	nihil
Cannabis	400.000	80.000 (20%)	4.000 (5%)
Xtc	70.000	onbekend	250
Cocaïne	55.000	20.000 (36%)	6.000 (30%)
Heroïne	26.000	24.000 (92%)	17.000 (71%)
Amfetamine/speed	25.000	onbekend	800
Gokken	5.000.000	60.000 (1%)	6.000 (10%)
Internet/gamen	12.000.000	50.000 (<1%)	nihil

Met zoveel gebruikers en verslaafden is het verbijsterend dat verslaving nog steeds zo'n taboe is en er nog zo'n enorm stigma op rust. 20% van de Nederlandse bevolking lijdt ooit in zijn of haar leven aan misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs (in het laatste jaar: 4 tot 8%) (cijfers Nemesis 2). Dit is vergelijkbaar met de cijfers voor depressie en angst. Maar wie kijkt naar de gapende kloof tussen het aantal verslaafden en het aantal behandelenden, ziet hier op zijn minst een bijdrage van dit taboe. Slechts 4% van het aantal alcoholverslaafden laat zich behandelen in de specialistische GGZ. Deze mate van onderbehandeling is veel groter dan de onderbehandeling van depressie en angst.

Voor een deel komt dit doordat signalen (door bijvoorbeeld huisartsen) niet worden herkend, maar voor een groot deel wordt deze schrijnende onderbehandeling ook veroorzaakt door het stigma op verslaving. Dit werkt bovendien dubbel: de verslaafde schaamt zich, durft het thuis niet bespreekbaar te maken, en ook de huisarts ziet het vaak als een taboe om gebruik ter sprake te brengen. Om de onderbehandeling te verminderen, is niet noodzakelijkerwijs meer specialistische hulp nodig: interventies in de eigen omgeving, in de wijk, via online programma's of in de huisartsenpraktijk zijn in veel gevallen voldoende en effectief.

## 2.3 Maatschappelijke kosten en gezondheidsschade verslaving

Het verminderen van de onderbehandeling van verslaving wordt des te prangender als men kijkt naar de schade die verslaving op individueel en maatschappelijk gebied oplevert. Onderzoek van KPMG uit 2001 berekende de maatschappelijke schade van alcoholverslaving op 2,6 miljard euro per jaar. Gecorrigeerd voor inflatie zou dit nu bijna 4 miljard euro zijn. Grootste kostenpost is productieverlies door verzuim, ziekte en slechtere prestaties.



De ziektelast – de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie veroorzaakt door ziekten – wordt uitgedrukt in DALY's (Disability-Adjusted Life-Years). De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte.

In vergelijking tot andere leefstijlfactoren dragen genotmiddelen sterk bij aan de totale ziektelast in DALY's. Roken staat zelfs op de eerste plaats van determinanten van ziekten, met een bijdrage van 13%. Na overgewicht (9,7%) en verhoogde bloeddruk (7,8%) komt alcoholgebruik op de vierde plaats, met een bijdrage van 4,5%.

Gezondheids- en veiligheidsschade door drugs is minder gedetailleerd onderzocht, maar we weten dat met name harddrugs veel kosten met zich meebrengen voor de gezondheidszorg en daarnaast hoge (handhavings)kosten in verband met drugsgerelateerde delicten.

Een (bewezen) effectieve aanpak van verslaving – en minder onderbehandeling – is essentieel voor het verminderen van de ziektelast en de verlaging van de kosten veroorzaakt door verslaving. Zorg is echter ook duur (en steeds duurder) en inperking van de snel stijgende zorgkosten is een belangrijke prioriteit. Zoals in heel de gezondheidszorg geldt dat ook voor de verslavingszorg. De verslavingszorg streeft naar terugdringing van de zorgkosten door onder meer ambulantisering, nieuwe technologieën (online hulp), vroeginterventie, preventie, zo veel mogelijk gebruik van bewezen effectieve behandelingen, stimuleren van zelfmanagement en benutten van informele zorg, informatie-uitwisseling, samenwerking en netwerkvorming. Literatuuronderzoek van het RIVM (2014) toont overigens aan dat vrijwel alle behandelingen in de reguliere verslavingszorg nu al kostenbesparend of kosteneffectief zijn.

## 2.4 Verslavingszorg en verslavingskunde

Verslavingszorginstellingen zoals de Novadic-Kentron Groep komen voort uit de drankbestrijding uit het begin van de vorige eeuw. Rond 1950 werden dit bureaus voor alcoholisme, die in diverse grote steden in heel Nederland actief waren. Rond 1970 deden drugs hun intrede in Nederland en ontstond er een nieuw verslavingsprobleem. Daarmee werden de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD) een feit. Ook werd de stedelijke organisatie meer regionaal/provinciaal georganiseerd.

Rond 1988 doemde er een nieuw, relatief grootschalig verslavingsprobleem op: gokken. Door de versoepelde wetgeving rond de fruitautomaten meldden zich in korte tijd een groot aantal cliënten die in de (financiële) problemen waren geraakt door gokken. In die tijd veranderden de meeste CAD's hun naam in instelling voor verslavingszorg, met nog steeds dezelfde regionale/provinciale organisatiestructuur. Mensen werden daar ambulantly geholpen.

Daarnaast waren er verslavingsklinieken, die vaak aan de GGZ gelieerd waren en aanvankelijk vooral gericht op afkicken en niet op het ontwikkelen van een alternatieve leefstijl. Met deze klinieken werkten de ambulante instellingen intensief samen. Op enig moment kwam er een fusiegolf op gang tussen de ambulante en klinische instellingen. Zo ontstond in Oost-Brabant Novadic en in West-Brabant Kentron. In het begin van deze eeuw ontstonden er nieuwe fusiebewegingen. Veel verslavingszorginstellingen fuseerden met de GGZ. In Noord-Brabant was zo'n fusie, mede door de vele GGZ-instellingen, niet aan de orde. Wel fuseerden in 2003 Novadic en Kentron. Sinds 2012 spreken we van de Novadic-Kentron Groep, om onder een overkoepelende paraplu meer ruimte te bieden aan sterk verschillende bedrijfsonderdelen.

In de verslavingszorg, en zo ook bij de Novadic-Kentron Groep, heeft de zorg in afgelopen decennia een steeds bredere wetenschappelijke basis gekregen. Verslavingszorg wordt steeds meer gefundeerd op verslavingskunde. Het zoeken naar en hanteren van bewezen effectieve behandelprotocollen is bijna vanzelfsprekend geworden – althans binnen de reguliere verslavingszorginstellingen. Particuliere initiatieven en klinieken hanteren vaker minder degelijk wetenschappelijk onderbouwde methodes, zoals het frequent gebruikte Minnesotamodel (twaalfstappenmodel). Binnen de verslavingszorginstellingen heeft onderzoek en ontwikkeling dan ook een bredere functie gekregen, wordt er een structureel budget vrijgemaakt voor innovatie en zijn er tal van samenwerkingsverbanden met wetenschappelijke instituten. Ook tussen verslavingszorginstellingen zijn er netwerken – zoals Resultaten Scoren – die als doel hebben de wetenschappelijke basis van de zorg te verstevigen. (Zie verder paragraaf 3.6.)

De wetenschappelijke basis van de verslavingszorg versterkt de kerncompetenties zoals ze in het visiedocument op verslaving en verslavingszorg van GGZ Nederland (2006) verwoord zijn:

- › kennis van de epidemiologie van middelengebruik en van statistieken over middelen;
- › kennis van verslaving(sgedrag);
- › kennis van effectieve interventies, van consultatie- en preventiemethodieken;
- › ervaring in het omgaan met verslaafden;
- › kennis van de samenhang tussen verslaving en tal van andere aandoeningen, gedragingen en problemen, en daarbij de vaardigheden om deze methodisch te behandelen;
- › vaardigheden om mensen hulp te laten aanvragen waarvoor ze aanvankelijk geen interesse hebben;
- › kennis over een adequate inrichting van de samenwerking tussen de strafrechtketen, de aanpak van lokale openbare-ordeproblematiek en de zorgketen.

## 2.5 De effectiviteit van de verslavingszorg

Hoe effectief is de verslavingszorg? Wanneer beschouwen we een behandeling als effectief? We zien verslaving als een 'tot chroniciteit neigende ziekte' (uitspraak Gezondheidsraad), en abstinentie kan dan ook niet als enige factor van succes worden beschouwd, zoals dit in vroeger tijden gebeurde. Per doelgroep en per cliënt zijn de behandeldoelen sterk verschillend; die doelen zijn uitgangspunt en ook ijkpunt om te bepalen hoe efficiënt een behandeling is. Herstel van kwaliteit van leven en re-integratie in de maatschappij staan veel meer dan vroeger centraal binnen de behandeling. In die zin is verslaving goed vergelijkbaar met doelen bij andere chronische ziekten, zoals diabetes of astma. Criteria als leefstijlverandering, ervaren kwaliteit van leven, middelengebruik, therapietrouw en cliënttevredenheid zijn daarbij belangrijke criteria voor de effectiviteit en het succes van de behandeling. Ook preventie kan in dit licht worden gezien: door vroeg in te grijpen op bepaalde risicofactoren in de leefstijl kunnen chronische aandoeningen (zoals verslaving, hypertensie, diabetes type 2) worden voorkomen.

### *Preventie*

We streven ernaar in een zo vroeg mogelijk stadium in te grijpen, bij voorkeur zelfs vóór de problemen ontstaan. Preventie heeft effect, en is zeer kosteneffectief. PWC heeft becijferd dat een investering van circa 435 miljoen euro aan preventiemaatregelen een rendement oplevert van ongeveer 960 miljoen euro. Bij alcoholmisbruik heeft PWC verschillende preventiescenario's onderzocht, waarbij een beperkt pakket een rendement oplevert van 60% en een uitgebreid pakket een rendement tot 280% (Prevention Pays for Everyone, PWC, 2010).

### *Kortdurende behandelingen*

Het merendeel van de behandelingen is kortdurend. En met name voor deze kortdurende behandelingen kennen we de resultaten op het gebied van veranderingen in het middelengebruik. Sinds 2002 worden voor een substantieel deel van de kortdurende behandelingen de effecten gemeten in de benchmark van de Leefstijltrainingen. Daaruit vallen succespercentages af te leiden: negen maanden na de intake is 50% van de cliënten met alcoholproblematiek nog altijd abtinent of gebruikt hij/zij niet meer overmatig. Bij opiaten heeft 60% van de cliënten na deze behandeling het gebruik gestaakt of onder controle, bij cocaïne 55% en bij nicotine 30%. Deze resultaten komen overeen met de behandel-effectiviteit bij andere chronische aandoeningen (gemeten op leefstijl, therapietrouw, et cetera). Effectiviteit van behandelingen wordt de komende jaren steeds beter inzichtelijk door het meten met de ROM, zie hoofdstuk 5.

### *Chronisch verslaafden*

Aan de andere kant van het spectrum staat de begeleiding van chronisch verslaafden. De heroïneverslaafden uit de jaren '80 van de vorige eeuw zijn grotendeels uit het straatbeeld verdwenen. Deels komt dit doordat er nauwelijks nog nieuwe heroïnegebruikers bijkomen (heroïne is 'uit') en de huidige gebruikers snel verouderen en deels al overleden zijn, maar voor een groot deel komt dit ook door betere opvang- en begeleid wonenvoorzieningen, en betere behandeling en begeleiding, bijvoorbeeld door methadonprogramma's en recentelijk de medische heroïnebehandeling. Hoewel de meeste chronisch verslaafden nooit meer kunnen stoppen met gebruiken, kan door begeleiding grote winst geboekt worden op het gebied van gezondheid en welzijn. Met name het creëren van woonvoorzieningen is in verschillende steden – na het overwinnen van de aanvankelijke weerstand – een enorm succes. De chronisch verslaafde (ex-)daklozen vertonen verbetering op vele gebieden, en daarnaast wordt de overlast in de stad minder. Ook is deze aanpak zeer kosteneffectief: de kosten van begeleid wonen zijn veel lager dan die van de opvang, crisis- en ziekenhuisopnames, politie-interventie en dergelijke waar een dakloze normaal gesproken mee te maken krijgt. Onderzoek van Bouman GGZ uit 2009 komt tot de conclusie dat een intensief programma van begeleid wonen, werken en behandelen leidt tot een maatschappelijke kostenreductie van minimaal 40%.



## 2.6 Bestuurlijk Akkoord GGZ en toekomstvisie Verslavingszorg

In het Bestuurlijk Akkoord van 2012 heeft de minister van Volksgezondheid afspraken gemaakt met de instellingen, verzekeraars en patiëntenorganisaties over de structurering van de zorg en de beheersing van de kosten. De akkoorden moeten het mogelijk maken om de kostengroei te beteugelen en bij overschrijding van het plafond de kosten terug te halen bij de sectoren. Om dit te realiseren, vindt er een omslag plaats van klinisch naar ambulante, van specialistische naar generalistische zorg (BasisGGZ), van generalistische zorg naar huisarts en van huisarts naar meer zelfmanagement. Verder hebben de instellingen toegezegd de beddenscapaciteit fors te reduceren met zo'n 33%. Partijen hebben ook afgesproken preventie, zelfmanagement en het herstelvermogen van de patiënt te stimuleren, met als doel re-integratie in de maatschappij en de arbeidsmarkt, en waar mogelijk gebruik te maken van nieuwe technologieën zoals e-health.

In juli 2013 is een nieuw onderhandelakkoord bereikt. Hierin wordt beschreven dat we voor ROM (zie hoofdstuk 5) tot meer realistische doelstellingen voor 2014-2017 moeten komen en substitutie van productie mogelijk moeten maken tussen BasisGGZ, Specialistische GGZ, AWBZ en FVZ (forensische verslavingszorg).

### *Eisen die gesteld worden aan de hoofdbehandelaar*

In juli 2013 heeft minister Schippers, na consultatie van veldpartijen, een brief gestuurd naar de Eerste en Tweede kamer, waarin zij aangeeft wat per 1 januari 2014 de verantwoordelijkheden zijn van een hoofdbehandelaar in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Doel is de kwaliteit, veiligheid en controleerbaarheid van de GGZ te vergroten. Limitatief is vastgesteld welke beroepsgroepen hoofdbehandelaar kunnen zijn voor de Basis- en specialistische GGZ; hetzij direct, hetzij onder een MDO-constructie (multidisciplinair overleg). Deze lijst geldt voor de komende twee jaar en wordt gemonitord. Parallel daaraan wordt onderzoek uitgevoerd, zodat er met ingang van 2016 een definitieve afbakening van het hoofdbehandelaarschap is.

### *Visie GGZ Nederland: preventie en herstel*

In het meest recente visiedocument op verslavingszorg van GGZ Nederland (2013) ligt de focus – in lijn met het Bestuurlijk Akkoord – op preventie en herstel.

#### *Preventie*

De verslavingszorg moet op het gebied van preventie duidelijker stelling nemen en initiatieven ontplooiën als personen te grote risico's nemen. Een assertieve houding bij preventie is gewenst, bijvoorbeeld als het gaat om de enorme schade van (mee)roken, het gebruik van alcohol of drugs tijdens de zwangerschap of het bingedrinken door adolescenten. De grenzen van wat wel/niet acceptabel is, moeten duidelijker worden gemarkeerd. Ook neemt onze kennis over de schadelijke effecten van alcohol, cannabis en andere middelen op de hersenen toe, wat een assertieve houding bij preventie van gebruik door kinderen en jongeren noodzakelijk maakt.

Verder maakt de verslavingszorg zich er sterk voor dat de geïndiceerde preventieve interventies uit het Basispakket Verslavingspreventie standaard deel uitmaken van de werkzaamheden van de POH-GGZ. Via Resultaten Scoren wordt gestreefd naar standaardisering en erkenning van preventieve interventies uit het Basispakket Verslavingspreventie. Dit bevordert de mogelijkheden van gemeentelijke financiering.

De verslavingszorginstellingen trekken sinds 2010 gezamenlijk op om de landelijke preventieagenda beter vorm te geven.

### *Herstel*

Rekening houdend met de regionale context neemt de verslavingszorg de verantwoordelijkheid op zich voor de organisatie van een keten van relevante voorzieningen (toeleiding naar wonen, werk en sociale integratie). Het gaat er uitdrukkelijk ook om of (ex-)verslaafden weer in staat zijn hun psychische functies te ontplooiën (in staat zijn tot zelfregulatie), sociale en maatschappelijke rollen kunnen vervullen, en de samenleving hen die kansen ook biedt. In het bijzonder is er meer oog voor de persoonlijke ontwikkeling van de betrokkenen. Uiteindelijk is het hun leven en zijn zij – met steun vanuit de sector – aan zet.

De herstelgedachte is gebaseerd op een visie die de nadruk legt op de mogelijkheden die mensen hebben om de eigen regie te nemen over het verloop van de zorgverlening, om door zelfzorg een deel van de zorg over te nemen en om – door training, therapie en externe steun – hun zelfregulatie te verbeteren. Gedeelde besluitvorming en samenwerking met cliëntenorganisaties in de ontwikkeling van het beleid staan daarbij centraal.

De verslavingszorg ondersteunt hun persoonlijke herstelproces, dat zich onder andere richt op het ontwikkelen van een positieve identiteit, het vestigen van hoop op verandering en een betere toekomst, het reflecteren op persoonlijke waarden en het onder ogen zien van het eigen levensverhaal. Het bevorderen of ondersteunen van zelfzorg, eigen regie én zelfregulatie en het voorkomen van zelfstigmatisering spelen hierbij een cruciale rol.



## 3 Missie, visie en beleid Novadic-Kentron Groep

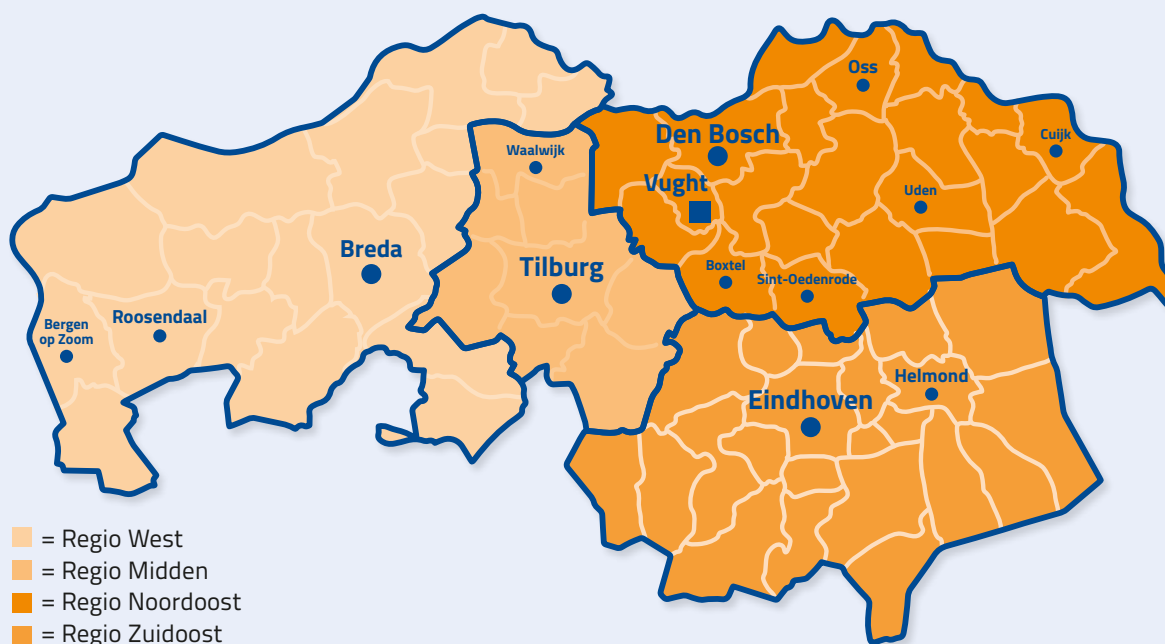
In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe de Novadic-Kentron Groep zichzelf positioneert binnen het brede veld van de verslavingszorg en invulling geeft aan de bredere doelstellingen zoals die in het vorige hoofdstuk zijn toegelicht.

### 3.1 Wie zijn wij?

De Novadic-Kentron Groep is de instelling voor verslavingszorg in Noord-Brabant (2,47 miljoen inwoners). We bieden het volledige scala aan verslavingszorg: preventie, voorlichting, deskundigheidsbevordering van andere professionals, behandeling in de generalistische BasisGGZ en specialistische GGZ (online, ambulante en klinische), begeleiding, opvang en begeleid wonen. We richten ons op alle soorten verslavingen, van lichte, matige tot ernstige problematiek. Ook hebben we behandelingen voor specifieke doelgroepen, zoals jeugd, licht verstandelijk beperkten, cliënten met een dubbele diagnose (verslaving en psychiatrische problemen) en cliënten met een forensische titel.

Onze aanpak is gericht op de behoeften en persoonlijke doelen van de cliënt, en altijd onderbouwd met de nieuwste inzichten en wetenschappelijk onderzoek. We richten ons op het hele leven, niet alleen op de verslaving.

De Novadic-Kentron Groep heeft door heel Noord-Brabant vestigingen en steunpunten, en enkele tientallen zorgboerderijen. Ook zijn we verbonden met honderden huisartsenpraktijken en aanwezig in veel praktijken en wijkcentra. Onze grootste locaties bevinden zich in Vught (hoofdlocatie), Breda, Den Bosch, Eindhoven en Tilburg. In Sint-Oedenrode bevindt zich onze speciale jongerenkliniek.



Daarnaast biedt de Novadic-Kentron Groep via de Stichting Verslavingszorg en Psychiatrie Caribisch Nederland (SVP-CN) sinds juni 2012 ook hulp op Bonaire, St. Eustatius en Saba. Dit gebeurt in opdracht van het ministerie van VWS. In 2013 zijn op de BES-eilanden 430 cliënten behandeld.

In Brabant worden jaarlijks ongeveer 10.000 cliënten behandeld. We beschikken – vanuit eigen financiering of vanuit onderaanneming – over 171 netto “cure” bedden (Zvw) en zestien netto “cure” bedden FVZ (forensische verslavingszorg). Medio 2014 zijn er hiernaast circa zestig bedden “beschermd wonen”. Deze woonvoorzieningen voor chronisch verslaafde (ex-)daklozen zijn gevestigd in Den Bosch en Eindhoven. Er is ook een nauwe samenwerking met een woonvoorziening in Breda. De komende jaren wordt naar verwachting het aantal voorzieningen uitgebreid, waarmee we Brabantbrede dekking willen krijgen.

Onze omzet is circa 70 miljoen euro. Onze financieringsstromen bestaan uit 60% Zvw, 20% Wmo, 15% Justitie (Forensische Zorg en Verslavingsreclassering) en 5% AWBZ. Bij de Novadic-Kentron Groep werken ongeveer 1.100 medewerkers.



### 3.2 Onze missie

De Novadic-Kentron Groep ondersteunt iedereen die last heeft van een verslaving, of vragen heeft die daarmee samenhangen. We proberen verslavingen te voorkomen, behandelen cliënten die ervan willen herstellen, of ondersteunen hen bij het leven met een verslaving. Betrokkenheid en deskundigheid zijn onze kracht.

Samen met cliënten en ketenpartners werken we aan een blijvende verbetering van de situatie. We zoeken mensen zoveel mogelijk thuis of in de wijk op. Omdat we geloven dat cliënten en hun omgeving elkaar positief kunnen beïnvloeden, betrekken we de sociale context bij de behandeling.

In het publieke debat vragen we aandacht voor de positie van mensen met een verslaving. Door onze visie en deskundigheid te delen, beïnvloeden we de maatschappelijke opvattingen over verslaving en verslavingsgedrag.

### 3.3 Vijf leidende principes voor de komende jaren

Voorkomen, herstellen, ondersteunen: dat zijn de kerntaken die de Novadic-Kentron Groep zichzelf de komende jaren stelt om mensen met een (dreigende) verslaving te helpen. Om deze te kunnen waarmaken, hanteren we vijf principes die centraal staan in onze keuzes.

- 1 We investeren in empowerment en herstel.** Mensen kunnen alleen zelf bepalen wanneer ze gelukkig zijn. Wat herstel van een verslaving precies betekent, is dus voor iedereen anders. In onze zorg stellen we de autonomie van cliënten centraal. We ondersteunen hen bij het voorkomen of beëindigen van een verslaving. Als dat perspectief er niet is, helpen we hen bij het vormgeven van een zinvol leven met genotmiddelen.
- 2 We grijpen eerder en vaker in.** We bereiken mensen bij voorkeur voordat er een verslaving ontstaat, want zo voorkomen we problemen in een later stadium. Door intensiever op te trekken met huisartsen en hulp in de wijk, kunnen we betere zorg leveren en kosten besparen. Juist nu de financiering van de zorg onder druk staat, zullen wij meer mensen helpen met minder middelen.
- 3 We zijn nabij en betrouwbaar.** Betrokkenheid, inlevingsvermogen en vertrouwen zijn belangrijk voor een goed contact tussen cliënt en behandelaar. Deze eigenschappen maken ons een betrouwbare partner op de weg naar herstel. We zorgen ervoor dat onze zorg laagdrempelig en bereikbaar is. Dat doen we door ons aanbod af te stemmen op de behoeftes van cliënten, korte wachttijden te garanderen en onszelf duidelijk te profileren bij financiers, verwijzers, potentiële cliënten en hun omgeving.
- 4 We willen het beste voor cliënten, hun omgeving en de maatschappij.** We ontwikkelen onze kennis van verslavingszorg voortdurend, door te investeren in ervaringsdeskundigheid, wetenschappelijk onderzoek en goed opgeleide professionals. Door deze drie elementen te verbinden, maken we nieuwe benaderingen en behandelingen mogelijk. Aantoonbaar effectieve en efficiënte zorgprogramma's zijn het resultaat.
- 5 We doen het samen.** Middelenmisbruik of -afhankelijkheid komt zelden alleen, er zijn bijna altijd verbanden met andere levensgebieden. Intensieve samenwerking in de keten (onder andere met de somatische zorg, maatschappelijke opvang, GGZ en justitie) is dus cruciaal voor een succesvolle behandeling. We voelen een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid om daarin te investeren. We zoeken in- en externe partners actief op, inspireren elkaar en werken samen bij het behalen van gezamenlijke doelen.

### 3.4 Zorgvisie

De zorgvisie van de Novadic-Kentron Groep is gebaseerd op vier pijlers:

- > biopsychosociaal model;
- > herstelondersteunende zorg;
- > Community Reinforcement Approach (CRA);
- > matched care.

#### *Biopsychosociaal model*

De Gezondheidsraad omschrijft verslaving als een 'tot chroniciteit neigende aandoening met een biopsychosociale etiologie' (juni 2002).

Algemeen wordt in de verslavingszorg uitgegaan van het biopsychosociaal model, dat stelt dat verslaving het gevolg is van een complex samenspel tussen verschillende biologische, psychologische en sociale factoren. Onze zorgvisie is dat verslaving geen keuze is, maar een (hersens)ziekte met vaak chronische trekken.

Ook heeft verslaving vaak gevolgen voor de psychische of somatische gezondheid en veroorzaakt de verslaving sociale problemen (zoals werkloosheid, relationele problemen of financiële problemen). Om een verslaving te begrijpen en te kunnen behandelen, is een aanpak nodig die met al deze factoren rekening houdt.

#### ***Herstelondersteunende zorg***

De uitgangspunten van herstelondersteunende zorg gelden voor alle vormen van zorg: de zorg richt zich op de kracht van de cliënt, op empowerment en op wat de cliënt wel kan. Daarmee benadrukken we dat de cliënt de regie over zijn leven heeft en ook over zijn zorg. De behandelaar neemt zo weinig mogelijk over van de cliënt; hoe meer de cliënt zelf doet aan zijn herstel, hoe meer zijn eigenwaarde groeit. De Novadic-Kentron Groep ziet ervaringsdeskundigheid en informele zorg als belangrijke aanvullingen op de professionele zorg.

#### ***Community Reinforcement Approach***

De Community Reinforcement Approach (CRA) is een gedragstherapeutische methodiek die als doel heeft om verslavingsgedrag en daarmee samenhangende problemen te veranderen, om zo in te grijpen in de bekrachtigers van de verslaving en zo de kwaliteit van leven te verhogen. CRA richt zich expliciet op een nieuwe leefstijl, die meer belonend is dan middelengebruik. Dit gebeurt door bekrachtigers in de directe omgeving van de cliënt te ontwikkelen, zoals in gezin, werk, woonomgeving, vrienden en vrijetijdsbesteding. CRA is een evidence based methodiek die in de VS meer en meer toegepast wordt bij de behandeling van verslaving. De Novadic-Kentron Groep heeft samen met Iriszorg landelijk een voortrekkersrol genomen in de implementatie van CRA. Het stemt ons dan ook verheugd dat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) CRA voor de behandeling van verslaving op de positieve lijst heeft geplaatst van psychologische interventies die voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk.

#### ***Matched care***

De toegepaste zorg is de lichtst mogelijke vorm waarvan resultaat verwacht mag worden en waarmee de cliënt ook instemt (stepped care). Maar we stemmen de intensiteit van de hulp nadrukkelijk af op de specifieke cliëntvariabelen (matched care). Matched care begint bij de indicatiestelling, waarbij wordt uitgegaan van de hulpvraag en de voorgaande behandelingsgeschiedenis. De relatie met vraaggerichtheid is duidelijk aanwezig.

### **3.5 Samenwerking in de keten**

Omdat misbruik en genotmiddelen overal in de maatschappij voor kunnen komen, is het essentieel om met een groot aantal ketenpartners samen te werken. Die samenwerking kan als doel hebben het verzamelen van kennis, preventie of het behandelen (ketenzorg) van problemen, en kan eenmalig of structureel zijn. Een aantal voorbeelden:

<b>Doel</b>	<b>Voorbeelden samenwerkingspartners</b>
Preventie en deskundigheidsbevordering	Gemeenten, horeca (inclusief coffeeshops), scholen, evenementenorganisaties, collega verslavingszorg-instellingen
Vroegsignalering en lichte problematiek	Huisartsen, praktijkondersteuners, ziekenhuizen, GGD's, eerstelijns psychologen, wijkcentra, maatschappelijk werk, bedrijfsarts
Behandeling specifieke doelgroepen	LVB-sector, instellingen voor jeugd en welzijn, andere GGZ-instellingen (Dubbele Diagnose), bemoeizorgteams, ouderenbond
Chronisch verslaafden en dak- en thuislozen	SMO's, wooncorporaties en -stichtingen, instellingen op het gebied van maatschappelijke re-integratie, zorgboerderijen, UWV
Veiligheid en overlastbestrijding	Veiligheidshuizen, politie en justitie, PI's

### 3.6 Onderzoek en ontwikkeling

De Novadic-Kentron Groep biedt zorg op basis van evidence based of best practice behandelmethodes. Ook zijn wij actief in wetenschappelijk onderzoek. Alleen met gedegen kennis van de trends op het gebied van verslavende middelen en van de nieuwste wetenschappelijke inzichten kunnen wij tegemoet komen aan de wensen van onze cliënten, verwijzers en samenwerkingspartners.

Op het gebied van onderwijs bestaan intensieve samenwerkingsverbanden met opleidingsinstututen als Avans Hogeschool, Fontys Hogescholen, Hogeschool Utrecht, de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), het LeerNetWerk Verslavingszorg, de Radboud Universiteit Nijmegen, SPON, RINO Zuid en diverse ROC's.

Op wetenschappelijk gebied wordt samengewerkt met:

- > NISPA (Radboud Universiteit Nijmegen);
- > Resultaten Scoren (innovatieprogramma verslavingszorginstellingen);
- > Tranzo (Tilburg University);
- > Trimbos-instituut;
- > IVA (Tilburg University);
- > IVO (Erasmus Universiteit, Rotterdam);
- > AIAR (AMC, Universiteit van Amsterdam);
- > Nationale Drug Monitor (NDM);
- > GGZ Nederland;
- > diverse beroepsverenigingen.

Samen met Iriszorg investeren we in de doorontwikkeling van CRA, onder andere via het hoogleraarschap van CRA-expert Hendrik Roozen aan de Tilburg University. We zijn deze samenwerking aangegaan met het doel ons te onderscheiden als volwaardig CRA-expertisecentrum binnen de verslavingszorg. CRA wordt erkend als dé behandelmethodiek binnen de verslavingszorg.



## 4 Cliënten en zorg Novadic-Kentron Groep

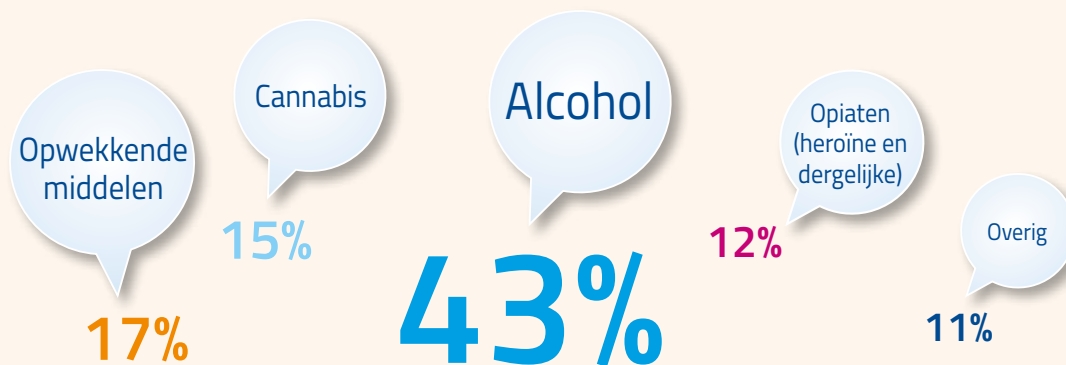
De Novadic-Kentron Groep behandelt circa 10.000 cliënten per jaar. Bij 55% van onze cliënten gaat het om een nieuwe inschrijving. De doelgroep van de Novadic-Kentron Groep is echter veel groter: via preventie worden veel meer mensen benaderd.

We zien dat de vraag naar zorg groter is dan ons aanbod, dat heeft helaas wachttijden tot gevolg. Dat is in deze tijd van teruglopende capaciteit van de zorg en afnemende financiering een punt van overweging. Zorg aan verslaafden moet snel geboden kunnen worden. We stellen ons dus de komende tijd als taak om zeer intensief met huisartsen tot meer preventie en zorg in de generalistische BasisGGZ te komen om zo sneller hulp te kunnen bieden. Nu al wordt meer dan 30% van de Zvw-cliënten in de BasisGGZ behandeld.

### 4.1 Kenmerken cliënten

Het grootste deel van onze cliënten heeft primair alcoholproblematiek. De laatste jaren groeit het aantal cliënten met cannabisproblemen. Voor jongeren is in meer dan 50% van de gevallen cannabis de reden dat ze behandeld worden. GHB vormt een steeds groter probleem.

#### Primaire problematiek cliënten



Twee op de drie cliënten van de Novadic-Kentron Groep is tussen de 24 en 50 jaar. Hiernaast behandelen we ook jongeren. De grootte van deze groep varieert tussen de 10% en 15%. De groep ouderen (50-plus) varieert tussen de 20 en 25%. Deze ouderen komen we vooral in de generalistische BasisGGZ tegen.

#### Leeftijdscategorie cliënten



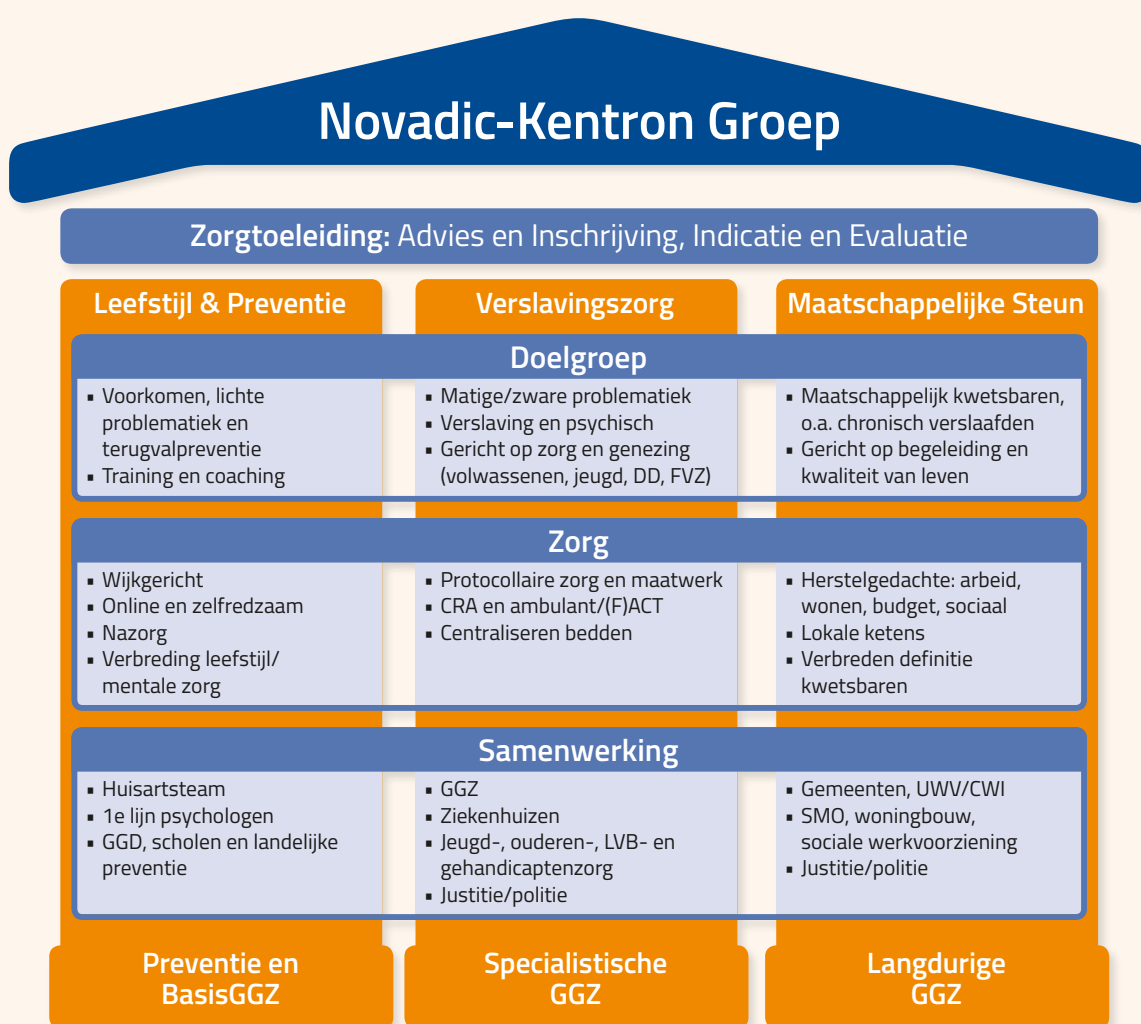
## 4.2 Inrichting van de zorg

De zorg van de Novadic-Kentron Groep wordt aangeboden vanuit zorgdomeinen met vaak een multidisciplinair en transmuraal aanbod, dat steeds meer vervat wordt in zorgpaden. Cliënten krijgen toegang tot de zorg door middel van een centrale intake op regioniveau.

De zorgdomeinen bieden een toegankelijk en transparant zorgaanbod met effectief bewezen interventies waarbij de vraag van de cliënt centraal staat. We hebben ons zorgaanbod ingericht op basis van de ernst van de verslaving en de complexiteit van de problemen die ermee gepaard gaan. Zo ontstaan drie zorgdomeinen:

- > Leefstijl & Preventie (gericht op voorkomen);
- > Verslavingszorg (gericht op herstellen);
- > Maatschappelijke Steun (gericht op ondersteunen).

Advies en Inschrijving verschaft de toegang tot deze zorgdomeinen. Dit is de gastvrije voordeur van onze organisatie en heeft een vraagbaakfunctie voor ketenpartners, cliënten en hun naastbetrokkenen. Daarnaast is dit de plek waar cliënten zich kunnen aanmelden. Via een korte triage leiden medewerkers van Advies en Inschrijving hen toe naar de juiste zorg.



Het zorgdomein Verslavingszorg is vanwege de schaalgrootte, de verschillende doelgroepen en de vele ontwikkelingen die er in dat domein plaatsvinden, onderverdeeld in Jeugd, Volwassenen/Ouderen, Forensische zorg/ Verslavingsreclassering en Dubbele Diagnose.

### Zorgplan en zorgpaden

De zorgdomeinen hebben elk een breed aanbod voor hun doelgroep. Er wordt in samenspraak met de cliënt een zorgplan opgesteld, na een diagnose/triage die uitwijst welke behandelmodules noodzakelijk zijn. Dat zorgplan is zo mogelijk geënt op een zorgpad; het streven is om 80% van de zorgplannen in zorgpaden onder te brengen.





Een zorgpad beschrijft stapsgewijs het zorgtraject voor een specifieke cliëntengroep. Daarmee ontstaat voor alle betrokkenen een helder beeld van het zorgtraject dat een cliënt (chronologisch) doorloopt, inclusief termijnen, beslissingscriteria en werkwijzen. Eenvoudig gezegd bestaat het uit een beschrijving van:

- > de juiste interventies;
- > op het juiste moment;
- > door de juiste zorgverlener;
- > met als resultaat transparantere zorg voor de cliënten die beter planbaar is.

### **4.3 Advies en inschrijving (matched care)**

Al aan de centrale voordeur, Advies en Inschrijving, wordt matched care geboden, waardoor cliënten direct naar de juiste zorg worden toegeleid. Cliënten met lichte problematiek komen bij de Novadic-Kentron Groep niet terecht in de specialistische GGZ maar worden direct doorgeleid naar de BasisGGZ. De eerste lijn van de Novadic-Kentron Groep is in 2008 reeds gesplitst van de tweede lijn, door oprichting van dochteronderneming RoderConsult.

Behalve juiste en efficiënte toeleiding naar de verschillende zorgdomeinen, speelt Advies en Inschrijving in toenemende mate een rol bij het bewaken van de kwaliteit van de toeleiding (komt de cliënt daadwerkelijk op de juiste plek terecht?) en bij het evalueren van de effectiviteit (door middel van ROM, zie hoofdstuk 5).

#### ***Werkwijze Advies en Inschrijving***

Bij Advies en Inschrijving komen alle vragen van (potentiële) cliënten, familie en ketenpartners samen. Via een gastvrije, klantvriendelijke en professionele ingang worden alle informatievragen beantwoord en/of cliënten doorgeleid naar juiste zorgprogramma's en zorgpaden.

In dit centrale informatie-, aanmeldings- en adviespunt komt dan ook de expertise uit de hele organisatie samen, waardoor Advies en Inschrijving de totale kennisbank beheert en informatie kan verschaffen over alle zorg, begeleiding en dienstverlening die door Wmo, Zvw, FVZ en AWBZ gefinancierd worden.

Hiermee genereren we ook kennis voor het verbeteren van de informatievoorziening en interne afstemming en processen. Advies en Inschrijving vormt dan ook een belangrijke schakel tussen de externe en interne omgeving van de Novadic-Kentron Groep.

#### **4.4 Aanbod en speerpunten per zorgdomein**

Hieronder kunt u per zorgdomein een korte beschrijving vinden van het aanbod en de speerpunten:

##### **4.4.1 Leefstijl & Preventie**

Leefstijl & Preventie richt zich op het voorkomen van problemen, het oplossen van lichte problemen via online behandeling en door behandelaars van RoderConsult in de huisartsenpraktijk, en training en coaching van andere professionals. Leefstijl & Preventie is er voor mensen bij wie een (ernstige) verslaving en de daaraan gerelateerde problemen nog kunnen worden voorkomen. Zij zien hun gebruik of leefstijl zelf vaak niet als problematisch, ook anderen (h)erkennen de symptomen meestal niet. Deze groep meldt zich in veel gevallen dan ook niet op eigen initiatief aan; daarom gaan we actief met ons aanbod naar hun eigen omgeving.

##### ***Preventie en voorlichting***

Onze medewerkers verzorgen preventie-activiteiten en voorlichtingen voor een breed publiek, vooral op scholen, binnen instellingen en voor vrijwilligersorganisaties. We werken outreachend in zowel de wijk als het uitgaansleven. De belangrijkste risicogroep wordt gevormd door jongeren (bijvoorbeeld hanggroepjongeren). Ongeveer 85% van het preventieaanbod is gericht op de doelgroep jeugd (tot en met 24 jaar) die extra bescherming nodig hebben, of meer risico lopen ziek te worden door bijvoorbeeld hun leefstijl. Daarnaast krijgen ouderen sinds enkele jaren (vanuit het project Eeuwig Weekend) ook groeiende aandacht.



We delen preventie in op vier niveaus:

- > Universele preventie: bevordert en beschermt actief de gezondheid van de gezonde bevolking.
- > Selectieve preventie: voorkomt dat personen met risicofactoren voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden.
- > Geïndiceerde preventie: voorkomt dat beginnende klachten bij individuen die risico lopen, verergeren tot een aandoening.
- > Zorggerelateerde preventie: voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte.

Een mix tussen de verschillende vormen van preventie sorteert het meeste effect (integrale preventie). Doordat de Novadic-Kentron Groep zich nadrukkelijk richt op risicogroepen, zien we een verschuiving van universele preventie naar meer selectieve en geïndiceerde preventie.

### ***Zorg in de wijk en online (BasisGGZ)***

De verschuiving van zorg op centrale locaties naar zorg in de wijk of online zorg past naadloos bij de visie en werkwijze van Leefstijl & Preventie. De eerste lijn is met de oprichting van dochteronderneming RoderConsult al sinds 2008 gescheiden van de tweede lijn en we zijn in Noord-Brabant al bij een groot gedeelte van de huisartsenpraktijken aanwezig. Daardoor hebben we al veel ervaring en expertise, zodat we zeer snel konden inspelen op de komst van de BasisGGZ.

Voor de transitie naar de BasisGGZ nemen wij deel aan verschillende regionale samenwerkingsverbanden, vaak ook in combinatie met wijkgerichte Wmo-welzijnstrajecten. De Novadic-Kentron Groep brengt hier de ervaring en de relaties van RoderConsult in. Een van deze regionale netwerken is de BasisGGZ Meierij. Hierin werken we samen met de zorgverzekeraars CZ en VGZ, de gemeente Den Bosch, ervaringsdeskundigen, maatschappelijk werk, huisartsenteams, eerstelijns psychologen en categorale GGZ-instellingen om tot een geïntegreerde aanpak van lichte tot matige vragen rondom psychische gezondheid te komen. Doel daarbij is om burgers meer handvatten te bieden om voor zichzelf en voor elkaar te kunnen zorgen, maar ook om tot een samenwerkingsmodel te komen om zo de stap van pionieren naar structurele deelname in een waardegedreven generalistische BasisGGZ succesvol te kunnen maken.





### **Nazorg**

Ten slotte biedt Leefstijl & Preventie ook nazorg aan cliënten die hun verslavingsproblemen hebben overwonnen of onder controle hebben gekregen. Ook wie bijvoorbeeld is behandeld binnen het domein Verslavingszorg, kan uiteindelijk 'uitstromen' naar Leefstijl & Preventie, om bijvoorbeeld met een online programma de nieuwe leefstijl te bestendigen en terugval te voorkomen.

### **Vroegsignalering en deskundigheidsbevordering**

Leefstijl & Preventie bevordert vroegsignalering door samen te werken met anderen, zoals huisartsen, jeugdwerk, wijk- en opbouwwerk en de GGD. We bevorderen hun deskundigheid door onze kennis te delen. Zo wordt beginnende verslavingsproblematiek eerder herkend en kan er eerder (voor)zorg worden geboden in de wijk. Ook zorgen we ervoor dat huisartsen beter kunnen doorverwijzen. Deze diensten worden ook aan profitbedrijven aangeboden, waar we advies geven over middelenbeleid en training/coaching aan P&O of personeel.

### **4.4.2 Verslavingszorg**

Verslavingszorg is van oudsher onze 'core business'. Dit zorgdomein richt zich op de behandeling van matige en ernstige vormen van verslaving. Vaak is hier ook sprake van bijkomende problemen. Licht verstandelijke beperkingen en psychische aandoeningen zoals autisme of borderline, komen veel voor. We stemmen hier onze zorg op af, via gespecialiseerde, multidisciplinaire, ambulante en klinische zorg.

We richten ons in dit zorgdomein op vier doelgroepen:

- > jeugd;
- > volwassenen (inclusief ouderen);
- > cliënten met een dubbele diagnose;
- > mensen die via justitie en reclassering bij ons terechtkomen.

Binnen het zorgdomein Verslavingszorg is ambulantisering en het afbouwen van klinische capaciteit al sinds enige jaren een belangrijk speerpunt. Daarbij moet worden opgemerkt dat het aandeel bedden binnen de verslavingszorg altijd al veel kleiner is geweest dan in de reguliere GGZ. De laatste jaren is dit aandeel nog verder afgebouwd. Daardoor is de maximale beddenreductie inmiddels bereikt. We zitten op meer dan 40% afbouw ten opzichte van de benchmark verslaving uit 2008. Zorginhoudelijk hebben we de ondergrens bereikt van het aantal bedden waarmee we de vereiste kwaliteit van zorg kunnen handhaven.





Hieronder meer informatie over de invulling van de zorg voor de verschillende, sterk uiteenlopende doelgroepen van het zorgdomein Verslavingszorg.

#### ***Jeugd (Kentra24): voor jongeren van 12 tot 24 jaar***

Kentra24 biedt hulp aan jongeren van 12 tot 24 jaar. Preventie, ambulante hulp, maar ook opname in onze nieuwe jeugdkliniek in Sint-Oedenrode is mogelijk. Deze kliniek in een voormalig klooster (tot eind 2007 de hoofdlocatie van Novadic-Kentron) is verbouwd en specifiek ingericht op de behoeften van jongeren, zodat zij in een optimale omgeving kunnen werken aan hun herstel.

Kentra24 betreft de ouders zo mogelijk bij de behandeling en gaat uit van de behoeften van de jongere, waarbij er veel aandacht is voor het leven ná de behandeling (wonen, opleiding, werk). Kentra24 hanteert daarbij een eigen op jongeren georiënteerde stijl, bejegening en behandeling. Hierin speelt een variatie op de zorgvisie CRA (zie paragraaf 3.4), de adolescent-CRA ofwel A-CRA, een grote rol. Zie ook [www.kentra24.nl](http://www.kentra24.nl).

Voor deze doelgroep werken we nauw samen met Leefstijl & Preventie. Daarmee richten we ons op het vroegtijdig versterken van de sociale context van jongeren, zodat zwaardere zorg in een later stadium niet nodig is.

#### ***Volwassenen***

Volwassenen is het grootste onderdeel van het zorgdomein Verslavingszorg, met een zeer divers, multidisciplinair aanbod: online, ambulant en klinisch. In de leeftijdscategorie volwassenen (en ouderen) komen we alle mogelijke soorten verslavingen tegen, al dan niet in combinatie met een licht verstandelijke beperking (LVB), achterliggende problematiek zoals levensfaseproblematiek, gezinsproblemen enzovoorts.

De behandeling, volgens de principes van CRA, moet steeds aansluiten bij de cliënt, en hulpbronnen uit de omgeving van de cliënt worden betrokken en benut. Dat betekent dat we bijvoorbeeld relatietherapie bieden, vaardigheidstraining of agressieregulatietraining, maar ook dat we de cliënt stimuleren tot sport en tot het behouden of vinden van een (nieuwe) baan. Onze online zelfhulp- en behandelprogramma's bieden we zelfstandig of in combinatie met de face-to-facecontacten aan. Daarnaast hebben we klinische voorzieningen, onder andere voor detoxificatie.





### *(F)ACT*

Een bijzondere vorm van intensieve, ambulante hulp is (F)ACT. (F)ACT staat voor (Functie) Assertive Community Treatment. (F)ACT is een beproefde methode om wijkgericht cliënten te behandelen. ACT richt zich op die cliënten die de meest ernstige en langdurige problemen hebben, terwijl FACT zich in een bepaalde wijk op alle cliënten richt. De (F)ACT-teams behandelen en begeleiden deze cliënten in hun eigen omgeving. Bij (F)ACT krijgen cliënten precies die hulp die nodig is, in iedere fase van het herstelproces. De (F)ACT-teams helpen cliënten met gesprekken, begeleiding, medicijnen en ondersteuning bij allerlei praktische zaken in hun leven, zoals wonen, sociale contacten, relaties, gezondheid en financiën.

In al onze regio's zijn samen met de GGZ-instellingen (F)ACT-teams opgezet of in ontwikkeling. We beschikken medio 2013 over zestien (F)ACT-teams, waarvan twee voor jeugd.

### *Langdurig verslaafden*

Voor langdurig verslaafden hebben we speciale voorzieningen zoals de medische heroïne-units. Via outreachende bemoeizorg zorgen we ervoor – in samenwerking met andere instellingen – dat 'zorgwekkende zorgmijders' naar de zorg worden toegeleid.

### *Dubbele Diagnose*

In het programma Dubbele Diagnose (DD) bieden we in samenwerking met andere GGZ-instellingen gespecialiseerde ambulante en klinische zorg aan cliënten met verslaving in combinatie met psychiatrische problemen. We onderzoeken of het mogelijk is om voor bepaalde zorgprogramma's topklinische zorg te gaan leveren.

### *Forensische Zorg*

Een deel van onze cliënten komt in aanraking met justitie en het is dan ook een voordeel dat we alle expertise (inclusief verslavingsreclassering) op het gebied van verslaving en forensische zorg in huis hebben. Daarmee bereiken we dat we sneller kunnen starten met forensische zorg en dat deze zorg vrijwillig kan worden voortgezet als het gedwongen kader vervalst. Een goede doorgeleiding van de verslavingsreclassering naar de zorg is essentieel om continuïteit van zorg te garanderen en terugval (in verslaving én delictgedrag) te voorkomen. Daarnaast is ook samenwerking met andere partijen essentieel, zoals PI's en Veiligheidshuizen. Forensische zorg heeft net als de andere volwassenzorg te maken met uiteenlopende behandeldoelen en cliëntprofielen (ook LVB en DD) maar richt zich behalve op de vraag van de cliënt ook op het voorkomen van recidive. Er is altijd sprake van een combinatie van zorg en toezicht. Forensische zorg wordt ook vanuit (F)ACT-teams geboden.

### 4.4.3 Maatschappelijke Steun

Het zorgdomein Maatschappelijke Steun ondersteunt sociaal kwetsbare mensen, met problemen van langdurige aard op meerdere levensgebieden (vaak rondom wonen en verslaving). Ook bij deze doelgroep komen bijkomende problemen zoals een licht verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek vaak voor.

Geheel overeenkomstig de herstelvisie stimuleren we hen hun eigen kracht te benutten, zodat ze zelf weer de regie over hun eigen leven kunnen voeren. Het verbeteren van de kwaliteit van leven is ons doel, de inzet van ervaringsdeskundigen is daarbij van grote waarde. Maatschappelijke Steun focust niet zo zeer op genezing als wel op verbetering van welzijn en gezondheid en op maatschappelijke re-integratie.

De begeleiding van Maatschappelijke Steun is zeer uiteenlopend en kan aanvullend of aansluitend aan de behandeling van de Verslavingszorg geboden worden. De begeleiding vormt daarin vaak een belangrijke schakel naar het maatschappelijk herstel. We zorgen ervoor dat onze cliënten steeds de zorg krijgen die ze nodig hebben, ook als die vanuit een ander zorgdomein geleverd moet worden. Zo kan bijvoorbeeld een dak- en thuisloze tijdelijk in de kliniek opgenomen worden voor een detoxificatie.

#### ***Zorgboerderijen***

De Novadic-Kentron Groep heeft tientallen zorgboerderijen onder de naam NovaFarm-Grip, waar cliënten als hulpboer kunnen werken om hun leven weer op de rit te krijgen. Cliënten werken aan hun zelfstandigheid en aan persoonlijke doelen op het gebied van dagbesteding, arbeid, scholing of re-integratie. De Brabantse boeren die de zorgboerderijen beheren, creëren een veilige plek, een plaats om te werken met dieren en planten en om buiten in de natuur te zijn, en daarnaast ook een dagstructuur. Sommige boerderijen bieden niet alleen een werk- maar ook een woonplaats. Cliënten zijn altijd tijdelijk op de zorgboerderij. Een medewerker van NovaFarm-Grip begeleidt de cliënt tijdens het traject op de boerderij en kijkt samen met de cliënt naar het traject erna.

#### ***Hulp bij arbeid, wonen en financiën***

Via gesprekken, trainingen (zoals Woontraining of de cursus Leren budgetteren) of bemiddeling worden cliënten geholpen weer zelfstandig te functioneren. Ook het oefenen van woonvaardigheden in een eigen woning of in een door de organisatie gehuurde woning, het oppakken van activering en stappen zetten richting (betaald) werk behoren tot de mogelijkheden.



### ***Opvang***

In laagdrempelige voorzieningen, zoals de dag- en nachtopvang, bieden we onder meer maaltijden, een veilige en warme slaappleats, gebruiksruidtes en medische begeleiding. Zeer kwetsbare doelgroepen – al dan niet verslaafd – krijgen de zorg die ze nodig hebben.

### ***Woonvoorzieningen***

Met alle grote gemeentes wordt samengewerkt aan de ontwikkeling en het beheer van woonvoorzieningen voor chronisch verslaafde (ex-)daklozen. Uit onderzoek blijkt dat hierdoor de gezondheid en het welzijn van de bewoners sterk toenemen, en dat de overlast die zij veroorzaken sterk vermindert. De eerste woonvoorzieningen in Noord-Brabant zijn al geopend.

### ***Activering***

Maatschappelijke Steun heeft op verschillende locaties activeringsprogramma's voor (vaak dak- en thuisloze) cliënten met grote afstand tot de arbeidsmarkt. Vaak hebben ze meervoudige en complexe problemen, geen sociaal netwerk, grote schulden en justitiële contacten. Activering biedt een dagstructuur en een werkomgeving waarin deelnemers leren hun capaciteiten te benutten. De werkzaamheden omvatten onder meer fietsreparatie, het maken van steigerhouten meubelen, productiewerk en schoonmaakklussen. Hierbij wordt samengewerkt met bedrijven en welzijnsinstellingen.

#### 4.5 Ervaringsdeskundigheid en cliëntenparticipatie

De Novadic-Kentron Groep zet ervaringsdeskundigen in die vanuit eigen herstelervaring en eventueel een aanvullende opleiding anderen bij hun persoonlijk herstelproces ondersteunen. Hiermee willen we een aanzienlijke bijdrage leveren aan herstel en participatie van (ex-)cliënten, zoals vastgelegd in het Handvest van Maastricht.

##### *Handvest van Maastricht*

In het Handvest van Maastricht (2010) hebben vijftien verslavingszorginstellingen (waaronder Novadic-Kentron) en cliëntenraden zich tot doel gesteld de controle over het bereiken van (realistische) doelen bij de cliënt te leggen. Doel is maatschappelijk herstel: de cliënt neemt weer deel aan de maatschappij (werk, wonen, zingeving), ondanks de verslavingsproblemen. Herstel betekent voor elke cliënt iets anders. Wat dat precies is, bepaalt de cliënt zelf. De Novadic-Kentron Groep heeft als visie dat mensen, ondanks allerlei problemen, ook capaciteiten/mogelijkheden hebben die de bron kunnen vormen om de regie over hun eigen leven weer terug te nemen.

##### *Ervaringswerkers*

Vrijwilligerswerk en/of betaald werk en leer/werktrajecten binnen de Novadic-Kentron Groep kunnen op verschillende manieren een rol spelen in de mogelijkheden voor participatie en herstel: van de cliënt zelf, maar ook van andere cliënten die door een ervaringswerker worden begeleid. Binnen de herstelgedachte speelt ervaringsdeskundigheid een grote rol als brug tussen zorgverlener en cliënt. De ervaringswerker kan een cliënt iets bieden dat een zorgverlener in de meeste gevallen niet kan: gedeelde ervaringen. Daarnaast kan de ervaringswerker een belangrijke rol spelen op momenten dat de zorg (nog) niet beschikbaar is, en vormt hij of zij dus ook een brug in tijd en ruimte.





De Novadic-Kentron Groep zorgt daarbij voor een goede taakafbakening van de werkzaamheden van de professionele hulpverleners en ervaringswerkers. Ook zorgt de Novadic-Kentron Groep voor een goede begeleiding en goede randvoorwaarden waaronder de ervaringswerkers en vrijwilligers hun activiteiten verrichten. Dit gebeurt door middel van coaching en de cursus Herstellen Doe je Zelf.

Enkele voorbeelden van dit soort activiteiten zijn ervaringswerkers die helpen binnen de preventie en zorg, zoals X-perts, Unity en het Cliënten Service Bureau. Ook worden ervaringswerkers ingezet als ondersteuning van cliënten in de aanmeldingsfase (Samen Wachten) en binnen de (na)zorg (Samen Verder). Daarnaast volgen steeds meer ervaringswerkers een leer/werktraject: er zijn inmiddels al ervaringswerkers aan het werk op diverse afdelingen van de Novadic-Kentron Groep. Ten slotte is er een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met coöperatie Markieza, academie voor herstel en ervaringsdeskundigheid. De stuurgroep Herstelondersteunende Zorg ontwikkelt en implementeert dergelijke initiatieven met een mix tussen ervaringsdeskundigheid en professionaliteit.

#### ***Cliëntenraad***

De cliëntenraad wordt structureel betrokken bij het vormgeven van het beleid van de Novadic-Kentron Groep. Dat geldt in het bijzonder ten aanzien van kwaliteit, cliëntwaardering, cliëntinitiatieven en herstelgerichtheid. De cliëntenraad neemt bijvoorbeeld deel aan overleg over de zorgpadontwikkeling en is betrokken bij de zorginkoop.





## 5 Meten is weten

De Novadic-Kentron Groep baseert de zorg die zij biedt op evidence based methodieken en best practices. Zo willen wij zorg bieden van hoogwaardige kwaliteit. Om deze hoge standaard te handhaven en te kunnen blijven garanderen, moeten we uiteraard evalueren of de zorg die we bieden inderdaad (nog steeds) het gewenste effect bereikt. Meten en evalueren biedt ons nieuwe handvatten om de zorg te verbeteren. Daarnaast worden de gegevens gebruikt om verantwoording af te leggen aan opdrachtgevers en financiers.

### *Effectmeting*

Het meten van behandelresultaten staat bij de Novadic-Kentron Groep hoog in het vaandel. Samen met de GGZ en de zorgverzekeraars gebruiken we de ROM, de Routine Outcome Measurement. Vanaf 2011 meten we dit structureel in onze organisatie. Door het routinematig meten van verandering in de ernst van de problematiek en de symptomatologie, het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven van cliënten kan de ROM gebruikt worden om het individuele zorgtraject te volgen en waar nodig bij te stellen.

Daarnaast worden de gegevens gebruikt om te leren en verbeteringen door te voeren in het aanbod en worden ze op geaggregeerd niveau gebruikt voor de externe verantwoording. In eerste instantie ligt de focus van de ROM op de behandeling die vanuit de Zvw bekostigd wordt. In 2014 is gestart met een vragenlijst specifiek voor de begeleiding van de chronische doelgroep.

### *Cliënttevredenheid*

Cliënttevredenheid is één van de criteria die bepalen hoe effectief en succesvol een behandeling is (zie ook paragraaf 2.5), en voor ons bovendien – naast de effectmeting – de voornaamste bron van feedback over de kwaliteit van onze zorg. Het meten van de cliënttevredenheid is dan ook essentieel. Bij de keuze voor tools die we daarbij inzetten, houden we rekening met HKZ- en INK-normen en de eisen van zorgkantoren, zorgverzekeraars, gemeenten en cliëntenorganisaties. Ook de cliëntenraad is nadrukkelijk betrokken bij het meten van de cliënttevredenheid. De cliënttevredenheidsgegevens komen terug in de jaarrapportage die de projectleider samen met een vertegenwoordiging van de cliëntenraad in geplande bijeenkomsten met verantwoordelijken bespreekt.

De cliënttevredenheid wordt bij Novadic-Kentron gemeten met de CQ-index (de Consumer Quality Index). Dit is een landelijke gestandaardiseerde systematiek voor meten, analyseren en rapporteren van cliëntervaringen in de zorg. Er worden veel verschillende gebieden bevraagd en dat leidt tot een duidelijkere en meer gestructureerde terugkoppeling. Ook is er een speciale CQ-index voor de opvang. De metingen worden onafhankelijk, extern en steekproefsgewijs uitgevoerd.

Vanaf medio 2013 is het meten van de cliënttevredenheid (met de Consumer Quality Index-vragenlijst) in het ROM-proces ingebed. Hierdoor kunnen we per maand zien hoe de ervaringen van onze cliënten zijn en welke veranderingen hierin optreden.

Zowel cliënttevredenheidsmetingen als effectmetingen worden periodiek uitgevoerd. Rapportages geven resultaten weer over regio's of bijvoorbeeld zorgprogramma's. In opdracht kan de Novadic-Kentron Groep gegevens over specifieke lokale cliëntgroepen verzamelen.

## 6 Meer informatie?

Wilt u meer weten over de Novadic-Kentron Groep of heeft u specifieke vragen naar aanleiding van deze zorgbeschrijving? Bezoek onze website [www.novadic-kentron.nl](http://www.novadic-kentron.nl) of neem contact met ons op!

### ***Nieuwsbrief en twitter***

Blijf op de hoogte van het laatste nieuws op het gebied van verslaving en verslavingszorg!

Via twitter @novadickentron geven wij u kort nieuws van onze organisatie en ander relevant nieuws op het gebied van verslaving.

Ook kunt u zich kosteloos abonneren op onze e-mailnieuwsbrieven. U kunt zich hiervoor aanmelden via onze website of direct via [nieuws.novadic-kentron.nl](mailto:nieuws.novadic-kentron.nl).

### ***Contactgegevens hoofdlocatie***

Novadic-Kentron Groep

Postbus 243

5260 AE Vught

T: 073-684 95 00

M: [communicatie@novadic-kentron.nl](mailto:communicatie@novadic-kentron.nl)

# Bijlage: factsheet

Zorggebied	Geheel Noord-Brabant
Aantal inwoners Noord-Brabant	2,47 miljoen inwoners
Aantal gemeenten Noord-Brabant	67
Hoofdvestiging	Vught
Nevenvestigingen	4 regiolocaties (Breda, Den Bosch, Eindhoven, Tilburg)
	10 ambulante vestigingen/steunpunten (Roosendaal, Cuijk, Boxtel enzovoorts)
	25 zorgboerderijen
	Verbonden met meer dan 600 huisartsenpraktijken
Grootste centrumgemeenten	Eindhoven, Tilburg, Breda, Den Bosch, Helmond, Oss, Bergen op Zoom
Aantal medewerkers	Circa 1.100 medewerkers (ongeveer 925 fte)
Omzet (2012)	Circa 70 miljoen euro
Financieringstromen	60% Zvw, 15% Justitie, 20% Wmo, 5% AWBZ
Aantal cliënten Novadic-Kentron Groep	Circa 10.000 verdeeld over Zvw, Wmo, AWBZ
Aantal cliënten RoderConsult (BasisGGZ)	in 2011 circa 2.500 (30% cliënten van Zvw)
Aantal nieuwe inschrijvingen	Circa 50% van cliënten
Primaire problematiek	Alcohol: 43%
	Opwekkende middelen (cocaïne, speed enzovoort): 17%
	Cannabis: 15%, > 50% van jeugdigen
	Opiaten (heroïne, methadon, opium): 12%
	Overig (xtc, GHB, gokken): 11%, GHB stijgt sterk
Geslacht	Man: 70-75%
	Vrouw: 25-30%
Leeftijd	12-18 jaar: 3%
	18-24 jaar: 10%
	24-50 jaar: 60-65%
	> 50 jaar: 20-25%
Aantal FACT-teams medio 2013	16, waarvan 2 Jeugd
Aantal "cure" bedden Zvw (eind 2013)	171
Aantal "cure" bedden FVZ (eind 2013)	16
Aantal beschermd wonen (medio 2014)	Circa 60 (exclusief nauwe samenwerking woonvoorziening Breda)
Hoofdbehandelmethodes	Community Reinforcement Approach (CRA) Herstelondersteunende zorg
Certificering	HKZ



### **Over de Novadic-Kentron Groep**

De Novadic-Kentron Groep is de instelling voor verslavingszorg in Noord-Brabant. We bieden preventie en voorlichting, behandeling (ook online), begeleiding en opvang. Onze aanpak is gericht op de behoeften en persoonlijke doelen van de cliënt, en altijd onderbouwd met de nieuwste inzichten en wetenschappelijk onderzoek. De Novadic-Kentron Groep heeft vestigingen, steunpunten en tientallen zorgboerderijen in heel Brabant. Ook zijn we verbonden met honderden huisartsenposten.

Novadic-Kentron Groep

Postbus 243

5260 AE Vught

T: 073-684 95 00

M: [communicatie@novadic-kentron.nl](mailto:communicatie@novadic-kentron.nl)

W: [www.novadic-kentron.nl](http://www.novadic-kentron.nl)