

DE HAAGSE HOGESCHOOL

**Bachelorscriptie
mei '14**

Academie Sociale Professies:
Sociaal Pedagogisch Hulpverlening
Studiejaar 2013-2014

Behoefte van een verslaafde cliënt om zijn systeem te betrekken bij de behandeling

Laura Hennen
10041532

Begeleider:
Jan Kolvoort

Beoordelaar:
Gert Evers

Opdrachtgever:
Marieke Groenendijk en Klaas van Beek
Brijder Verslavingszorg
Johan van der Bruggenstraat 1
2553 NZ Den Haag

Leiden

Samenvatting

Dit onderzoek is een afstudeeropdracht ter afronding van de studie Sociaal Pedagogisch Hulpverlening aan de Haagse Hogeschool te Den Haag. De aanleiding voor dit onderzoek is ontstaan nadat Brijder de indruk kreeg uit de praktijk, dat het een duidelijk positief effect geeft wanneer het systeem betrokken is bij een behandeling van de cliënt; de cliënt heeft bijvoorbeeld meer vertrouwen dat het lukt dan wanneer er minder of geen systeem in beeld is. Dit komt echter alleen terug bij multidisciplinaire overleggen, er is geen structureel onderzoek naar gedaan. Het doel van dit onderzoek is om de behoeftes van een verslaafde cliënt, om zijn systeem te betrekken bij de behandeling, in kaart te brengen. Het onderzoek is onderverdeeld op twee afdelingen: de langdurige en de kortdurende afdeling. Dit onderzoek is gedaan op de kortdurende afdeling van Brijder Verslavingszorg. De vraagstelling bijbehorende bij dit onderzoek luidt: *in hoeverre is er de behoefte van de cliënt om zijn systeem te betrekken bij zijn detoxificatie, de kortdurende behandeling van drie weken van Brijder?*

Door middel van een literatuurstudie is het kader geschetst rondom het onderzoek. Verder zijn er negen interviews afgenomen met cliënten van Brijder Verslavingszorg. De onderzoeksgroep heeft bestaan uit volwassene cliënten vanaf 18 jaar, van de detoxificatie behandeling van Brijder. De respondenten zijn willekeurig gekozen. De interviews vonden individueel en open plaats. Dit houdt in dat er met een lijst van onderwerpen is gewerkt en open vragen werden gesteld en dus geen vragenlijst is afgenomen. Deze keus is gemaakt om beter door te kunnen vragen op redeneringen en motieven. Een andere groep respondenten is een professional en tevens zorgcoördinator van de detoxificatie afdelingen en de psycholoog van de detoxificatie afdelingen. Om hierdoor een algemeen beeld te krijgen wat er speelt op de groep en wat hun meningen zijn betreffende het onderwerp.

Uit het onderzoek is gebleken dat de behoefte van de cliënten ambivalent is om hun systeem te betrekken bij de behandeling. Ze willen hun systeem wel betrekken bij de behandeling, onder enkele voorwaarden: de relatie tussen de cliënt en het systeem moet goed zijn, het ontstaan van begrip en inzicht bij het systeem (voordeel), moeten opwegen tegen de adviserende en bemoeiende rollen van het systeem (nadeel) en de belemmeringen moeten weg worden genomen of de mogelijkheden vergroot. Cliënten zien voornamelijk veel belemmeringen en nadelen ten opzichte van het betrekken van hun systeem. Echter zien ze ook de voordelen.

Belangrijk is dat het systeem een onderdeel wordt van de behandeling. Voor elke oplossing die aangedragen wordt geldt dat de hulpverlener het instrument is waarmee gewerkt wordt. Vaardigheden om het systeem meer te betrekken en de cliënt en het systeem meer aandacht te geven, zullen aandacht verdienen. Verder wordt het voordeel: het bieden van begrip en inzicht vergroot door uitleg te krijgen van professionals. Met de cliënt zal ook in gesprek moeten worden gegaan om het belang van het betrekken van het systeem toe te lichten. Verder zijn er faciliteiten nodig om bezoek te ontvangen, bijvoorbeeld. Een bezoekersruimte biedt de mogelijkheid voor beter en/of meer contact tussen systeem en cliënt.

Aanbevolen wordt om vervolgonderzoek te doen, om te onderzoeken in hoeverre het systeem betrokken wil worden bij de behandeling van Brijder Verslavingszorg. Om samen met de cliënt en het systeem te kunnen werken, zal er meer inzicht moeten zijn in wat het systeem daadwerkelijk wil, behalve wat de cliënt hierover zegt en vindt.

Voorwoord

Voor u ligt een scriptie welke het resultaat is van een onderzoek naar de behoeftes van de verslaafde cliënt om zijn systeem te betrekken bij zijn kortdurende, detoxificatie behandeling. Met deze scriptie zal ik de opleiding Sociaal Pedagogisch Hulpverlening afronden.

Toen ik hoorde dat we een scriptie moesten gaan schrijven, wist ik niet goed wat ik wilde. Of ik gedacht had bij dit onderwerp uit te komen? Nee. Heb ik het erg leuk, leerzaam en een uitdaging gevonden? Ja. Deze scriptie was voor mij een uitdaging. Ten eerste omdat dit mijn eerste scriptie was die ik schreef, ten tweede omdat de doelgroep voor mij nieuw was. Het interviewen van cliënten was iets wat ik graag wilde doen voor mijn scriptie. Altijd heb ik gedacht dat deze interviews met kinderen zouden plaatsvinden. Toch ben ik de uitdaging aangegaan om deze scriptie te schrijven, een nieuwe doelgroep te leren kennen en mijzelf te leren kennen.

Deze scriptie is geschreven voor Brijder Verslavingszorg en is bedoeld voor begeleiders en/of studenten die werkzaam zijn in de verslavingszorg, maar ook werken in andere sectoren van de zorg. Mijn begeleider bij Brijder Verslavingszorg was Klaas van Beek en mijn begeleider van de Haagse Hogeschool was Jan Kolvoort. Deze wil ik graag bedanken. Verder wil ik ook mijn beoordelaar Gert Evers bedanken. Hij heeft mij erg geholpen door kritisch te kijken naar mijn scriptie. Verder heb ik aan twee mensen erg veel gehad, wanneer ik vast liep in mijn onderzoek. Marie-José Stunnebrink is werkzaam in de zorg. Zij heeft mij geholpen kritisch te kijken naar mijn onderzoek, evenals Jos Hennen. Hierdoor heb ik stil gestaan bij wat ik heb geschreven en waar ik mee bezig was. Als laatste wil ik de cliënten en de professionals bedanken van Brijder Verslavingszorg. Zonder de hulp van deze mensen, zou deze scriptie niet in deze vorm tot stand zijn gekomen.

Leiden, mei 2014.

Laura Hennen

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	2
VOORWOORD	3
INHOUDSOPGAVE	4
1. INLEIDING	6
1.1 Opdrachtgever	6
1.2 Aanleiding	6
1.3 Probleemanalyse	7
1.4 Doelstelling	8
1.5 Probleemstelling en deelvragen	9
1.6 Begripdefiniëring	9
1.7 Relevantie, bruikbaarheid en vernieuwend	10
1.8 Leeswijzer	10
2. THEORETISCH KADER	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Theorieën	11
2.2.1 Verslaving	11
2.2.2 Systeem	11
2.2.3 Gevolgen	12
2.2.4 Verwachtingen	13
2.2.5 Belemmeringen en mogelijkheden	15
2.2.6 Onderzoek	16
2.2.7 Competenties hulpverleners	16
Conclusie.....	18
3. METHODOLOGIE.....	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Onderzoeksgroep	19
3.3 Meetinstrumenten.....	19
3.4 Betrouwbaarheid	21
3.5 Validiteit	22
3.6 Procedure	22
3.7 Methode van analyse.....	22
4. RESULTATEN	23
4.1 Systeem	23
4.2 Gevolgen	23
4.3 Reactie van het systeem op de verslaving	24
4.4 Verwachtingen naar systeem.....	24
4.4.1 Langskomen, bellen, er voor je zijn en geldzaken.....	24
4.4.2 Begrip en inzicht	24

4.4.3 Nadeel.....	25
4.4.4 Wens.....	25
Conclusie.....	25
4.5 Belemmeringen en mogelijkheden.....	26
4.5.1 Praktisch.....	26
4.5.2 Gedachtes en gevoelens.....	26
4.5.3 Eerdere gebeurtenissen.....	27
4.5.4 De relatie	27
Conclusie.....	28
4.6 Verwachtingen naar Brijder	28
Conclusie.....	30
Samenvattend.....	30
5 ANALYSE.....	31
5.1 Systeem	31
5.2 Gevolgen	31
5.3 Reactie van het systeem op de verslaving	31
5.4 Verwachtingen naar het systeem.....	32
5.5 Belemmeringen en mogelijkheden.....	32
5.6 Verwachtingen rondom Brijder.....	33
CONCLUSIE	35
AANBEVELINGEN.....	36
Microniveau	36
Mesoniveau	36
Gesprekken met professionals	36
Faciliteiten.....	37
Vervolgonderzoek	37
DISCUSSIE	38
Kwalitatief onderzoek	38
Het instrument is de onderzoeker zelf.....	38
Metten wat er gemeten moet worden	38
Opnameapparatuur	39
Intra-interviewbetrouwbaarheid	39
Operationalisatie van de deelvragen	39
Het onderzoek in de beroepspraktijk.....	39
LITERATUURLIJST	41

1. Inleiding

Is het nuttig om vrienden, familie en naasten van een persoon te betrekken bij de behandeling? Er zijn veel voordelen te noemen volgens Scheffers (2012) om belangrijke naasten van de cliënt wel bij de cliënt te laten of in beeld te houden. Aan de andere kant van het verhaal staat: “Nederland moet bezuinigingen, zelfredzaamheid moet bevorderd worden, er moet meer geparticipeerd worden, de zorg moet opgelost worden binnen het systeem van de cliënt.” Dit zijn zinnen die onderwerpen zijn van gesprek en beleid bij het kabinet rondom het invoeren van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Rijksoverheid, z.j.). Wil de cliënt echter dat zijn systeem betrokken wordt bij zijn behandeling? Wat zijn de behoeftes van de cliënt en daarnaast zijn verwachtingen? Hieronder vindt u de opzet van een onderzoek over de behoeftes die een verslaafde cliënt heeft om zijn systeem te betrekken bij de behandeling. Deze opdracht is uitgevoerd bij en in opdracht van (de detoxificatie afdeling van) Brijder Verslavingszorg.

1.1 Opdrachtgever

Brijder is een verslavingszorginstelling, onderdeel van Parnassia Groep, die zich richt op het voorkomen en behandelen van verslaving met bijkomende psychiatrische, lichamelijke en emotionele problematiek en op het verbeteren van de kwaliteit van het leven van verslaafden. Brijder is er voor verslaafden van alle leeftijdsgroepen, van lichte tot ernstige verslavingsproblematiek. Een van de uitgangspunten van Brijder is herstelondersteunende zorg. Deze herstelondersteunende zorg bestaat uit zorg en behandeling van de verslaving en andere bijkomende problematiek. Verder biedt Brijder ook steun op gebieden als wonen, werken, leren en sociale contacten (Brijder, 2013).

Kliniek Brijder Den Haag aan de Johan van Bruggenstraat 1 is een volwassenenkliniek van Brijder. In deze kliniek komen mensen waarbij sprake is van een ernstig en/of langdurig verslavingsprobleem, er onduidelijkheden zijn over eventuele psychische problematiek, er naast de verslaving andere problemen spelen, ambulante begeleiding ontoereikend was, of wanneer er sprake is van een gedwongen opname. Het hoofddoel bij kliniek Brijder Den Haag is het stoppen met het gebruik van verslavende middelen of gokken. Hierbij vindt Brijder het belangrijk dat familie betrokken is bij de behandeling, in overleg met de cliënt (Brijder, 2012).

Kliniek Brijder Den Haag heeft vier afdelingen: detoxificatie, diagnostiek, behandeling en gesloten afdeling. In de kliniek worden verschillende programma's aangeboden. Programma onderdelen die worden aangeboden zijn: cognitieve gedragstherapie, omgaan met emoties, psycho-educatie, zelfcontrole, terugvalpreventie, sociale vaardigheden en psychomotorische therapie. De cliënt krijgt tijdens zijn opname een persoonlijk begeleider, een psycholoog en een arts toegewezen. Er worden behandelafspraken gemaakt in samenwerking met de cliënt. De voortgang van de behandeling wordt eenmaal per week door het team wat de cliënt behandelt, geëvalueerd en besproken samen met de cliënt. Op de detoxificatie afdeling zijn cliënten één tot drie weken aanwezig. Zij komen hier om hun lichaam te ontgiften van de psychoactieve stoffen in hun lichaam. Verslaafden aan alle soorten middelen kunnen op deze afdeling terecht wanneer ze ontgift moeten worden. Hierna worden ze teruggestuurd naar hun ambulante begeleider (Brijder, 2012).

1.2 Aanleiding

Brijder heeft aangegeven het systeem te willen betrekken bij de behandeling. Zij hebben de indruk gekregen vanuit de praktijk dat wanneer het systeem betrokken was, het een duidelijk positief effect gaf bij de behandeling van de cliënt. Cliënten doorliepen zichtbaar gemakkelijker de behandeling. De cliënt heeft meer vertrouwen dat het lukt, omdat ze gevoelsmatig bij iemand terecht kunnen. Verder

noemde Brijder ook dat het als een stok achter de deur geldt; als het tegenzit, kunnen ze opgevangen worden door hun systeem. Brijder merkte dit aan het feit dat cliënten dit soms vertellen of bij navragen erover beginnen (K. van Beek, persoonlijke mededeling, 2 mei 2014). Brijder zou hier meer onderzoek naar willen, omdat deze observaties wel terug komen in multidisciplinaire overleggen, maar er is nog geen structureel onderzoek naar gedaan. Brijder had in eerste instantie de volgende vraag gesteld: “In hoeverre kan het systeem van een verslaafde volwassen cliënt betrokken worden tijdens en na de opname en wat is hier randvoorwaardelijk voor nodig?” Met deze informatie is er een gesprek aan gegaan met Brijder Verslavingszorg. In dit gesprek kwam naar voren dat de eerder genoemde hoofdvraag, meerdere vragen omvatte. Deze vraag is in gesprek met Brijder toegespitst, zie *probleemstelling* p.10.

1.3 Probleemanalyse

Wat houdt het betrekken van het systeem is? Wat is de meerwaarde voor Brijder om het systeem te betrekken bij de behandeling? Deze vraag is aan Brijder gesteld. Voor hen is de meerwaarde of houdt betrekken het volgende in: het systeem informeren, op de hoogte houden, kennisoverdracht naar het systeem en van het systeem en belangrijke steun voor de cliënt zijn tijdens de behandeling. De insteek is in eerste instantie voor Brijder om het systeem mee te laten denken in wat helpend zou kunnen zijn voor de cliënt en het systeem eventuele aanvulling laten zijn voor de behandeling (K. van Beek, persoonlijke mededeling, 15 januari 2014).

Echter in hoeverre is het überhaupt wenselijk dat het systeem betrokken wordt. Wenselijk gezien vanuit de cliënt, maar ook vanuit het systeem en vanuit de instelling. Brijder heeft aangegeven het zelf erg wenselijk te vinden om het systeem erbij te betrekken.

Het woord systeem is hier al aantal keren voorbij gekomen. Maar wat betekent dat, het systeem? Volgens Nabuurs (2012) kan het systeem worden omschreven als: *“een eenheid, opgebouwd uit deilverhoudingen. Het gaat niet alleen om de delen op zich, ook niet om het geheel, maar om de doelgerichte betrekkingen tussen dit alles.”* Er worden verschillende niveaus van complexiteit genoemd door Boulding in Nabuurs: Basisboek Systeemgericht werken (2012) waarvan de mens met zijn sociale systemen een van de niveaus zijn. Een mens kan pas deelnemen aan een systeem of een subsysteem wanneer je deelneemt aan de communicatie en de interactie binnen dit systeem. Bij een systeem horen ook regels, normen en waarden. Zowel de familie van een cliënt als de omgeving van een cliënt kan een systeem zijn. Met het systeem ‘familie’ worden alle bloedverwanten bedoeld tot aan de derde lijn (Nabuurs, 2012).

Er zijn veel onderzoeken gedaan naar wat het systeem voor invloed kan hebben op de cliënt. Weisfelt (2010), Beneken (2011), Nabuurs (2012) en een onderzoek in Amerika (Kirk, M et al., 2002) geven aan dat een systeem rondom de cliënt een grote invloed kan hebben op het welbevinden van de cliënt. Rigger (2010) geeft de algemene systeemtheorie weer waarbij het uitgangspunt de interactie tussen persoon en omgeving is; de mens kan niet los gezien worden van zijn omgeving. Scheffers (2012) geeft ook aan dat mensen aangewezen zijn op andere mensen, dat het cliëntsysteem er kan zijn om problemen op te lossen. Weisfelt (2010) geeft verder aan dat een systeem een positieve en negatieve betrokkenheid kan leveren aan de cliënt. Volgens Nabuurs (2012) kan een familie zowel een positieve bijdrage leveren aan (het hulpverleningsproces van) de cliënt, maar ook voor conflicten zorgen. Een familie heeft namelijk een eigen geschiedenis en het individu in het systeem zijn eigen gevoelens en belevingen. Verder geeft Beneken (2011) aan dat de relatie tussen het systeem en de cliënt een belangrijke voorwaarde is voor het zorgen voor een ander.

Behalve de hierboven beschreven schrijvers die veel hebben geschreven over de invloed die een systeem/de omgeving kan hebben op een cliënt zijn er meerdere onderzoeken verricht. Scheffers (2012) heeft in kaart gebracht wat de voordelen kunnen zijn van het betrekken van het systeem vanuit de cliënt gezien, maar ook vanuit de professional gezien. Met andere woorden; zij laat zien over welke voordelen een cliënt kan beschikken als hij daadwerkelijk de behoefte heeft om zijn systeem bij zijn behandeling te betrekken. Arensbergen en Liefhebber (2009) geven aan wat belangrijke vaardigheden zijn voor een professional om een cliënt zijn systeem te betrekken bij de behandeling. Echter zijn dit algemene vaardigheden of voordelen die genoemd worden, niet toegespitst op de verslavingszorg en zal ook per cliënt, per instelling en systeem verschillen wat de mogelijkheden zijn. Verder blijkt hier niet duidelijk uit of de cliënt inderdaad deze behoefte heeft, of de cliënt weet heeft van wat het systeem kan betekenen, maar ook of het überhaupt mogelijk is om het systeem te betrekken om redenen als; de relatie is er niet voor, er is maar een klein of geen systeem.

Beneken (2011) geeft aan dat bepaalde problematiek niet alleen de cliënt raakt, maar dat er een zorgsituatie is. Het systeem rondom de cliënt heeft te maken met de problematiek van de cliënt. Een mens die verslaafd is, komt dikwijls alleen te staan of zijn wereld wordt vernauwd; tot mensen die ook misbruik maken van middelen. Door gebruik van overmatig alcohol- en drugsgebruik, zijn er verschillende gevolgen op geestelijk, lichamelijk en sociaal niveau. Al deze gevolgen tasten de cliënt en zijn omgeving aan (Vandereycken en van Deth, 2011 en Jüngen en Kerstens, 2013).

Behalve dat het betrekken van het systeem voordelen heeft, moet de WMO toch genoemd worden. De WMO staat voor Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Rijksoverheid, z.j. a). In 2015 wil het kabinet dat alleen de zwaarste, langdurige zorg wordt vergoed door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (Rijksoverheid, z.j. b). Dit betekent dat de AWBZ er alleen is voor mensen die echt niet meer thuis kunnen wonen en dat men zo lang mogelijk ondersteuning thuis krijgt. De lichtere vormen van zorg zullen vallen onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. De WMO zorgt ervoor dat iedereen zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen. Sinds de WMO van kracht is, regelt de gemeente de maatschappelijke ondersteuning. Maatschappelijke ondersteuning is activiteiten die ervoor zorgen dat mensen mee kunnen doen in de samenleving (invoering wmo, z.j.). Verder regelen de gemeentes begeleiding en verzorging waardoor gemeentes de zelfredzaamheid en participatie van de burger dichter bij huis kunnen organiseren (invoering wmo, z.j.). Wanneer het niet lukt om op eigen kracht of met hulp van anderen en naasten tot zelfredzaamheid en participatie te komen kan de gemeente voorzieningen aanbieden vanuit de WMO (rijksoverheid z.j. a). De WMO zegt dus dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en moeten mee kunnen doen in de samenleving, al dan niet geholpen door naasten.

Voor Brijder, en andere zorgaanbieders, speelt de WMO op beleidsniveau een rol. Toch wordt de WMO weg gelaten in de rest van het onderzoek; het theoretisch kader. Het kan een aanleiding zijn geweest van Brijder. Echter hebben zij aangegeven dit onderzoek te willen vanuit de voordelen die ze ervaren hebben en niet vanuit de WMO.

1.4 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is om te inventariseren wat de behoeftes van een verslaafde cliënt zijn om zijn systeem te betrekken bij de behandeling. Hier komt informatie uit waaruit blijkt wat de behoeftes zijn van de cliënt maar ook hoe deze in te vullen zijn met de verwachtingen van de cliënt naar het systeem en naar de instelling toe. Uiteindelijk wil Brijder, wanneer de behoeftes van de cliënt in kaart zijn gebracht, dat er vervolgonderzoek plaatsvindt om de behoeftes van het systeem om betrokken te worden bij de behandeling in kaart brengen. Hieruit zullen interventies komen voor Brijder om het

systeem juist wel of niet te betrekken bij de behandeling en op welke manier deze interventies plaats zullen vinden.

1.5 Probleemstelling en deelvragen

In gesprek met Brijder is de vraag die Brijder in eerste instantie had gesteld, besproken: “In hoeverre kan het systeem van een verslaafde volwassen cliënt betrokken worden tijdens en na de opname en wat is hier randvoorwaardelijk voor nodig?”. In eerste instantie is er kritisch gekeken naar welke vragen, de vraag van Brijder omvatte. Nadat de vraag opgedeeld is in meerdere vragen om het onderzoek haalbaar en concreet te maken, is de vraag gesteld of het überhaupt wenselijk is vanuit de cliënt om zijn systeem te betrekken bij de behandeling. Brijder zou meer onderzoek willen naar de behoeftes van de verslaafde cliënt, omdat observaties over de cliënt wel terug komen in multidisciplinaire overleggen, maar er is nog geen structureel onderzoek naar gedaan. Nadat de behoeftes van de cliënt zijn geïnventariseerd, willen ze zich pas focussen op wat de behoefte is van het systeem zelf. Brijder heeft een kortdurende en een langdurende behandeling. De kortdurende behandeling is voornamelijk gericht op detoxificatie, zoals eerder genoemd. Op deze kortdurende behandeling zal een cliënt ongeveer één tot drie weken verblijven, waarna ze weer terug gaan naar hun ambulante begeleider. Op verzoek van Brijder is er in dit onderzoek gefocust op deze afdeling/deze behandeling en een andere studente heeft de behoeftes van de cliënten onderzocht op de langdurige behandeling. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

In hoeverre is er de behoefte van de cliënt om zijn systeem te betrekken bij zijn detoxificatie, de kortdurende behandeling van drie weken van Brijder?

Deze hoofdvraag is onder te verdelen in een aantal deelaspecten:

1. Wat is een systeem?
2. Hoe ziet het systeem van de cliënt eruit?
3. Wat zijn de gevolgen van de verslaving van de cliënt voor zijn systeem?
4. Hoe reageerde het systeem van de cliënt toen ze over de verslaving te weten kwamen?
5. Welke verwachtingen heeft de cliënt van het systeem, tijdens zijn detoxificatiebehandeling?
6. Welke verwachtingen heeft de cliënt van de instelling, tijdens zijn detoxificatiebehandeling?
7. Welke belemmeringen en mogelijkheden ziet de cliënt van het betrekken van zijn systeem rondom zijn opname?

1.6 Begripdefiniëring

Behoefte: iets dat je nodig hebt (Dé Dikke Van Dale, 2005).

Betrokkenheid: de emotionele binding met of bij iets (Koenen Woordenboek, 2005). In overleg met Brijder kwam dit in de praktijk neer op: het systeem informeren, op de hoogte houden, kennisoverdracht naar het systeem en van het systeem en/of belangrijke steun voor de cliënt zijn tijdens de behandeling. (K. van Beek, persoonlijke mededeling, 15 januari 2014).

Belemmering: een factor wat er voor zorgt dat het doel niet of moeilijker wordt gehaald waarbij een factor wordt omschreven als een omstandigheid (Dé Dikke Van Dale, 2005).

Cliënt: iemand die geholpen of opgenomen is in een instelling (Dé Dikke Van Dale, 2005).

Detoxificatie: ook wel ontgiftiging van het lichaam genoemd, waarbij na gebruik van de psychoactieve stof, de stof het lichaam verlaat. Bij dit proces komen vaak ontwenningssverschijnselen kijken (van der Stel, J., 2012).

DSM (toelichting bij het begrip *verslaving* in begripdefiniëring): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Een classificatiesysteem voor psychische stoornissen (Jüngen en Kerstens, 2013).

Mogelijkheid: een factor wat er voor zorgt dat het doel (gemakkelijker) bereikt wordt waarin een factor wordt omschreven als een omstandigheid (Dé Dikke Van Dale, 2005).

Opname: wanneer een cliënt in behandeling is in een instelling (Koenen Woordenboek, 2005).

Systeem: volgens Nabuurs (2012): *een eenheid, opgebouwd uit deelverhoudingen. Het gaat niet alleen om de delen op zich, ook niet om het geheel, maar om de doelgerichte betrekkingen tussen dit alles.*

Het systeem van een cliënt zijn alle mensen in de omgeving van de cliënt. Binnen deze omgeving zijn er verschillende soorten systemen zoals: partners, familie, vrienden of collega's.

Verslaving: de term verslaving wordt niet als een stoornis genoemd, maar genoemd als afhankelijkheid of misbruik van een middel of stof. Je bent afhankelijk of je maakt misbruik van een stof als er een patroon is van onaangepast gebruik van een middel, dat significant lijden veroorzaakt in een periode van twaalf maanden. Hierbij moet aan een aantal criteria worden voldoen volgens de DSM classificatie (van der Stel, J., 2012).

Verwachtingen: wat die persoon van diegene hoopt te ontvangen, wat de behoefte is van de cliënt (Dé Dikke van Dale, 2005).

1.7 Relevantie, bruikbaarheid en vernieuwend

Brijder heeft de indruk gekregen vanuit de praktijk, dat het werken met het systeem van de cliënt een positieve bijdrage kan leveren aan het hulpverleningsproces, diverse bronnen uit de literatuur bevestigen dit. Ze hebben gemerkt dat een cliënt met een groot systeem of met een betrokken systeem, de behandeling zichtbaar gemakkelijk doorloopt. Brijder mist echter het structurele onderzoek naar dit onderwerp. Het onderzoek is relevant omdat het kan bijdragen aan het krijgen van inzicht hoe de huidige opgenomen cliënten aankijken tegen het betrekken van hun systeem, belangrijk, omdat de WMO vraagt om meer met het systeem te werken. Wanneer er gewerkt gaat worden zonder direct de behoeftes te weten van de cliënt zelf, kan er op een verkeerde manier gewerkt gaan worden, een manier die wellicht niet ten gunste komt van de cliënt en van de instelling en de behandeling. Vandaar en vanuit de WMO gezien zal dit een relevant onderwerp zijn om te onderzoeken. Het onderzoek wat verricht is, is kwalitatief. Er is hierdoor vooral inzicht verkregen in de specifieke personen die onderzocht zijn, waar wel inzicht uit gehaald kan worden voor eventuele verdere onderzoeken en behandelingen. Deze informatie is gekoppeld aan de eerder onderzochte literatuur om zo een algemener beeld te kunnen scheppen. Dit onderzoek zal voor Brijder, maar ook wanneer een algemener beeld geschept wordt, ook bruikbaar en vernieuwend zijn voor andere instellingen. De vraag komt vanuit Brijder zelf, zij werken nauwelijks met het systeem en hebben weinig inzicht in wat de behoefte is van de cliënt. Hierdoor is dit onderzoek vernieuwend voor een instelling als Brijder.

1.8 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt het theoretisch kader rondom het onderzoek beschreven; met welke bril is er naar het onderzoek gekeken? Hierna wordt er in hoofdstuk drie de methode van het onderzoek besproken. Vervolgens worden de resultaten uiteengezet in hoofdstuk vier, om hierna in hoofdstuk vijf de resultaten te analyseren aan de hand van de literatuur. Na de analyse wordt de vraagstelling van het onderzoek beantwoord in de conclusie, met daarna de aanbevelingen en een discussie. Als laatste is er een literatuurlijst te vinden.

2. Theoretisch kader

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader weergegeven; de ‘bril’ waarmee we naar het onderzoek zullen kijken. Allereerst zullen er een aantal theorieën besproken en daarna wordt er een conclusie getrokken. De theorieën worden besproken aan de hand van de deelvragen. Hiervoor geldt dat niet elke deelvraag theorieën bevat en hier dus niet besproken wordt. Allereerst zal kort verteld worden wat een verslaving voor (het individu) betekent. Daarna zal het systeem van een verslaafde besproken worden en geplaatst worden in het kader van de systeemtheorie. Tijdens het onderzoek wordt er gevraagd om verder te kijken dan alleen de problematiek van het individu en juist te kijken naar wat er rondom het individu plaatsvindt. De systeemtheorie geeft op een goede wijze inzicht hoe er gekeken kan worden naar het individu in zijn omgeving. Wat voor een gevolgen de verslaving heeft voor personen, wordt vervolgens uiteengezet.

Hierna wordt er uiteengezet wat er in de literatuur geschreven is over de verwachtingen van een cliënt naar het systeem toe en naar instellingen toe, wanneer zijn systeem betrokken wordt. Hierna zullen de belemmeringen en mogelijkheden besproken worden wanneer het systeem betrokken wordt. Na de belemmeringen en mogelijkheden worden er een aantal onderzoeken besproken over het betrekken van het systeem. Als laatste wordt verteld wat een hulpverlener nodig heeft voor competenties aan de hand van het competentiemodel van Arensbergen en Liefhebber (2009) en M. Scheffers (2012).

2.2 Theorieën

2.2.1 Verslaving

Mensen kunnen om verschillende redenen verslaafd zijn geraakt en aan verschillende middelen verslaafd zijn. Het verliezen van controle, het vermogen om weerstand te kunnen bieden aan het verlangen naar een bepaald middel en doorgaan met het gebruik ondanks de gevolgen van het gebruik, zijn de belangrijkste kenmerken van een verslaving. Wanneer het gebruik van een stof zo een belangrijke plaats in iemands leven inneemt dat de persoon denkt niet zonder te kunnen maar ook voelt niet meer zonder te kunnen is men psychisch afhankelijk geworden. Wanneer het lichaam, de hersenen, zich zo hebben aangepast aan het gebruik van een middel dat innemen van de stof nodig is om onthoudingsverschijnselen tegen te gaan, wordt het lichamelijke afhankelijk genoemd (Stel, 2012 en Vandereycken en van Deth, 2011).

Middelengebruik kan gevolgen hebben voor het individu en voor de omgeving. Hierbij is te denken aan gevolgen in de relaties van een individu, in het gezin en op het werk. Verder kan het ook gevolgen hebben op maatschappelijk niveau, denk hierbij aan verkeersongevallen, criminaliteit, geweld en overlast (Stel, 2012, Jüngen en Kerstens, 2013 en Vandereycken en van Deth, 2011).

2.2.2 Systeem

Het systeem is een begrip wat uitgelegd kan worden aan de hand van de systeemtheorie. Binnen de systeemtheorie is er aandacht voor interactie, communicatie, gezinsfuncties, de context van een persoon. De systeemtheorie ziet een persoon meer dan alleen als een individu, de theorie ziet het individu als een complex geheel. In de *probleemanalyse* is al kort benoemd wat een systeem is: *‘Het begrip systeem wijst op een eenheid, opgebouwd uit deilverhoudingen; het gaat niet alleen om de delen op zich, ook niet om het geheel, maar om de doelgerichte betrekkingen tussen dit alles’* (Nabuurs, 2012). De doelgerichte betrekking uit zich in de interactie die de mens heeft met zijn omgeving. De Algemene Systeemtheorie gaat er van uit dat alle levende wezens, waaronder de mens,

gezien worden als een open systeem. Dit houdt in dat de mens continu in interactie staat met zijn omgeving (Nabuurs, 2012 en Rigter, 2010).

De systeemtheorie richt zich minder op de delen, al worden deze niet verwaarloosd, maar richt zich meer op het grote geheel. Er wordt niet alleen gekeken naar de persoon, maar de persoon in zijn omgeving (Rigter, 2010).). Volgens Boulding (1950) in Basisboek Systeemgericht Werken van Nabuurs (2012) zijn er verschillende soorten systemen, op te delen in volgorde van complexiteit. De twee niveaus hier van belang zijn de niveaus, het systeem getypeerd als mens en het sociale systeem. Deze systemen zijn hier van belang, aangezien in deze systemen de mens als individu met zijn omgeving gezien wordt. Het sociale netwerk wordt door Baars (1994) in Sterk met een vitaal netwerk van Scheffers (2012) omschreven als: *‘Sociale integratie, dat wordt gedefinieerd als het ingebed zijn in een geheel van mensen met wie rechtstreeks min of meer duurzame banden worden onderhouden voor de vervulling van de dagelijkse levensbehoeften.’* Baars (1994) in Sterk met een vitaal netwerk van Scheffers (2012) geeft hier aan dat gezien kan worden als een groot begrip; in het sociale netwerk van een persoon, kunnen meerdere personen zitten.

Er bestaan verschillende soorten subsystemen: systemen van twee opvoeders, of van partners, of van ouders en kind of kinderen onderling. Nabuurs (2012) noemt het suprafamiliale systeem waarbij bloedverwanten tot de derde lijn worden bedoeld. Nabuurs (2012) noemt dat de familie een belangrijke steunbron kan zijn voor het gezin en dat een familie goed zicht heeft op de problemen. Aan de andere kant noemt Nabuurs (2012) ook dat familie ook veel conflicten met zich mee kan brengen. Elke familie heeft een eigen geschiedenis met individuen met eigen belevingen, gevoelens en ervaringen. Al deze systemen kunnen ook steunend of juist als stressfactoren gelden voor het individu. Hier wordt verderop op teruggekomen bij 2.4 *Belemmeringen en mogelijkheden*. Probleemgedrag is nooit tot één systeem terug te brengen (Rigter, 2010).

Scheffers (2012) maakt binnen het sociale netwerk een ander onderscheid dan Nabuurs, al komt deze veel overeen. Scheffers (2012) zegt dat er drie sectoren bestaan; de sector verwanten (bloedverwanten en aanverwanten), de sector vriendschappelijke betrekkingen (vrienden, collega's, burens en virtuele contacten) en de sector maatschappelijke diensten (geen instellingen, maar concrete personen zoals de huisarts, werkgever en wijkagent).

Hierboven zijn al een aantal systemen genoemd die van invloed kunnen zijn op het individu; negatief en positief. Wat heeft een verslaving voor gevolgen voor deze systemen van een cliënt?

2.2.3 Gevolgen

Beneken (2011) noemt, dat wanneer er een probleem in het systeem is, er een zorgsituatie is. Het probleem van de persoon in het systeem, is een probleem van het hele systeem. Behalve dat de persoon gevolgen ondervindt van, bijvoorbeeld een verslaving, is het systeem rondom deze persoon ook aangetast. Zij hebben immers, soms jarenlang, met het probleem geleefd (Vandereycken en van Deth, 2008). Het systeem kan overbelast zijn door de zorg die ze geleverd hebben (Beneken, 2011 en Busschbach, J.T., Wolters, K.J.K., Boumans, H.P.A.T. 2009).

Een verslaafd persoon kan lang geen ervaring hebben rondom het hebben van een sociaal netwerk; het netwerk is niet groot genoeg, het netwerk heeft (de)zelf(de) problemen, de problemen zijn te groot om op te vangen door het netwerk. Bij mensen met een verslaving komt het vaak voor dat ze alleen staan of dat de wereld waarin ze zitten vernauwd is; vaak tot mensen met hetzelfde probleem (ook verslaafd of maken misbruik van een middel) (Vandereycken en van Deth, 2011 en Jüngen en Kerstens, 2013).

Een mens is een open systeem, met zijn mensen om zich heen. Een open systeem kan steeds meer gesloten worden, dit wordt entropie genoemd (Nabuurs, 2012). Wat betekent dit voor cliënten? Wanneer een open systeem meer gesloten wordt, betekent dit dat er minder interactie is met de omgeving, dus dat er minder mensen zich om deze persoon heen bevinden. Dit kan ook het geval zijn bij cliënten. Personen die zich meer afzonderen, steeds minder ondernemen en weinig energie hebben, staan minder in contact met de omgeving. Volgens Nabuurs (2012) kan entropie zorgen voor een mindere mate van een gezond evenwicht, wat uiteindelijk kan leiden tot uiteenvallen of de dood van de persoon. Dit gezonde evenwicht is een evenwicht van protectieve factoren en stressoren die het individu en de omgeving omgeven. Protectieve factoren zijn factoren die het individu positief beïnvloeden waar tegenover de stressoren staan die de persoon op een negatieve manier beïnvloeden. Het is dus van belang dat cliënten in een zekere mate in contact blijven staan met hun omgeving.

2.2.4 Verwachtingen

In de begripdefiniëring is het begrip verwachtingen aan bod gekomen. Verwachtingen zijn wat die persoon van diegene hoopt te ontvangen, wat de behoefte is van de cliënt. Verwachtingen zijn persoonlijk van aard. Er zijn geen theorieën over deze persoonlijke verwachtingen, echter zijn er wel theorieën over wat een cliënt kan ontvangen van zijn systeem, wat een systeem de cliënt kan bieden. Hieronder wordt in kaart gebracht wat, volgens theorieën, een systeem een cliënt kan bieden; wat een voordeel kan zijn om het systeem wel te betrekken. Aan de andere kant worden de nadelen genoemd.

Steunbron en conflicten

Voordeel

Nabuurs (2012) noemt dat de familie een belangrijke steunbron kan zijn voor het gezin en dat een familie goed zicht heeft op de problemen. Scheffers (2012) noemt de wederkerigheid in een relatie. Wanneer de wederkerigheid in een relatie groot is, is de relatie beter. Hetzelfde geldt voor de solidariteit in een groep. Remmerswaal (2009) geeft hier het gezin als voorbeeld. Hij zegt dat wanneer er een bedreiging van buitenaf komt (bijvoorbeeld een gemene opmerking over zus of broer), wordt deze bedreiging volledig buitengesloten, ondanks dat deze broers en zussen zelf wel vaak ruzie hebben. Hiermee wordt gezegd dat de band tussen de familieleden dan erg sterk is. Is de wederkerigheid en de solidariteit groot in een gezin, is de relatie sterker. Tijdens de behandeling kan dit een voordeel zijn die ten gunste komt van de cliënt: er staan mensen achter de cliënt.

Nadeel

Tegenover het voordeel wat Nabuurs (2012) noemt, noemt Nabuurs (2012) ook een nadeel. Het nadeel wat hij noemt, is dat familie ook veel conflicten met zich mee kan brengen. Elke familie heeft een eigen geschiedenis met individuen met eigen belevingen, gevoelens en ervaringen. Wanneer men een systeem betreft met veel conflicten zal dit een nadeel zijn in de behandeling; conflicten brengen stress met zich mee (Nabuurs, 2012). Solidariteit en wederkerigheid kunnen ook klein zijn, de relatie is dan zwak of minder sterk. Dit zal niet ten goede komen aan de behandeling van de cliënt, het kan bij conflicten stress met zich mee brengen.

Ontwikkeling van identiteit

Voordeel

Een sociaal netwerk kan de behoefte vervullen om ergens bij te horen, of een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van de identiteit van het individu, maar ook verschillende soorten steun bieden, denk hierbij aan emotionele of praktische steun (Scheffers, 2012). Deze vormen van steun komen terug in de behoeftevoorziening wat een systeem kan vervullen voor de cliënt: *zie behoeftevoorziening systemen*.

Nadeel

Aan de andere kant geldt, wanneer er dus geen of een klein sociaal netwerk bestaat, deze behoefte niet vervuld kan worden door middel van het sociale netwerk. De behoefte om ergens bij te horen, of een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van de identiteit van het individu, zal vervuld moeten worden door andere manieren in het leven en dit zal dus meer energie en tijd kosten voor de cliënt (Scheffers, 2012).

Zorgrollen vervullen

Voordeel

De sector verwanten, zoals Scheffers (2012) dit noemt, kan verschillende zorgrollen vervullen bij aanmelding, tijdens de behandeling en na de behandeling van een cliënt:

- Co-diagnosticus: familieleden geven informatie die kan helpen bij het stellen van de diagnose.
- Zorgverlener: helpen in huishouden, financiële zaken en praktische zaken.
- Crisismanager: het bestrijden van crisissen in de familie.
- Belangenbehartiger: het adviseren van het gezinslid in de behandeling (H.M. Bovenkamp en M.J. Trappenburg, 2009)

Zorg geven en bieden aan een hulpbehoevende/cliënt door iemand uit de omgeving van de cliënt, waarbij de relatie tussen de cliënt en de hulpbehoevende van belang is, heet mantelzorg (Beneken, 2012, en Boer, A. en Klerk de, M, 2013). Sommige zorgrollen die hierboven zijn genoemd, kunnen vervuld worden door een mantelzorger (Beneken en Martens, K., 2013). Mensen zorgen voor de ander vanwege de relatie die ze met elkaar hebben. 'Loyaliteit' is een begrip wat hier nauw op aansluit. Ivan Boszormenyi-Nagy is een psychiater en gezinstherapeut geweest die de loyaliteit definieert als: 'het bij 'voorrang' trouw zijn aan mensen met wie men een relatie is aangegaan.'

Voordeel of nadeel

Het overnemen van financiële zaken kan zo ver gaan dat iemand bewindvoerder is van een cliënt. Deze persoon neemt dan beslissingen over de financiële zaken. Het behartigen van belangen kan ook uitmonden in mentorschap. Een mentor beslist over persoonlijke zaken rondom de cliënt. Als iemand een curator heeft, zal deze over beide zaken beslissen. Een mentor, bewindvoerder of een curator kan alleen aangevraagd worden via de kantonrechter (Rijksoverheid, z.j. c). Om niet meer over bepaalde zaken in je leven te kunnen beslissen, zal per cliënt als verschillend ervaren worden; als voordeel of als nadeel.

Behoeftievoorziening van systemen

Voordeel

Riet en Wouters (1996) noemen vier behoeftes waarin een sociaal netwerk de cliënt in kan voorzien:

1. De affectieve behoefte: dit is de mate waarin een netwerk waardering en erkenning kan bieden aan de cliënt. Dit is de behoefte om je gevoelens en ervaringen te kunnen delen met je netwerk.
2. De behoefte van aansluiting: de gemeenschappelijke interesses die men kan delen met het netwerk om zo het gevoel te hebben erbij te horen.
3. De materiële behoefte: de praktische en materiële ondersteuning die een netwerk de cliënt kan bieden.
4. De behoefte aan sociale zekerheid: de zekerheid die een netwerk biedt in de vorm van afspraken en regelingen als huisvesting, arbeidscontract etc.

Brettschneider en Wilken (2007) noemen nog twee soorten ondersteuning waarin het systeem kan voorzien die deels de bovenstaande behoeftes overlappen:

5. Cognitieve ondersteuning: het verstrekken van informatie over alledaagse dingen
6. Persoonlijke ondersteuning: ondersteuning bieden in het opkomen van je eigen belangen.

Het netwerk kan dus heel waardevol zijn, en is ook nodig om ons leven op een prettigere en gemakkelijkere manier in te delen. Dat mensen in betere gezondheid verkeren wanneer mensen echtgenoten, vrienden en familie hebben en/of psychologische en materiele middelen verkrijgen is niet een nieuw verschijnsel. Studies uit de jaren '80 geven al aan dat dit het geval is (S. Cohen, 1985). S. Cohen (1985) zegt dat 'social support' kan zorgen voor een positief effect op de gemoedstoestand, een gevoel van voorspelbaarheid en stabiliteit in iemands leven en als laatste het herkennen van je eigen waarden. In dit artikel wordt ook gezegd dat 'social support' iemand helpt om negatieve gebeurtenissen te vermijden die anders tot problemen hadden kunnen lijden.

2.2.5 Belemmeringen en mogelijkheden

De systeemtheorie laat zien welke invloed het systeem kan hebben bij een behandeling, hoe er gekeken wordt naar mensen. Verder laat de systeemtheorie zien wie er in een systeem van een persoon zitten. Systemen rondom de een persoon en dus ook een cliënt, of het nou vrienden, familie of collega's zijn, hebben invloed op de cliënt. Sommige invloeden kunnen het proces van betrekken bevorderen, en sommige invloeden kunnen dit belemmeren; het kunnen belemmeringen vormen of mogelijkheden bieden. Hieronder zullen deze invloeden of factoren worden besproken waar rekening mee moet worden gehouden als het systeem betrokken wordt bij de behandeling. Hierin wordt ook uitgelegd waarom deze factor belemmerend kan zijn of een mogelijkheid biedt en zullen er voorbeelden gegeven worden.

Omvang

Hoe groot of hoe klein is het netwerk van de cliënt? Hierbij is het netwerk te verdelen over de sectoren die Scheffer (2012) noemt en die hierboven zijn uitgelegd in 2.2 *Systeemtheorie blz. 12*. Hoe kleiner het netwerk, hoe minder mensen iets kunnen betekenen wat betreft steun en andersom; hoe groter het netwerk, hoe meer mensen er zijn die steun zouden kunnen bieden (Scheffers, 2012).

Bereikbaarheid

Bij bereikbaarheid gaat het over hoe de cliënt met het netwerk in contact staat. Is dit contact face-to-face, telefonisch, via internet? Hoe ver woont het netwerk fysiek van elkaar af? Sommige afstanden zijn niet te overbruggen voor de steun die de cliënt vraagt van het netwerk (Scheffers, 2012).

Gevarieerdheid

In hoeverre is het netwerk homogeen of juist heterogeen. Is het netwerk juist samengesteld, meer verschillend, dan is er meer kans op steun. Mensen met een homogeen netwerk kunnen vastzitten in een netwerk die dezelfde problemen hebben als zichzelf. Van belang is dan om naar extra hulpbronnen te zoeken. Een homogeen netwerk kan ook veiligheid en vertrouwen bieden aan de cliënt en kan op zekere hoogte van nut zijn. Hoe meer heterogeen, hoe meer uiteenlopende kwaliteiten er zijn in het netwerk. Wanneer het netwerk van een cliënt vooral uit familie bestaan kan het, door loyaliteitsconflicten, ruzies, de cliënt isoleren of beklemmen. Dat is een erg kwetsbaar netwerk (Scheffers, 2012). Belangrijk is dus dat het netwerk van de cliënt gevarieerd is, maar ook dat het netwerk van de cliënt bestaan uit de verschillende sectoren van Scheffers (2012). Moos (2006) en Moos, Finney & Cronkite (1990), beide in *Handbook of Health Psychology* van Baum, A., Revenson, T.A.A, Singer, J. (2012) geven aan dat 'social support' een factor kan zijn in het stoppen van het gebruik of in behouden van abstinentie van gebruik na behandeling. Baum, A., Revenson, T.A.A, Singer, J. (2012) bevestigen dat wanneer mensen een steunend netwerk hebben, het gebruik vermindert bij het begin, bij het stopzetten van een behandeling en bij terugval na een behandeling. Echter wanneer het netwerk bestaat uit risicovol gebruik van drugs, ook al geven ze emotionele ondersteuning, wordt het risico toch vergroot.

Mate van contact

In de mate van contact staat centraal hoe vaak de cliënt contact heeft en hoe lang de cliënt al contact heeft met dit netwerk. Waar is het contact uit voortgekomen; wat is de basis waaruit het contact is ontstaan? Hier valt te denken aan interesses, opleiding, werk, de verslaving zelf (Scheffers, 2012).

Inhoud van contact

In welke mate is het netwerk lid belangrijk voor de cliënt, is er sprake van de wederkerigheid die hierboven is genoemd? Zijn zij ondersteunend of juist belemmerend en welke vorm van ondersteuning bieden zij (Scheffers, 2012)? Hierbij noemen ook Beneken en van Dijk (2013) dat de relatie voor zorg tussen twee mensen een van de belangrijkste elementen is. Het contact tussen de familieleden, de relatie, waarvan Beneken (2011) zegt dat het zo van belang is, kan aangetast zijn. Wanneer de relatie zo ver is aangetast, dat het contact alleen maar conflicten met zich mee brengt, komt het de behandeling van een cliënt niet ten goede. Het allereerste wat van belang is voor het betrekken van het systeem is dan ook dan de relatie goed moet zijn. De relatie is waar zorg tussen familieleden op gebouwd wordt volgens Beneken (2011). Aan de andere kant noemt Nabuurs (2012) dat de familie een belangrijke steunbron kan zijn voor het gezin, dat een familie goed zicht heeft op de problemen. Voor Beneken (2011) geldt ook de regel andersom: de relatie, het contact, als dit goed zit en de gevoelens tussen familieleden de relatie positief hebben beïnvloed, kan dit een steunende factor zijn.

2.2.6 Onderzoek

Ypsilon, een vereniging van familieleden en naasten van mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor een psychose, hebben na onderzoek in 2004 familieparticipatie op de agenda gezet en er bleken een aantal belemmeringen in de weg te zitten die familieparticipatie bemoeilijkten:

- De bekostigingssystematiek en de veranderingen in de systematiek (bijvoorbeeld invoeren van structureel familiebeleid in de organisatie);
- De wet- en regelgeving en de medische beroepsethiek;
- Gebrek aan kennis en kunde van de hulpverlening;
- Gebrek aan kennis en kunde van familieleden.

Dit onderzoek wordt genoemd door Busschbach, Wolters en Boumans (2009) uit het jaarverslag van Ypsilon in 2004. De eerste twee punten zouden op kleine schaal geen belemmeringen moeten vormen. De bejegening en omgang naar familieleden zouden niet in de weg moeten staan voor goed contact met familie. Een volledig beleid omgooien, zoals het inbedden van familieparticipatie in behandeling, echter meer. Verder kunnen goede afspraken en goede communicatie over de privacy versus verantwoordelijkheden van belang zijn om deze belemmering niet te laten gelden (Busschbach, J.T., Wolters, K.J.K., Boumans, H.P.A.T. 2009).

Van Bovenkamp en Trappenburg (2008) hebben onderzoek gedaan naar de positie van familieleden binnen de GGZ. Hun conclusie is dat er binnen de GGZ wel initiatieven zijn om de familie te betrekken bij de behandeling, maar er nog geen overeenstemming is bereikt over welk belang deze betrokkenheid heeft. Het betrekken van de familie heeft nog niet het doel bereikt om de familie als vaste teamgenoot in het steunsysteem van de cliënt te zien.

2.2.7 Competenties hulpverleners

Arensbergen en Liefhebber (2009) hebben in een landelijk competentiemodel voor beroepskrachten in de gehandicaptenzorg de taken weergegeven van een professional in de zorg. Deze taken worden hieronder genoemd, aangezien deze taken en vaardigheden ook van toepassing kunnen zijn in andere zorginstellingen. Deze taken worden onder verdeeld in cliëntgebonden, organisatie gebonden en beroeps gebonden taken. Bij de cliënt gebonden taken komt de volgende taak voor: *'de beroepskracht*

is in staat een netwerk op te bouwen en samen te werken, waardoor de cliënt minder afhankelijk wordt van het professionele circuit. Hier komt het systeem van de cliënt bij kijken. Het 'samen te bouwen' en 'samen te werken' houdt in dat de professional de cliënt stimuleert en ondersteunt om zelf zo veel mogelijk de regie in eigen handen te houden en te nemen. De regie moet zo veel mogelijk bij de cliënt én het systeem blijven. Vaardigheden die hierbij horen zijn:

- Kennis hebben van de sociale en maatschappelijke kaart
- Stimuleren van de cliënt om nieuwe contacten aan te gaan
- Onderhouden van de contacten
- Informeert het informele netwerk van de cliënt op hun rol bij de ondersteuning
- Informeren en overtuigen van anderen van het nut van hun bijdrage bij het realiseren van de doelstellingen van de cliënt
- Achterhalen van contacten die belangrijk zijn voor de cliënt.
- Het (tijdelijk) ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers bij hun werk.

Scheffers (2012) geeft nog een aantal aandachtspunten waar een hulpverlener rekening mee moet houden wanneer de hulpverlener wil werken met het netwerk:

- De cliënt altijd zien in zijn omgeving
- Weest terughoudend in het daadwerkelijk hulp bieden: wees bewust van wat de cliënt vraagt en wie in zijn netwerk hierbij kan helpen.
- Inzicht in de verschillende rollen van de hulpverlener. Weest bewust van welke rol jij vervult in het hulpverleningsproces van de cliënt.

Wanneer iemand een klein netwerk heeft om op terug te vallen of het netwerk niet krachtig genoeg is of het netwerk in dezelfde situatie verkeerd, doet de persoon, de cliënt een beroep op professionals om vereenzaming te voorkomen of tegen te gaan. De ecologische visie van Watzlawick (1970) uit Sterk met een vitaal netwerk van Scheffers (2012) zegt dat het gaat om het opnieuw ontdekken van de hulpbronnen uit de omgeving die diegene heeft, wel/niet heeft gebruikt of wellicht niet gezien heeft. Dit wordt de sociaal netwerkmethodiek genoemd. Deze theorie zegt dat er wederkerigheid is in een relatie. Het gaat dan niet alleen om welke hulpbronnen de cliënt heeft of nodig heeft maar ook wat de cliënt kan bieden aan deze hulpbronnen. Alleen op deze manier zal er een sterk netwerk gebouwd kunnen worden (Scheffers, 2012).

Scheffers (2012) noemt dat de ervaring leert dat niet iedereen in eerste instantie zijn netwerk wil betrekken bij zijn behandeling. Zij zegt dat dit vaak komt omdat de cliënten denken dat ze direct alles moeten delen met de mensen waar ze hulp aan vragen of omdat er schuldgevoelens, schaamte, gewoontes, waarden en normen, om niet alles te hoeven delen, bestaan. Dat er veel schaamte heerst bij een verslaving, of dat men het probleem ontkent, geven ook Vandereycken en van Deth (2011) en Jüngen en Kerstens (2013) aan. Scheffers (2012) zegt dat het kan helpen om duidelijke voordelen van het betrekken van het systeem te noemen naar de cliënt toe, maar ook om de cliënt duidelijk te maken dat hij gehoord, gezien, geaccepteerd en gerespecteerd wordt. Om het systeem van een cliënt goed in kaart te brengen kan het ecogram gebruikt worden. Het ecogram geeft inzicht in wie er dicht bij de cliënt staan en wie veraf en wie er belemmerend of juist steunend zijn voor de cliënt en welke steun zij de cliënt bieden (Scheffers, 2012).

Wanneer er meer gewerkt wordt met informele zorg, de informele systemen, zijn er ook hier een aantal aandachtspunten te noemen voor een goede samenwerking tussen de professionals en de vrijwilligers, de informele zorg. Helderheid over de taakverdeling is belangrijk; wanneer houdt de taak van de vrijwilliger op, wanneer die van de professional. Een belemmering die genoemd wordt, is dat professionals en vrijwilligers soms tegengestelde belangen en ongelijkwaardige posities ervaren. Dit

kan zijn wanneer professionals niet geloven dat de vrijwilliger een bijdrage kan leveren, of de professional de vrijwilliger als concurrent ziet (Plempers et al, 2006).

Tenslotte is het belangrijk om te weten dat in een gesprek met een cliënt, de hulpverlener zelf het instrument is waarmee de hulpverlener werkt; hoe de hulpverlener praat, en hoe de hulpverlener het gesprek voert is een vak apart (Ehlers, S., Volkens, A. 2010). De hulpverlener kan een grote rol spelen in hoe de cliënt uiteindelijk denkt over hulpverlening, of waar de cliënt naar toe wil en wie daarbij nodig is. De houding van de hulpverlening is hierbij van belang.

Conclusie

De systeemtheorie en de literatuur over de gevolgen van een verslaving geven een goed beeld over hoe er gekeken kan worden naar een cliënt met een verslaving en zijn systeem. Deze informatie is gebruikt om naast de ervaringen van de cliënt te leggen: hoe ziet de cliënt zijn systeem, wie zijn er daadwerkelijk belangrijk voor hem? De behoeftes die een systeem voor de cliënt kan vervullen en de rollen van een systeem of een persoon uit de omgeving van de cliënten, die de literatuur goed weergeeft, is toegepast op de vorm van steun waar de cliënt behoefte aan heeft. Stel, de cliënt heeft behoefte aan meer betrokkenheid van zijn systeem, is dit dan mogelijk? De factoren die hierin een rol spelen; de mogelijkheden en belemmeringen die worden besproken, sluiten hierbij aan. De competenties van de hulpverlener die in de theorie naar voren kwamen geven inzicht in hoe hulpverleners in die behoeftes kunnen voorzien.

3. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek uitgevoerd is; de beschrijving van de werkwijze. Naast deze beschrijving worden en zijn keuzes gemotiveerd. Als eerste zal de onderzoeksgroep aan bod komen, om daarna over te gaan op de meetinstrumenten, om vervolgens de betrouwbaarheid en de validiteit met betrekking tot het onderzoek te bespreken om als laatste de procedure en de wijze van analyseren van de gegevens te bespreken.

3.1 Inleiding

Het onderzoek is praktijkgericht, kwalitatief onderzoek. Via dit onderzoek zijn de ervaringen/behoefte van de cliënten in kaart gebracht. Het onderzoek betreft een probleem of een vraag vanuit de praktijk en heeft ook uiteindelijk als doel om de kennis die uit het onderzoek komt, toe te passen om de zorg te verbeteren. Het praktijkonderzoek is voornamelijk inventariserend en beschrijvend gericht geweest; er is meer te weten gekomen over een bepaalde situatie, een situatie is beschreven, de behoefte is achterhaald. Dit wordt ook wel behoefte onderzoek genoemd (Migchelbrink, F., 2005).

3.2 Onderzoeksgroep

De respondenten van het onderzoek zijn afkomstig van de detoxificatie afdelingen van Brijder Verslavingszorg. Deze zijn niet van tevoren geselecteerd, maar op de dagen van de interviews is gevraagd welke cliënten er mee wilden doen. Dit is besloten om twee redenen. De therapietrouw is vaak een probleem bij verslaafde cliënten. Het probleem wordt ontkend of geminimaliseerd en cliënten komen vaak gedwongen in de hulpverlening terecht (Vandereycken en van Deth, 2011). Om deze reden is afgesproken om de interviews te doen zonder vooraf een afspraak te maken. Een tweede reden om het op deze manier te doen, is vanwege de korte verblijfsduur op de groep; mensen zijn er maar kort voor behandeling dus elke week zullen er andere cliënten aanwezig zijn. De leeftijdsgroep waarmee gewerkt is, zijn volwassenen vanaf 18 jaar, aangezien deze groep in aanmerking komt voor de detoxificatie behandeling van Brijder. De interviews duurden rond de 30 minuten. Er zijn negen interviews afgenomen met cliënten.

De observanten zijn de werknemers bij Brijder op de detoxificatiebehandeling. In totaal zijn er twee observanten geïnterviewd: een professional van de detoxificatie afdeling, tevens zorgcoördinator van Brijder Verslavingszorg van de kortdurende behandeling en een psycholoog werkend met cliënten van de afdeling.

3.3 Meetinstrumenten

De dataverzamelingstechnieken die zijn gebruikt, zijn interviews en literatuuronderzoek. Bij het literatuuronderzoek is gebruikt gemaakt van databanken, registratiesystemen en media. Er is gekeken naar literatuur via bibliotheken van school, de openbare bibliotheek in Leiden en digitale databanken zoals Google Scholar, HBO-kennisbank, Trimbos Instituut en het Nederlands Jongeren Instituut. Het theoretisch kader is opgezet aan de hand van de deelvragen. De deelvragen hebben gezorgd voor het kader waarin data verzameld werden. Er is gezocht aan de hand van trefwoorden, welke zijn gehaald uit de hoofdvraag, de deelvragen en de begrippen uit deze vragen: systemen, behoeftes, betrekken van systemen. Tijdens het zoeken op deze trefwoorden, kwamen de volgende woorden naar voren: systeem, systeem betrekken, systeem betrokkenheid, 'social support', empowerment, sociale netwerkmethodiek, mantelzorg, sociaal netwerk.

De volgorde van informatie in het theoretisch kader is bepaald aan de hand van de deelvragen: eerst informatie over de verslaafde cliënt, hierna wordt er verteld over het systeem, de gevolgen voor het systeem, voor- en nadelen, belemmeringen en mogelijkheden en competenties van de hulpverleners.

De interviews met cliënten hebben individueel plaats gevonden, om beter door te kunnen vragen op redeneringen en motieven. De interviews zijn afgenomen via open ondervraging bij de cliënten. Er is gewerkt met een lijst van vragen. Deze vragen zijn ontstaan vanuit de hoofdvraag en deelvragen. Deze hoofdvragen en deelvragen zijn hieronder geoperationaliseerd. De begrippen in de centrale vraagstelling, de hoofdvraag, zijn uitgewerkt tot meetbare begrippen. In de *begripsdefiniëring* komen een aantal begrippen naar voren die getoetst zijn, met name de begrippen betrokkenheid, behoefte en het systeem. Deze begrippen hebben een bepaalde betekenis die in de *Inleiding* zijn benoemd. De betekenis van deze begrippen uit de deelvragen en hoofdvragen zijn gebruikt om vragen te formuleren tijdens de interviews.

De eerste twee deelvragen gaan over het systeem: wat is een systeem en wat is het systeem van de cliënt. Het centrale begrip of de topic uit deze vraagstelling is het systeem. Het begrip systeem is waar te nemen: dit zijn personen in de omgeving van de cliënt, dat blijkt uit het theoretisch kader. De interviewvraag die hieraan gekoppeld is:

- Met wie heeft u nu nog contact? Wie zijn er belangrijk voor u?

Deze vragen zullen in kaart brengen wie er op dit moment een rol spelen bij de cliënt; het systeem van dit moment in kaart brengen. De literatuur over de systeemtheorie is gebruikt bij de analyse om te bekijken wat er op valt aan de resultaten en aan de literatuur.

De volgende deelvraag heeft betrekking tot de gevolgen van de verslaving van de cliënt voor zijn systeem. Nauw verwant is de deelvraag waarin wordt gevraagd naar hoe het systeem reageerde toen ze van de verslaving van de cliënt wisten. De reden dat deze samen zijn genomen is het feit dat het beide gaat om momenten en gebeurtenissen rondom de start van de verslaving of de eerste opname. Centrale begrippen uit deze deelvragen zijn gevolgen. Gevolgen zijn na te vragen. Gevolgen zijn zichtbaar voor de cliënt en eventuele anderen; het zijn gebeurtenissen, momenten die plaats hebben gevonden met het leven met een verslaving. De interviewvraag die gesteld zijn om dit in kaart te brengen:

- Met wie had u contact toen ze merkten dat u verslaafd was? Ziet u die nog? Wat deden zij op het moment dat de verslaving begon?

Deze vraag brengt in kaart wat het systeem ondervindt, wat de gevolgen zijn van een verslaving. In het theoretisch kader zijn ook de gevolgen van een verslaving opgenomen en besproken. Dit deel van het theoretisch kader is voor de analyse gebruikt.

Twee deelvragen gaan over de verwachtingen van de cliënt naar het systeem toe en verwachtingen naar de instelling toe. Verwachtingen zijn een begrip wat gaat over wat iemand van een ander verwacht, wat die persoon van diegene hoopt te ontvangen, wat de behoefte is van de cliënt. In het theoretisch kader is dit verwerkt in voordelen en nadelen in het contact. In dit deel van het theoretisch kader wordt besproken waar het systeem een cliënt in kan voorzien, welke behoefte het systeem kan vervullen van de cliënt. Behoeftes en verwachtingen zijn niet meetbaar. Behoeftes betekent zaken die je nodig hebt. Uit de literatuur blijkt dat deze behoeftes kunnen bestaan uit vormen van steun. Deze zaken zijn nagevraagd door middel van de deelvragen die opgesteld zijn om deze behoefte uit te vragen.

- Wat voor steun bieden deze mensen u? Is het vooral praktische hulp, financiële hulp, emotionele hulp? Als er geen hulp geboden wordt, hoe zet het contact er nu dan uit?

Deze vraag laat zien welke hulp deze personen de cliënt geven. De literatuur over de verwachtingen, over wat een cliënt kan ontvangen van het systeem, wordt hierbij gebruikt.

De belemmeringen en mogelijkheden om het systeem te betrekken, waar de laatste deelvraag over gaat, bevat meerdere topics: belemmeringen, mogelijkheden en betrekken. Betrekken is een niet waarneembaar begrip. Dit is in samenwerking met Brijder uitgewerkt in deelaspecten, genoemd in de probleemanalyse (het systeem informeren, op de hoogte houden, kennisoverdracht naar het systeem en van het systeem en een belangrijke steun zijn voor de cliënt tijdens de behandeling). Deze betrokkenheid is nagevraagd door middel van de vraag welke steun de cliënten krijgen van het systeem, wat de cliënt wil en welke behoeftes de cliënt heeft (zie de vraag bij de vorige deelvraag). Belemmeringen en mogelijkheden zijn factoren die er voor zorgen dat het doel (in dit geval, de betrokkenheid of het contact) wel of niet bereikt wordt of het doel behalen bemoeilijkt of gemakkelijk maakt. Uit de literatuur blijkt dat deze belemmeringen en mogelijkheden bestaan uit de manier van contact, de omvang van het contact etc. Je kunt meten of iets niet naar wens is en hoe dit komt, of juist wanneer het wel naar wens is (dus het doel behaald is) en hoe dit dan komt. De interviewvragen die hierin aan gekoppeld zijn:

- Bent u tevreden met hoe het contact er nu uitziet? Zo nee, wat zou u anders willen zien? Hier blijkt uit wat de wens is met betrekking tot het contact van de cliënt.

Hieruit komt ook naar voren wat eventuele belemmeringen zijn voor het contact en wat er nodig is voor contact: steunende factoren.

- Ideaal beeld: hoe ziet het contact er dan uit?

Deze vraag is bedoeld om uiteindelijk ook een wens naar voren te brengen, wanneer cliënten vooral belemmeringen zien en niet meer de mogelijkheden en hierdoor de wens niet uit kunnen spreken.

- Wat zou Brijder hierin kunnen betekenen om deze wens helpen te vervullen?

Met deze vraag worden de cliënten uitgedaagd om na te denken hoe aan die wens gehoor gegeven kan worden. Al deze mogelijkheden en belemmeringen zijn in het theoretisch kader beschreven. Deze literatuur wordt in de analyse gebruikt om naast de resultaten van de interviews te leggen.

De observanten zijn de werknemers bij Brijder; professional en tevens de zorgcoördinator van de kortdurende behandeling en een psycholoog. Aan de observanten zijn vragen gesteld over het systeem van de cliënt: hoe ziet deze eruit? Hoeveel bezoek komt er? Wat is er te zien in de loop van het proces met betrekking tot contact met naasten? Hoe komen cliënten terug van het bezoek? Welke belemmeringen heeft Brijder met betrekking tot het contact en welke mogelijkheden? Hoe is het bezoek geregeld? De professional en tevens zorgcoördinator hebben een algemeen beeld gegeven over wat er gebeurt op de groep. De psycholoog is gevraagd om vanuit zijn vakgebied te kijken naar de situatie en is gevraagd als extra observant om de triangulatie te vergroten.

3.4 Betrouwbaarheid

Via kwalitatief onderzoek kan de betrouwbaarheid en de validiteit gevaar lopen, omdat er weinig tot geen gestandaardiseerde methoden worden gebruikt (Baarda, D.B. et al. 2005). Om de betrouwbaarheid toch zoveel mogelijk te waarborgen zal er rekening gehouden worden met een aantal toevalligheden. De situatie of locatie zal onderbouwd moeten worden en terug te vinden zijn. Hierboven is beschreven waarom er waar geïnterviewd wordt. Verder is de onderzoeker zelf zijn eigen instrument. Hierdoor zijn er van te voren vooroordelen en ervaringen op papier gezet om te voorkomen dat gegevens en conclusies te veel worden ingekleurd door eigen ervaringen. Als derde zijn de interviews, bij toestemming van de cliënt, opgenomen via geluidsapparatuur. Doordat de interviews informeel en open gehouden zijn, is de keuze om beeldopnames te gebruiken minder van toepassing, dit maakt het formeler. Na het ondervragen zijn de interviews zo snel mogelijk uitgewerkt.

De interviews zijn door één persoon uitgevoerd, maar door de opnames en de uitwerkingen later bekeken te hebben en geanalyseerd is, is er gestreefd naar een sterkere intra-interviewerbetrouwbaarheid (Baarda, D.B. et al. 2005). Het literatuuronderzoek bevat evidence-based informatie om hierbij de betrouwbaarheid te vergroten. Dit is gedaan door te zoeken via Google Scholar, kennisbank.nl, de bibliotheek van de Haagse Hogeschool en andere bibliotheken.

3.5 Validiteit

Tijdens het onderzoek is het niet alleen van belang om de betrouwbaarheid te vergroten maar ook de validiteit te waarborgen, ook wel de juistheid van de onderzoeksbevindingen genoemd (Baarda, D.B. et al. 2005). De keuze om het onderzoek volgens bepaalde methoden te doen is hierboven geschreven met de gemaakte keuze en verantwoording; kwalitatief onderzoek, soort dataverzameling, soort interview. Er zal zoveel mogelijk gestreefd worden naar een gewone, alledaagse situatie (zover het mogelijk is op een behandelgroep). Om de validiteit te vergroten is het van belang om tijdens het onderzoek stil te staan bij het feit dat wat gemeten wordt, ook is wat gemeten moet worden. Verdere mogelijkheden tot het vergroten van de validiteit is bekijken of de literatuurstudie en de gegevens uit interviews zoveel mogelijk convergeren.

3.6 Procedure

Voor het afnemen van de interviews heeft er een gesprek plaatsgevonden met Klaas van Beek, psycholoog. In overleg met Klaas van Beek zijn de interviewvragen aangepast aan de doelgroep; hoe worden vragen gesteld, wat is mogelijk bij deze doelgroep? Bij aankomst op de afdeling werd er via de professionals op de groep, respondenten gevraagd. Het onderzoek werd op twee manieren geïntroduceerd. De eerste manier was dat de professionals vroegen aan cliënten of ze mee wilden werken aan een onderzoek. De tweede manier was of ze mee wilden werken aan een naar de wensen van cliënten. Nadat er een overeenstemming was, werd er gesproken in een aparte ruimte. Bij het eerste gesprek zat er een professional bij voor eventuele feedback. In de introductie kwam het volgende naar voren: voorstellen, onderwerp van onderzoek, anonimiteit en toestemming voor opname, mogelijkheid tot het niet beantwoorden van vragen. Afsluitend werd er nagevraagd hoe het interview ervaren was. Hieruit kwam de motivatie van de respondent naar voren om mee te werken aan het onderzoek: graag behulpzaam voor studie, verhaal kwijt kunnen, ideeën die gedeeld moesten worden. Na de hand geschud te hebben, werd er samen naar de afdeling gelopen en het contact beëindigd.

3.7 Methode van analyse

Het analyseren van de gegevens is gebaseerd op de Grounded Theory Methode van Boeije (2005). Allereerst zijn de interviews volledig uitgeschreven, getranscribeerd. Deze zijn in verbatim vastgelegd. Nadat de interviews zijn uitgeschreven, is de informatie gecodeerd in subcodes, tussencodes en hoofdcodes. Boeije (2005) beschrijft drie vormen van codes die elkaar opvolgen: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen. Deze methode is zoveel mogelijk gevolgd, maar daar aangepast wanneer een andere structuur meer duidelijkheid en overzicht bood. Er is begonnen met open coderen: alle belangrijke informatie heeft een code gekregen wat zo dicht mogelijk bij de tekst stond. Vervolgens zijn de codes bekeken en hebben synoniemen één woord gekregen. Hierna zijn deze codes verdeeld en hebben de gerelateerde codes, een tussencode en vervolgens een hoofdcode gekregen (onderdeel van axiaal coderen). Hierna zijn de hoofdcodes verdeeld over de deelvragen van het onderzoek en is hiermee het hoofdstuk resultaten geschreven. Aan de hand van de resultaten en het theoretisch kader is er een analyse geschreven. Hierin wordt de literatuur naast de resultaten gelegd en is de vraag beantwoord: wat valt op? Na het open en axiaal coderen beschrijft Boeije (2005) dat er een codeboom ontstaat.

4. Resultaten

‘Ik vond het een fijn gesprek’ (Respondent 6, man, 64 jaar) zijn afsluitende woorden uit één van de elf interviews. Na tien interviews, waarvan zes mannelijke cliënten en vier vrouwelijke cliënten van Brijder Verslavingszorg en twee professionals, zullen hieronder de resultaten besproken worden. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 48 jaar, de gemiddelde leeftijd van de mannen was 46 jaar. Zeven personen kampen met een alcoholverslaving, waarvan één ook afhankelijk was aan cannabis. Twee anderen hebben te kampen met een opiatenverslaving, één man en één vrouw.

Hieronder zullen de resultaten van de interviews besproken worden aan de hand van de opgestelde deelvragen. Als eerste zal aan bod komen wat het systeem van een cliënt is, om vervolgens te bekijken hoe het systeem veranderd is door de verslaving. Hierna wordt besproken wat het systeem deed rond de eerste opname om door te gaan naar de wensen en verwachtingen rondom het systeem en de wensen van de cliënten. Vervolgens worden de belemmeringen en mogelijkheden besproken die de cliënt ziet en ervaart rond het eventueel betrekken van zijn systeem. Als laatste komen de verwachtingen van de cliënt aan bod richting Brijder. Deze bespreek ik als laatste, omdat hierbij oplossingen worden aangedragen van cliënten waarbij is nagedacht over de voor- en nadelen, mogelijkheden en belemmeringen.

4.1 Systeem

Voor sommige respondenten golden andere systemen dan voor anderen. Meerdere respondenten hadden nog contact met familie: ouders, broers, zussen. Sommige cliënten hadden een nieuw gezin opgebouwd en bestond het systeem veelal uit de relatie en de kinderen uit de relatie. De helft had nog goede contacten met vrienden en een enkeling contact met collega's. Niet elke respondent had een even groot systeem. Een van de ondervraagde gaf aan dat de hulpverleners als enige belangrijk voor hem zijn, hij alleen woont en geen contact meer heeft met zijn broer. Een ander lichtte toe dat hij wel vrienden had die op bezoek kwamen en die met dezelfde problemen hebben gekampt en kampen als hij. Anderen hadden voornamelijk contact met één vriend, of vooral met hun vrouw of man. Anderen hadden weer een heel groot systeem. Deze personen hadden veel contact met ouders, familie, vrienden, collega's en kwamen ook allemaal langs. Het systeem van een cliënt kan dus heel divers zijn en bestaan uit verschillende mensen en kan verschillend zijn per cliënt.

4.2 Gevolgen

Door een verslaving zijn de contacten tussen cliënten en hun systeem veranderd:

‘Want zelfs met mijn familie, je weet hoe dat gaat als je alcoholist ben, je wordt vanzelf wordt je afgestoten, althans, ik stoot mijzelf af zegmaar, het wordt van kwaad tot erger’ (Respondent 1, man, 44 jaar)

‘Ik heb een goede tante met wie ik ja, ja ook veel contact had, maar de laatste tijd is alles verwaterd omdat ik aan die medicijnen zat. Daar wordt je zo suf van dat je bijna de hele dag ligt te slapen.’ (Respondent 9, man, 24 jaar)

‘Trouwens de enige die komt is mijn vriend en twee vriendinnen die, waar ik geen omgang meer mee heb omdat ik alcoholist ben.’ (Respondent 2, vrouw, 54 jaar)

‘En ik heb nog een en ander, ik heb een hartinfarct gehad, ik ben gedotterd, ik ben gekethaliseerd, ik ben diabeet, ik ben oud geworden en dan zien ze pappa eens, dan vinden ze het niet leuk en dan als ze al bij jou komen en ze zien die flesje biertje bij jou staan, desnoods heeft een klant dat gedronken, dan zijn ze ook gelijk weg. Dan wordt het familieband wel kleiner’ (Respondent 6, man, 64 jaar)

‘Ja, dit was, ik ben vorige week zondag, zaterdag, zondag zondag uhm uhm ter bescherming door de politie meegenomen vanuit huis omdat ik toch te dronken was en hebben ze mij een nachtje ter ontnuchtering in de cel gegoooid.’ (Respondent 7, man, 66 jaar).

Dit zijn enkele citaten die als voorbeeld dienen om te laten zien wat de gevolgen van een verslaving voor het systeem van de cliënt zijn, hoe deze verkleind is, hoe de interactie tussen cliënt en systeem veranderd is en eventuele maatschappelijke gevolgen.

4.3 Reactie van het systeem op de verslaving

Een aantal respondenten is al meerdere keren opgenomen, waardoor ze niet echt goed meer aan konden geven wat het systeem deed bij hun eerste opname. Er werden wel verschillende gevoelens genoemd door bijna alle respondenten. Vaak waren de overheersende gevoelens bij de respondenten zelf: schaamte, teleurstelling in zichzelf en schuldgevoelens. Gevoelens uit de omgeving, van het systeem, bestonden uit over bezorgdheid, teleurstelling, veroordelend, onbegrip en het geven van adviezen wat ze moesten doen. Het grootste deel van de respondenten gaf aan een van deze gevoelens te hebben gevoeld of te voelen of dat hun systeem deze gevoelens uitte naar hen toe. Deze gevoelens hadden ook gevolgen voor de cliënt: het achter houden van het probleem, het alleen willen oplossen. Deze gevoelens worden groter naarmate er meerdere opnames zijn geweest, het vertrouwen van het systeem wordt minder in de cliënt. De steun die er was in het begin en het begrip, wordt steeds minder. Dit komt terug bij de *belemmeringen* die spelen in het contact.

Behalve de verhalen die hierboven genoemd zijn, is er ook de andere kant van het verhaal. Zo geeft een andere respondent aan, jonge vrouw van 26 jaar die voor de tweede keer is opgenomen, dat ze erg eerlijk is geweest naar haar vriendinnen toe en dat deze haar juist enorm gesteund hebben vanaf het begin. Hetzelfde geldt voor een jongeman van 29 jaar. Hij is voor het eerst opgenomen bij Brijder Verslavingszorg en zegt heel veel bezoek te krijgen; vriendinnen, vrienden, collega's en familie.

4.4 Verwachtingen naar systeem

Waar bestaat het 'contact hebben' uit? Wat verwacht de cliënt van het systeem, wat wil de cliënt en wat heeft de cliënt nu? Hierop wordt antwoord gegeven in deze paragraaf.

4.4.1 Langskomen, bellen, er voor je zijn en geldzaken

'Contact hebben' bestaat uit langskomen, bellen, whatsappen en sms'en. Twee respondenten hadden het over krijgen van kaarten en post. Op de vraag op welke manier ze gesteund werden, werd verschillend geantwoord. Op een drietal respondenten na, noemde iedereen een persoon uit hun systeem die hem of haar bracht naar een plek van bestemming. Denk aan het brengen naar Brijder, of naar het ziekenhuis. Een andere ondervraagde gaf aan dat zijn ouders zijn huis inrichten en hem daarbij helpen wanneer hij bij Brijder zit. Andere vormen van steun die genoemd zijn in de interviews, zijn het aanhoren van je probleem, er voor je zijn en het figuurlijk achter de cliënt staan.

4.4.2 Begrip en inzicht

De grootste reden die er gegeven wordt, onafhankelijk van de grootte van het systeem, is dat het contact ook begrip en inzicht biedt voor de mensen die langskomen. Het doet het besef groeien van de problematiek die er heerst, het laat zien wat er speelt, het geeft inzicht hoe andere families eruitzien en ermee omgaan, geeft meer informatie en het bouwt ervaring op bij de familieleden rondom verslaving.

‘Als je hier komt en het wordt inzichtelijk voor zo een bezoeker, dat helpt de patiënt wel.’

(Respondent 2, vrouw, 54 jaar)

‘Ja.. Ja.. Ja.. Ja. En dat ik ook, dat hielp mij heel erg, dat de vader van een groepsgeenoot ook kan zeggen hoe het dan bij mij werkt en hoe het, niet als aanval, om er wat meer zicht op te

krijgen. Je merkt wel als mensen teveel op jouw gericht zijn, ze dat toch een vertekenend beeld geeft ofzo.' (Respondent 3, vrouw, 26 jaar)

'Mogen een keertje blijven om ervaring op te bouwen van de andere mensen. Er was een keertje ergens een problemen kom, kennen kinderen en je ouders helpen.' (Respondent 6, man, 64 jaar).

4.4.3 Nadeel

Het meest voorkomende wat bijna alle respondenten noemen, of ze nu een groot of een klein netwerk hebben, is dat contact met het systeem soms wat veel is.

'Ja, ik vind niet dat ze er teveel moeten zijn, want het leidt van je eigen gedachtes af. [.....] Ik ken die en die, en zus en zo, dat leidt je misschien, het is handig om zoveel mogelijk adviezen te hebben maar het is ook heel erg verwarrend om dat allemaal over je heen te krijgen. Zeker als je in de ontwenning bent. Ja.' (Respondent 2, vrouw, 54 jaar).

'Ja, het is soms best wel vermoeiend om op de hoogte houden.' (Respondent 3, vrouw, 26 jaar)

'Ja, het geeft me wel een stukje rust.' (Respondent 4, vrouw, 64 jaar).

De respondenten geven aan dat veel mensen met adviezen komen, veroordelend zijn, ze lastig gevallen worden met zorgzaamheid of over bezorgdheid. Deze vorm van steun wordt gezien als te veel, verwarrend of vermoeiend en dus als steun die hen niet helpt. De respondenten die het aangeven, daarvan hebben er twee een groot systeem en de rest een wat kleiner systeem bestaande uit één of twee contacten.

4.4.4 Wens

De wensen van respondenten zijn echter toch wel dat ze langs willen bij familie, familie meer willen betrekken, vaker en meer familie willen zien, meer contact willen met hun partner en meer vrienden willen. Een enkeling geeft aan het contact hoe het nu verloopt, goed te vinden of soms zelfs anders contact te willen om ze niet te belasten. Hier wordt later nog op terug gekomen wanneer er gesproken wordt over de belemmeringen die er zijn in het contact.

Twee respondenten hadden een groot netwerk, een groot systeem. Deze zeiden het volgende over het hebben van contact:

'Nee, natuurlijk niet, als iemand de moeite neemt om naar je toe te komen, nou, dan moet je toch dankbaar voor zijn. Als ik hier om mij heen kijk, mensen krijgen nooit bezoek of één keer in de week. Dan heb ik zoiets van: dan heb ik het toch getroffen.' (Respondent 5, man, 29 jaar)

'Ik ben blij dat ze langskomen en dat ze mij niet in de steek hebben gelaten.' (Respondent 9, man, 24 jaar)

Uit deze zinnen blijkt hoe waardevol het contact tussen het systeem en de cliënt kan zijn. Verder geven ze aan dat ze het niet teveel kunnen vinden, omdat ze alleen maar dankbaar zijn voor het feit dat ze er nog voor hen zijn en niet in de steek zijn gelaten. Hieruit komt ook de wens naar voren dat ze niet in de steek gelaten willen worden.

Conclusie

Verwachtingen van de cliënt naar het systeem bestaat dus uit het krijgen van begrip en inzicht, maar tegelijkertijd niet teveel adviezen en oordelen te horen krijgen of lastig te worden gevallen met de zorgzaamheid. Het kan soms ook teveel zijn. Verder worden vormen van steun genoemd als wegbrengen, er voor iemand zijn, bellen en langskomen. De wensen bestaan uit meer familie willen zien, familie meer willen betrekken, meer contact te willen met hun partner en als laatste om niet in de steek gelaten te worden.

4.5 Belemmeringen en mogelijkheden

Wat noemen de cliënten als mogelijkheden voor contact en wat zijn hierin volgens hen de belemmeringen?

4.5.1 Praktisch

Eerst kort de mogelijkheden tot fysiek contact in de detoxificatie afdeling. In gesprek met een professional van de detoxificatiebehandeling, tevens zorgcoördinator, kwam naar voren dat er bezoeken zijn en belmogelijkheden. Dagelijks is het mogelijk om een uur bezoek te ontvangen en in het weekend en op feestdagen twee uur. Tijdens deze bezoeken mogen er meerdere mensen langs komen, echter mogen er twee bezoekers bij de cliënt aanwezig zijn. Door een aantal respondenten werd het volgende hierover gezegd: respondent 6, een man van 64 jaar, gaf aan dat er meer mensen op bezoek zouden willen komen. Een andere man zegt het volgende:

‘Ja, want in de regels staat dat je twee volwassenen mag laten bezoeken en twee kinderen. En ik heb gewoon aangegeven van dat wordt lastig, want mensen komen uit verschillende huizen en ze kunnen niet alles op elkaar afstemmen. Als een vriendin van mij langs wil komen, dan kan ze niet eerst iedereen op gaan bellen van.’ (Respondent 5, man, 29 jaar).

Hij gaf aan dat deze belemmering ook voor hem gold. Hij gaf aan dat open staan voor bezoek en voor de mensen die langs willen komen, zou helpen om het contact te bevorderen.

Mobieltjes zijn toegestaan en er mag gebeld worden mits het de behandeling niet beïnvloed. Verder is er een vaste telefoon waar gebruik van kan worden gemaakt, voornamelijk voor zakelijke contacten, persoonlijke contacten moeten kort worden gehouden.

Respondenten gaven aan dat hun systeem te ver weg woont, of dat er weinig communicatiemogelijkheden zijn of dat cliënten niet kunnen bellen vanwege het gebrek aan een telefoon. Deze praktische factoren maken het moeilijk om het contact te onderhouden. De professional en tevens zorgcoördinator van de detoxificatiebehandeling geeft ook aan dat de afstand naar Brijder een eventuele belemmering kan vormen voor het contact. De psycholoog beaamt dit ook: het is lastig om iemand naar de locatie van Brijder Verslavingszorg te laten komen. Verder geeft de psycholoog de praktische belemmering dat het moeilijk is om meerdere agenda's naast elkaar te krijgen: de agenda's van cliënten en het systeem en de behandelaren.

Een belemmering die door meerdere ondervraagden werd genoemd was het feit dat de opname maar een week is.

‘Ik heb zelf ook zo: ik ga toch maar een weekje weg en laat me met rust.’ (Respondent 6, man, 64 jaar).

‘Ik ben maandag opgenomen, dus die paar dagen kom ik wel door.’ (Respondent 7, man, 66 jaar).

De zorgcoördinator gaf ook aan dat de opname vaak te kort is, voordat het systeem in beeld is en er afspraken kunnen worden gemaakt, gaat de cliënt vaak al weg. Hij gaf ook aan dat de detoxificatie afdeling eigenlijk een onderdeel moet zijn waarbij het steunsysteem er al bij is en blijft. Het zou ervoor al aanwezig moeten zijn en dit gewoon als een onderdeel moeten zijn waarbij ze de cliënt steunen.

4.5.2 Gedachtes en gevoelens

Vier andere respondenten die voornamelijk contact hebben met één persoon: hun man, relatie of goede vriend, geven voornamelijk aan dat ze het wel fijn vinden die ‘rust’, dat ze de persoon ‘niet willen belasten’ of dat deze juist nu ontlast wordt omdat zij hier zitten. Verder kwam naar voren dat de

respondenten anderen er *'niet lastig mee wil vallen'*. Dit is een belemmering in het maken van contact. Hieruit lijkt voort te komen dat men ook geen contact wil, dat de wens er niet is. Echter bleek als er naar de wens gevraagd werd, naar het ideaal beeld zonder belemmeringen, dat er toch ook uitgesproken werd om meer familie te willen zien, meer vrienden te willen hebben of meer contact met hun partner te willen. Hierbij moet wel vermeld worden dat dit niet voor elke respondent gold. Twee ondervraagden gaven ook aan dat het contact dat ze nu hebben goed is: de rust vinden ze fijn.

Verder bleek er ook begrip te zijn voor de situatie van de ander: *'hij heeft ook rottijsden'* of *'M. ken ook niet alles voor mij doen'* of *'die werkt ook de hele week'* of *'kan mij voorstellen dat die op dit moment nog even eventjes in de periode zit zo van ik ben blij dat ik even rust heb'*. Om toch dan weer terug te gaan naar de ideale wereld, gaven de respondenten aan toch wel contact te willen hebben. Soms speelt onwetendheid ook een rol:

'Ja, maar wat kennen ze voor mij betekenen?' (Respondent 1, man, 44 jaar).

Gevoelens speelden zeker een rol bij de cliënt, maar ook bij het systeem. Een aantal respondenten was ook zichtbaar geëmotioneerd wanneer ze praatten over hun familie en het gevoel van teleurstelling die hierbij kwam kijken:

'Ik ben zwaar teleurgesteld in mijn zelf' (Respondent 9, man, 24 jaar).

Bij navragen van een verhaal bij respondent 6, een man van 64 jaar, gaf hij aan dat teleurstelling en falen een grote rol hebben gespeeld, in het feit dat hij zo geëmotioneerd raakte bij het verhaal over zijn zoon. Deze gevoelens vormen een belemmering in het contact. Door schaamte en teleurstelling is soms het vertellen van het probleem uitgesteld of niet verteld. Door over bezorgdheid, aandringen en veroordelend zijn naar de cliënt toe, is het voor cliënten soms allemaal teveel, het nadeel wat genoemd is voor het hebben van contact. Uit deze over bezorgdheid en het geven van adviezen blijkt wel dat het systeem graag wil dat de cliënt met zijn probleem wordt geholpen. Dit kan wellicht weer een ingang zijn voor contact: de relatie is goed (zie hiervoor ook 4.5.5 *De relatie*).

De respondenten gaven aan het leuk te vinden dat mensen langs kwamen, dat ze ook wilden dat ze langskwamen of normen hebben dat familie belangrijk is. Dankbaarheid, het willen en/of de norm hebben dat familie belangrijk is draagt bij aan meer en betere mogelijkheden tot contact.

4.5.3 Eerdere gebeurtenissen

Cliënten noemen gebeurtenissen die gebeurt zijn in het verleden als een reden waarom nu het contact niet zo hecht is. Een respondent gaf aan dat zijn leven *'vroeger één grote leugen is geweest'*, een ander gaf aan dat ze vroeger al *'nooit close zijn geweest'*, weer een ander geeft aan dat er *'gebeurtenissen'* hebben gespeeld in de familie waardoor er geen contact meer is met de zoon.

4.5.4 De relatie

Een vrouw van 26 jaar die wel nog contact heeft met haar ouders, maar haar ouders niet op de hoogte zijn van het verblijf bij Brijder:

'Mijn ouders staan wat verder van mijn weg, dus is het contact wat minder goed mee, dan durf ik dat ook niet. Ben ik ook bang dat het alleen maar voor mij averechts werkt.' (Respondent 3, vrouw, 26 jaar)

Andere factoren die cliënten noemden waren: een *'goede jeugd'*, *'goede opvoeding'*, *'jaren getrouwd'*, *'goede band thuis'*, *'hecht'*, kunnen met *'elkaar lezen en schrijven'*. Ondervraagden zijn soms al jaren getrouwd te zijn, hebben langer contact en ze kennen elkaar door en door. Ze noemen dit ook als een van de factoren, dat het contact juist wel mogelijk is met elkaar. Verder speelt vertrouwen een rol

onder de respondenten: is er vertrouwen in het systeem, het vertrouwen dat het goed komt, dan blijft er ook steun:

‘En het is ook zo dat mensen weten nu echt dat ik het wil en dat ik er echt mee bezig ben, ik heb mij vrijwillig opgegeven. Ik denk dus ook dat ik daarom ook steun krijg.’ (Respondent 5, man, 29 jaar).

Dat de geschiedenis van de cliënt, maar ook de mate van de relatie een rol speelt, zegt ook de psycholoog van Brijder Verslavingszorg. Hij geeft aan dat slecht contact, een systeem bestaande uit verslaafden of geen systeem, een belemmering vormt voor het hebben of het maken van (goed) contact.

Het vertrouwen kan ook minder worden. Iets wat meerdere cliënten en ook de zorgcoördinator aangaven, is dat de hoeveelheid opnames die een cliënt al heeft gehad, bepalend is voor de grootte van het systeem en de mate van contact:

‘[...] en ik ben nu al voor de achtste keer opgenomen en hij gelooft er vanaf de derde keer hier niet meer in.’ (Respondent 1, man, 44 jaar)

‘Dus de tweede opname maakt eigenlijk dat ze een beetje zoiets heeft van: de tweede keer.’
‘Ja’. ***‘Dus het is voor haar moeilijk.’*** ***‘Ze heeft al genoeg meegemaakt en daar kan ik mij iets bij voorstellen.’*** (Conversatie respondent 7, man, 66 jaar).

Hierboven is benoemd dat alcohol veel gevolgen heeft en van invloed is op het systeem. Een man van 64 jaar waarbij familie erg belangrijk is, geeft ook aan dat alcohol de familieband heeft verkleind, dat hij thuis geen contact heeft door de alcohol en dat er hierdoor ruzies ontstaan. Meerdere ondervraagde cliënten gaven aan dat hun verslaving, er voor heeft gezorgd dat hun systeem veranderd is, verkleind is en dat dit ook een belemmering vormt voor het maken van (nieuw) contact.

Conclusie

Door de ondervraagde cliënten en hulpverleners zijn verschillende mogelijkheden en belemmeringen genoemd. Praktische overwegingen als afstand, communicatiemogelijkheden en de opnameduur, maar ook bepaalde gedachten en gevoelens zoals dat minder contact rust geeft, ze begrip hebben voor de situatie van de ander, onwetendheid bij de cliënt, teleurstellingen en over bezorgdheid en het leuk vinden dat het systeem langs komt. Het verleden en de relatie zijn belangrijke overwegingen in het maken van contact: hoe ging het vroeger, hoe is de betrokkenheid, hoe lang is er contact en hoe is het vertrouwen? De grootte van het systeem speelt ook een rol of er mogelijkheid tot contact is. Als laatste wordt er genoemd dat er vanuit Brijder weinig aandacht is voor persoonlijke ontwikkeling.

4.6 Verwachtingen naar Brijder

Behalve dat de ondervraagde cliënt verwachtingen had van het systeem, had de cliënt ook verwachtingen van Brijder. Brijder biedt cliënten een plek om af te kicken.

‘Nee, er is niemand die mijn echt steunt, het is alleen ja dit zeg maar, de Brijder, die steunt mij ook heel erg goed op hun manier dan, hoe moet ik dat uitleggen, op de beste manier hoe zij dit kunnen doen en kunnen blijven doen want hun zien ook mijn probleem hoe het echt een beetje in elkaar ziet.’ (Respondent 1, man, 44 jaar).

Deze uitspraak laat zien dat Brijder ook een bijdrage levert/steun biedt aan de cliënt. Hij geeft aan dat Brijder het probleem van hem kent en hem op hun manier kunnen helpen.

Behalve de bovengenoemde belemmeringen en mogelijkheden, werden er ook een aantal belemmeringen genoemd met betrekking tot Brijder. Een belemmering die de ondervraagde cliënten hebben genoemd was dat er weinig aandacht is voor persoonlijke ontwikkeling:

‘Niet veel omdat de.. het gesprek daar beperkt is. Er zijn meer mensen, er wordt weinig aandacht aan besteed.’ (Respondent 6, man, 64 jaar).

Respondent 8, een man van rond de 50 jaar, gaf aan dat er weinig gedaan wordt door de hulpverleners; omdat er gewoonweg geen tijd voor is. Er wordt door tijdgebrek en bezuinigingen te weinig aandacht besteed aan de daadwerkelijke wens van de cliënt; bijvoorbeeld het doen van spelletjes in de avond.

Cliënten gaven een aantal opties wat zou helpen om het contact te bevorderen, ze zouden graag zien dat Brijder deze mogelijkheden ontwikkelt. Zo opperde iemand de mogelijkheid van een bezoekersruimte, voor privacy, maar ook voor het contact met andere families; zien wat voor een familie iemand anders heeft. Het grootste voordeel wat werd genoemd door meerdere ondervraagden was het begrip en het inzicht wat mensen krijgen wanneer het systeem hier op bezoek komt. Respondenten kwamen met verschillende inzichten dat het begrip en het inzicht zou vergroten bij het systeem. Een respondent noemde de volgende oplossing:

‘Dat er familie steungroepen zijn vanuit.. ja, mede, mensen die in dezelfde situatie zitten.’
(Respondent 3, vrouw, 26 jaar).

Met deze familie steungroepen had de cliënt al ervaring uit een eerdere opname ergens anders. In deze steungroepen konden families onderling praten over wat ze meemaken, maar dan wel met de cliënten zelf er ook bij om als cliënt zelf ook aan te kunnen geven wat wel en niet werkte.

‘Ik denk dat, als ik bijvoorbeeld met mijn behandelcoördinator of arts ofzo met mijn ouders erbij dat dat wel zou helpen in de zin van: ja dat ze ook wat uitleg krijgen of wat ik hier doe.’
(Respondent 3, vrouw, 26 jaar).

Een andere respondent, een man van 24 jaar, gaf aan dat zijn ouders ook bij gesprekken met de arts zijn geweest en dat hij op deze manier ook hoopte dat er meer begrip zou ontstaan. Hij gaf ook aan dat ze inderdaad dingen zouden horen die ze niet leuk vinden.

‘Ja, en ze doen mij evaluatiegesprek in de middaguren, kwart voor vijf. Het zou ook heel verstandig wijs zijn voor hele naaste familie, voor je vrouw of voor je kind, van diegene die hier zit, dat we 1 persoon altijd, als ze willen he?. Als ik wil dat mijn zoon er bij is, zeg er meer mensen.’ (Respondent 6, man, 64 jaar).

Deze man zegt dat bij het evaluatiegesprek in de middaguren, het een meerwaarde zou zijn wanneer er een vertrouwenspersoon van de cliënt bij zou zijn. Hierdoor zou het systeem een beeld kunnen vormen van: *‘als je zo doorgaat.’* Ze kunnen je hierdoor helpen, *‘dan heb je een stukje Brijder thuis.’*

Respondent 8 kwam met een andere oplossing, een man van ongeveer 50 jaar. Hij gaf aan vooral de hulpverleners als belangrijke personen te zien en heeft ook geen contact met familie en woont alleen. Hij gaf aan behoefte te hebben aan een goede vriend of vriendin en als oplossing hiervoor noemde hij een groep van mensen die in dezelfde situatie zitten als hij. Deze mensen zouden dan bestaan uit eenzame mensen, zonder psychische stoornis of verstandelijke beperking. Ze zouden elkaar kunnen steunen in het abstinente blijven. Op de vraag of het een oplossing zou zijn voor Brijder, gaf hij aan er aan deel te nemen als het er zou zijn. Verder gaf hij aan dat een activiteit, al is het een spelletje in de avond, al helpt voor hem.

Zelf noemde de psycholoog nog ingangen die meer mogelijkheden bieden voor het betrekken van het systeem. Hij gaf aan dat het actief open staan door behandelaren voor het systeem en mogelijkheden bieden om in contact te staan belangrijk is, maar ook het belang van het contact benadrukken naar de cliënt toe.

Conclusie

Brijder biedt cliënten een plek om af te kicken. Verder hadden cliënten oplossingen als een bezoekersruimte, familiesteungroepen, gesprek met een professional, het systeem en de cliënt, evaluatiegesprekken met een vertrouwenspersoon en een groep van eenzame personen. Als laatste werd het actief zijn van behandelaren en het belang benadrukken als mogelijkheid genoemd.

Samenvattend

Cliënten gaven aan verschillende personen belangrijk te vinden in hun omgeving. Sommigen hadden een groot aantal die ze belangrijk vonden, andere minder en één zelfs alleen de hulpverleners. Door de verslaving van de cliënt is het systeem echter veranderd, door de gevolgen van een verslaving, maar ook door de gevoelens die spelen bij de cliënt en het systeem. Deze gevoelens vanuit zichzelf en vanuit het systeem ervaren cliënten. Andere kant van het verhaal is dat sommigen zich juist erg gesteund voelen door het systeem.

Verwachtingen van de cliënt naar het systeem bestaan uit het krijgen van begrip en inzicht, maar tegelijkertijd niet teveel adviezen en oordelen te horen krijgen of lastig te worden gevallen met zorgzaamheid. Het kan soms ook teveel zijn. Verder worden vormen van steun genoemd als wegbrengen, er voor iemand zijn, bellen en langskomen als momenten die als fijn worden ervaren door cliënten. De wensen bestaan uit meer familie willen zien, familie meer willen betrekken, meer contact te willen met hun partner en als laatste om niet in de steek gelaten te worden.

Door de respondenten een aantal belemmeringen genoemd. Praktische overwegingen als afstand, communicatiemogelijkheden en de opnameduur, maar ook bepaalde gedachten en gevoelens zoals dat minder contact rust geeft, ze begrip hebben voor de situatie van de ander (en willen daarom de ander niet lastig vallen), onwetendheid bij de cliënt, teleurstellingen en over bezorgdheid. Mogelijkheden die cliënten noemden, waren het feit dat ze het leuk vinden en het systeem dankbaar zijn dat het systeem langs komt. Het verleden en de relatie een belangrijke overweging in het maken van contact. De grootte van het systeem speelt ook een rol of er mogelijkheid tot contact is.

Brijder biedt cliënten een plek om af te kicken, maar Brijder heeft volgens de respondenten weinig tijd voor aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling van de cliënt. Verder hadden cliënten oplossingen als een bezoekersruimte, familiesteungroepen, gesprek met een professional, het systeem en de cliënt, evaluatiegesprekken met een vertrouwenspersoon en een groep van eenzame personen, actief open staan van behandelaren en het belang benadrukken van het contact door behandelaren naar de cliënt.

5 Analyse

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten uit de interviews weergegeven. De informatie uit de interviews met de cliënten en de professional en psycholoog is gebruikt om de deelvragen te beantwoorden. Hieronder worden deze uitkomsten besproken aan de hand van de literatuur. Wat komt overeen? Wat verschilt met de literatuur, maar met name; wat valt op? Dit zal besproken worden aan de hand van de deelvragen. Eerst wordt er weer gekeken naar het systeem van de cliënt aan de hand van de systeemtheorie, om vervolgens te kijken naar de veranderingen van het systeem van de cliënt door de verslaving. Hierna komt aan bod wat de reactie was van het systeem op de verslaving om daarna de verwachtingen en wensen van de cliënt rondom het systeem. Vervolgens komen de steunende en belemmerende factoren in beeld om als laatste de verwachtingen van de cliënt rondom Brijder te bespreken.

5.1 Systeem

In de theorie wordt er door Nabuurs (2012) en Scheffers (2012) gesproken over systemen. Volgens Nabuurs is de interactie tussen de verschillende delen van het systeem, een voorwaarde om te behoren tot het systeem. Systemen die genoemd worden door Nabuurs (2012), maar ook door Scheffers (2012), zijn systemen als familie, vrienden, opvoeder, partners, collega's, burens, ouders en kind, kinderen en de omgeving. Opvallend is dat al deze systemen genoemd worden door de cliënten. Mensen die belangrijk voor hen zijn, zijn mensen ook waar ze vaak op moment nog contact mee hebben; er vindt nog interactie plaats. Het systeem van een cliënt komt dus overeen met een systeem benoemd door zowel Nabuurs (2012) als Scheffers (2012).

5.2 Gevolgen

Gevolgen van de verslaving voor het systeem van cliënten, die cliënten hebben genoemd zijn geen of minder contact met familie, verwaterde contacten, geen omgang meer met vriendinnen, familieband wat kleiner wordt. Al deze gevolgen komen op hetzelfde neer: het systeem is verkleind. Dit heeft goede overeenkomsten met de beschrijvingen die Stel (2012), Jüngen en Kerstens (2013) en Vandereycken en van Deth (2011) geven. Er zijn gevolgen voor de relatie, het gezin en op maatschappelijk gebied. Zij geven ook aan dat het systeem verkleind wordt door middelengebruik.

Een verslaving heeft dus gevolgen voor het systeem van de cliënt. Cliënten hebben steeds met minder mensen contact en dit wordt groter naarmate de verslaving langer duurt. Een verslaving, tast de relatie tussen het systeem en de cliënt aan. Het is niet alleen een probleem van de cliënt, maar ook van het systeem. Het systeem heeft jarenlang met deze verslaving geleefd, zoals ook Beneken (2011) aangeeft.

De resultaten uit de interviews, heeft dus veel overeenkomsten met de literatuur. Hoe langer de verslaving heeft geduurd, of hoe vaker ze zijn opgenomen, hoe minder contact ze hebben met belangrijke naasten. Dit geven zowel Beneken (2011), als Stel (2012), als Jüngen en Kerstens (2013) als Vandereycken en van Deth (2011) aan.

5.3 Reactie van het systeem op de verslaving

Wanneer er met cliënten gesproken werd over hoe hun naasten reageerden, toen zij ontdekten dat de cliënt verslaafd was, werd er voornamelijk gesproken over gevoelens. Opvallend is dat de gevoelens die genoemd worden door de cliënten; bezorgdheid, teleurstelling, veroordelend, onbegrip, minder vertrouwen, ook gevoelens zijn die ook genoemd worden door Nabuurs (2012) en Scheffers (2012). Iedere familie heeft zijn eigen geschiedenis met belevingen en gevoelens. Dit kan zorgen voor conflicten tussen de families. Deze gevoelens worden vergroot naarmate er meer opnames zijn

geweest. Twee respondenten gaven namelijk aan juist een erg steunend netwerk te hebben rondom hun opname, deze respondenten zijn voor het eerst en voor de tweede keer opgenomen. Deze gevoelens zullen verder besproken worden bij de belemmeringen rondom het maken van contact/het betrekken van het systeem.

5.4 Verwachtingen naar het systeem

Door Nabuurs (2012), Scheffers (2012) en Riet en Wouters (1996) worden verschillende vormen genoemd waarin een systeem, de cliënt in kan voorzien. Langskomen en brengen zijn vormen van die genoemd zijn door cliënten die vallen onder de praktische steun van Scheffers (2012), de materiële behoefte waar een systeem de cliënt in kan voorzien, zoals Riet en Wouters (1996) noemen, maar ook de rol van zorgverlener die H.M. Bovenkamp en M.J. Trappenburg (2009) noemen.

Een belangrijke overeenkomst in de manieren van steun die genoemd worden door de respondenten maar ook door de bovengenoemde auteurs, is het krijgen van begrip en inzicht bij het systeem. Begrip en inzicht bij het systeem worden beter als het systeem langs komt tijdens de opname en belt. Deze vorm van steun werd meerdere malen genoemd door de respondenten en blijkt een belangrijke vorm van steun, al dan niet de belangrijkste vorm van steun. Doordat mensen langs komen, begrip en inzicht willen ontwikkelen of ontwikkelen, kunnen cliënten het gevoel krijgen ergens bij te horen, voelen dat er iemand achter hun staat. Deze vorm van steun valt onder de effectieve behoefte en de behoefte van aansluiting van Riet en Wouters (1996). Dit komt overeen met de concludering van Nabuurs (2012) dat de familie een goede steunbron kan zijn. Begrijpelijk als je bedenkt dat wanneer cliënten minder mensen om hen heen hebben, ze behoefte hebben aan erkenning, aan het gevoel ergens bij te horen, gehoord te worden, niet in de steek gelaten worden.

Opvallend in de interviews was dat het voor sommige cliënten ook teveel kan zijn. Het krijgen van adviezen wordt als beoordelend gezien, zorgzaamheid van het systeem als lastig gevallen. Al deze gevoelens zijn hierboven genoemd bij de reactie van het systeem op de verslaving. Het is soms te veel. Scheffers (2012) noemt de rol van belangenbehartiger: het adviseren van een gezinslid in de behandeling. Juist deze rol, is voor cliënten soms teveel; deze rol komt soms ongevraagd om de hoek kijken. Ook opvallend is dat de zorgrol van co-diagnosticus genoemd door Scheffers (2012) vooral door cliënten werd genoemd als een oplossing om meer begrip en inzicht te laten ontstaan. Met name de functie van zorgrol in de vorm van: cliënten krijgen informatie van de behandelaar, niet zozeer andersom. Hier wordt later op teruggekomen bij verwachtingen rondom Brijder.

Belangrijk is, zoals ook bleek uit het proces van entropie genoemd door Nabuurs (2012), maar ook uit de behoeftes waarin een systeem kan voorzien, is dat een systeem een waardevolle toevoeging kan zijn; cliënten die een groot en steunend systeem hebben, gaven ook aan het eigenlijk niet teveel te kunnen vinden en dat ze alleen maar dankbaar kunnen zijn dat ze niet in de steek zijn gelaten. De uiteindelijke wens van cliënten was dat ze meer familie wilden zien en/of meer vrienden willen en niet in de steek gelaten willen worden. Een goed evenwicht tussen het verkrijgen van begrip en inzicht, maar voorzichtig te zijn in de rol van belangenbehartiger is een belangrijk aspect om de voordelen groter te maken dan de nadelen. Op welke manier dit eventueel mogelijk is, wordt besproken bij de verwachtingen rondom Brijder.

5.5 Belemmeringen en mogelijkheden

Bereikbaarheid is een van de factoren die belemmerend of juist steunend kunnen zijn rondom het hebben van contact (Scheffers, 2012). Juist deze factor is wat cliënten en de professionals als belemmerend zien: Brijder Verslavingszorg is voor sommigen ver weg, het is niet gemakkelijk om

mensen hier te krijgen, omdat het ver weg is voor sommigen, en er zijn voor een aantal cliënten weinig communicatiemogelijkheden, omdat ze geen telefoon hebben. Ondanks de afstand is er wel de mogelijkheid tot bellen, langskomen en het hebben van telefoons. Echter noemden de respondenten voornamelijk de afstand als grote belemmering. Respondenten noemden daarnaast dat er vanuit Brijder weinig aandacht is voor het systeem, er is weinig tijd, de opname is te kort.

De grootte van het systeem en de gevarieerdheid van het systeem is ook een factor die Scheffers (2012) noemt. Sommige cliënten hebben een groter en gevarieerder netwerk dan andere cliënten. Hoe meer gevarieerd, hoe meer kans er is op steun. Hierbij geldt ook: hoe groter het netwerk, hoe meer kans op steun. Wanneer een cliënt eigenlijk maar één persoon heeft waar echt goed contact mee is, is er ook maar één persoon om op terug te vallen. Als deze persoon familie is, vergroot het de kans op isolatie, het is een kwetsbaar netwerk (Scheffers, 2012). De psycholoog van Brijder beaamt het feit dat het hebben van een systeem met vooral verslaafden een belemmering vormt, maar ook het hebben van geen systeem. De respondenten met een klein netwerk, hadden minder steun dan cliënten met een groter netwerk om zich heen.

Een belangrijke factor die zowel belemmerend als steunend kan zijn, is de factor die te maken heeft met de inhoud van het contact (Scheffers, 2012). Beneken (2011) sluit daarbij aan. De relatie is de bouwsteen voor het contact: is de relatie goed, is de relatie aangetast, is er wederkerigheid in een relatie? Cliënten gaven in grote mate hetzelfde aan: ze kennen elkaar al lang, ze kennen elkaar goed, is er vertrouwen. Wanneer de relatie niet goed was, hadden cliënten vaak ook geen contact meer met deze mensen. Belangrijk hierin is de wederkerigheid. Scheffers (2012) noemt dat een relatie alleen kan bestaan wanneer er wederkerigheid is in een relatie. De respondenten willen meer contact, daar tegenover staat de vraag: wat kunnen de cliënten betekenen voor hun systeem?

Andere belemmeringen en mogelijkheden die genoemd werden door de respondenten, worden niet direct genoemd door Scheffers en/of Beneken, maar is te herleiden naar de relatie. Respondenten gaven het aan leuk te vinden dat het systeem langs komt, waaruit blijkt dat de relatie ook goed genoeg is. Verder werd er gezegd dat contact meer rust geeft en/of dat de respondenten begrip hebben voor de situatie en gevoelens van de ander. Hieruit lijkt voort te komen dat ze geen contact willen of hoeven omdat ze de ander niet lastig willen vallen; echter willen ze graag meer contact wanneer de belemmeringen weg werden gelaten; hier wordt een ambivalentie bij de cliënt zichtbaar. Hieruit blijkt ook dat respondenten de relatie in het oog houden; ze willen geen contact omdat het voor de ander op dit moment ook wel beter is, of het geeft elkaar rust. Scheffers (2012) geeft precies bovenstaande weer: niet iedereen wil in eerste instantie zijn netwerk betrekken, omdat cliënten het idee hebben direct alles van hun leven te moeten delen.

Onwetendheid is iets wat nog genoemd moet worden. Een cliënt gaf aan dat hij niet weet wat iemand voor hem zou kunnen betekenen. Het belang benadrukken is hier eventueel een oplossing van. Dit wordt verder besproken in het hoofdstuk over de verwachtingen naar Brijder toe.

5.6 Verwachtingen rondom Brijder

Respondenten hebben verschillende oplossingen aangedragen. Al deze oplossingen: uitleg krijgen van professionals, familiesteungroepen, evaluatiegesprekken met vertrouwenspersoon, activiteiten en een groep van eenzame mensen, vergen tijd en kosten. Busschbach, Wolters en Boumans (2009) vertellen over een onderzoek van Ypsilon. Zij gaven aan dat familieparticipatie bemoeilijkt werd omdat het omgooien van een volledig beleid niet altijd realiseerbaar is. De kleine vormen van veranderingen zijn gemakkelijker te realiseren: in de oplossingen hierboven is een voorbeeld het hebben van meer

aandacht vanuit Brijder voor het systeem. Andere oplossingen zouden in het klein al een hoop doen voor de cliënten: de omgang van de hulpverleners met de cliënten en hun systeem.

Oplossingen die cliënten niet hebben aangedragen, maar waar wel problemen bij werden ondervonden is het hebben van een klein systeem. Hierboven werd genoemd dat het hebben van een kleiner systeem of geen systeem een belemmering vormt. Scheffers (2012) noemt de sociale netwerkmethodiek als een oplossing om deze hulpbronnen, zoals zij deze noemt, opnieuw te ontdekken. Met deze methodiek wordt er gekeken naar welke hulpbronnen er bestaan en welke ontdekt kunnen worden, wat deze hulpbronnen de cliënt kan bieden, maar ook wat de cliënt deze hulpbronnen kan bieden.

Verder is hierboven besproken dat er bij cliënten een ambivalentie lijkt te zijn: ze willen mensen er niet mee belasten, maar in het ideaal beeld willen ze toch wel meer familie zien. Door het benadrukken van het belang van het betrekken van het systeem, wordt volgens Scheffers (2012) het gevoel van belasting verminderd. Het ecogram is een manier om het systeem van de cliënt goed in kaart te brengen. De psycholoog van Brijder noemt ook dat het benadrukken van het belang van het betrekken en het actief vragen naar het systeem door de behandelaren de mogelijkheden ook vergroot.

Volgens Ehlers en Volkers (2010), Bovenkamp en Trappenburg (2009), Arensbergen en Liefhebber (2009) en Scheffers (2012) spelen de competenties van de hulpverlener een belangrijke rol. Een aantal cliënten heeft aangegeven dat er weinig aandacht is voor de wens en dat er weinig aandacht is voor persoonlijke ontwikkeling. De oplossingen die aangedragen werden als uitleg krijgen van professionals, familiesteungroepen en evaluatiegesprekken, worden gedaan, wanneer ingevoerd, met onder andere hulpverleners. De sociale netwerkmethodiek, genoemd door Scheffers (2012), kan worden gebruikt bij het ontdekken van nieuwe hulpbronnen bij cliënten en kan dan worden gebruikt in samenwerking met hulpverleners. Vandaar dat de competenties van de hulpverlener, beschreven door Arensbergen en Liefhebber (2009) en Scheffers (2012), belangrijk zijn. Dit zal al voor een deel een oplossing bieden en vergt minder tijd en kosten dan het omgooien van een volledig beleid, volgens onderzoek van Busschbach, Wolters en Boumans (2009).

Bij het invoeren van eventuele oplossingen moet het onderzoek van Bovenkamp en Trappenburg (2009) in de gaten worden gehouden. Uit hun onderzoek bleek dat er geen overeenstemming is over het belang van de betrokkenheid.

Conclusie

In de vorige hoofdstukken zijn de resultaten van de interviews weergegeven en zijn deze uitkomsten vergeleken met de literatuur. Met dit onderzoek wordt getracht om de volgende hoofdvraag te beantwoorden: *In hoeverre is er de behoefte van de cliënt om zijn systeem te betrekken bij zijn detoxificatie, de kortdurende behandeling van drie weken van Brijder?* Dit onderzoek werd uitgevoerd met als doel om de behoeftes van een verslaafde cliënt, om zijn systeem te betrekken bij de behandeling, in kaart te brengen. Uit het onderzoek komt naar voren wat de behoeftes van de cliënt zijn maar ook hoe de cliënt deze in denkt te vullen en wat zijn verwachtingen zijn van zijn systeem en van de instelling. Wat kunnen we uit de inzichten en informatie van de vorige hoofdstukken concluderen?

Is er een eenduidig antwoord op de hoofdvraag te geven? Nee, of ja met een ‘maar’ of ‘tenzij’. Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste cliënten in eerste instantie niet meer mensen willen betrekken bij hun behandeling, ze waren óf tevreden met het aantal mensen dat op bezoek kwam (twee cliënten) óf antwoorden werden gegeven waaruit bleek dat de cliënten begrip hadden voor de situatie van de ander, de ander niet willen belasten, de afstand was te ver is of de opname toch maar voor korte duur is. Er blijkt een ambivalentie te zijn. Cliënten zien vooral veel belemmeringen en nadelen, wat al bleek uit de literatuur volgens Scheffers (2012). Ook blijkt dat er een deel onwetendheid is bij de cliënten over wat het systeem kan betekenen.

Uit onderzoek blijkt echter ook dat cliënten in de ideale situatie wel de behoefte hebben om hun systeem bij hun behandeling te betrekken onder enkele voorwaarden:

1. Een van de voorwaarde is de relatie tussen het systeem en de cliënt. De relatie is de bouwsteen voor contact. Belangrijk wanneer rekening gehouden wordt de relatie is het feit dat elke cliënt uniek is, met zijn eigen wensen, maar ook met zijn eigen verleden, zijn eigen gevoelens en de gevoelens van het systeem en zijn eigen relaties ten opzichte van het systeem. Elke cliënt en dus elke relatie moeten apart bekeken worden. Dit komt ook overeen met de beschreven literatuur.
2. De tweede voorwaarde is het nog beter in kaart brengen van de voordelen. Door deze voordelen in kaart te brengen wordt voor de cliënt de meerwaarde van het betrekken van zijn systeem ook duidelijker.
3. Een andere voorwaarde is het wegnemen van een aantal belemmeringen en het vergroten van de mogelijkheden. Belemmeringen kunnen weggenomen worden door een aantal faciliteiten te creëren: bezoekersruimte, familiesteungroepen, uitleg van professionals aan het systeem. Dit komt overeen met wat Brijder zelf noemt bij betrekken van het systeem bij de behandeling (zie 1 inleiding: *het systeem informeren, op de hoogte houden, kennisoverdracht naar het systeem en van het systeem, belangrijke steun voor de cliënt zijn tijdens de behandeling. De insteek is in eerste instantie voor Brijder om het systeem mee te laten denken in wat helpend zou kunnen zijn voor de cliënt en het systeem eventuele aanvulling laten zijn voor de behandeling.* (K. van Beek, persoonlijke mededeling, 15 januari 2014).

In het onderzoek is het belang van het betrekken van het systeem bevestigd door cliënten die een groot en betrokken systeem om zich heen hebben en is in overeenstemming met de literatuur. Volgens het proces entropie wat Nabuurs (2012) noemt, is het van belang om de protectieve factoren, factoren die de cliënt positief beïnvloeden, te vergroten om te voorkomen dat een cliënt volledig afgezonderd wordt. Een manier hiervoor is het in contact blijven staan met de omgeving/het systeem.

Aanbevelingen

Hieronder zullen aanbevelingen worden beschreven voor de opdrachtgever, gebaseerd op de uitkomsten van het onderzoek. Deze aanbevelingen zullen zo acceptabel, bruikbaar, relevant en vernieuwend mogelijk zijn. Deze aanbevelingen zullen worden gegeven op verschillende niveaus: het microniveau (het individuele contact met betrekking tot de cliënten) en het mesoniveau (het niveau van de behandeling). Uit het onderzoek is gebleken dat de behoefte van de cliënt is om zijn systeem te betrekken bij zijn behandeling, echter onder enkele voorwaarden.

Microniveau

Voor elke aanbeveling en/of oplossing geldt de hulpverlener/professional als instrument. De competenties van deze professional spelen een rol. Voor elke aanbeveling op het mesoniveau geldt dat de omgang rondom de cliënt en het systeem van belang is. Vanuit de professionals zal gericht gewerkt moeten worden door middel van de vaardigheden van Arensbergen en Liefhebber (2009) en Scheffers (2012). Deze vaardigheden kunnen ook worden gebruikt om het belang te benoemen van het betrekken van het systeem bij de behandeling naar de cliënt toe, om zo aan de tweede voorwaarde van het betrekken van het systeem te voldoen. Voor deze aanbeveling is het van belang dat professionals op de hoogte zijn van deze vaardigheden. Dit kan besproken worden in een multidisciplinair overleg waar alle professionals aanwezig zijn en dit zal dan ook een keer in de maand geëvalueerd kunnen worden. Door deze vaardigheden toe te passen zullen cliënten zich beter gehoord voelen en het gevoel krijgen dat er meer aandacht voor hen is. Dit zal al voor een deel een oplossing bieden en vergt minder tijd en kosten dan het omgooien van een volledig beleid, volgens onderzoek van Busschbach, Wolters en Boumans (2009).

Mesoniveau

Gesprekken met professionals

Om de voordelen te vergroten, voorwaarde twee, is er een methode genoemd door de cliënten. Een van de aanbevelingen voor Brijder is om uitleg van professionals te geven aan het systeem. In dit gesprek wordt informatie verschaft over de behandeling en een verslaving. Hiermee worden de voordelen vergroot; het begrip en inzicht.

Een andere aanbeveling is het benadrukken van de het belang van het betrekken van het systeem. Hiervoor zullen gesprekken plaatsvinden met de cliënt, waar wordt benadrukt wat de voordelen zijn van het betrekken van het systeem. Deze gesprekken zullen ingebed moeten worden aan het begin van de behandeling, bij opname van de cliënt. Belangrijk om te noemen is dat het systeem van een cliënt een standaard onderdeel wordt van de behandeling. Door de korte opname duur, is het voornamelijk van belang om het systeem wat in beeld is, in beeld te houden en te betrekken volgens de wensen van de cliënt. Niet realistisch is om in een week het hele systeem in kaart te brengen wanneer dit er niet is en deze vervolgens nog te betrekken bij de behandeling.

Brijder geeft ook aan het systeem te willen informeren en kennisoverdracht te willen. De aanbevelingen genoemd hierboven, zijn op dezelfde lijn als Brijder. Het inbedden van een gesprek kost een half uur extra tijd per cliënt en in sommige gevallen zal het ingebed kunnen worden in gesprekken die al gevoerd worden met de cliënt. De persoonlijke begeleider van de cliënt zal dit gesprek kunnen voeren, hij of zij is het aangespreekpunt van de behandeling voor de cliënt en zijn systeem.

Faciliteiten

Mogelijkheden creëren om bezoek te ontvangen, communicatiemogelijkheden vergroten, de belemmeringen wegnemen, is een van de voorwaarde om het betrekken van het systeem mogelijk te maken. De psycholoog van Brijder gaf ook aan dat meer mogelijkheden creëren het betrekken van het systeem kan vergroten. Hiervoor zijn faciliteiten als een bezoekersruimte een oplossing.

De interviews uit het onderzoek werden enkele keer afgenomen in de activiteitenruimte van Brijder. Deze ruimte kon gebruikt worden omdat het naar eigen zeggen ‘toch weinig gebruikt wordt’. Dit kan prima voldoen als bezoekersruimte, mits er wat veranderd wordt: aanschaf van spullen om een zithoek/woonkamer te maken, met koffie en thee. Deze mogelijkheden zijn op korte termijn een investering, maar zullen op lange termijn uitbetaald worden. De korte opname duur staat deze mogelijkheid niet in de weg, nieuwe cliënten kunnen ook van deze ruimte gebruik maken.

Vervolgonderzoek

Wat opviel uit het onderzoek is dat cliënten aangaven dat ze kunnen voorstellen dat het systeem nu ook rust heeft, ze de situatie en gevoelens van de ander begrijpen. Dit zijn belemmeringen in het hebben en maken van het contact. Om samen met de cliënt en het systeem te kunnen werken, zal er meer inzicht moeten zijn in wat het systeem daadwerkelijk wil, behalve wat de cliënt hierover zegt en vindt.

Een andere belangrijke reden is de wederkerigheid in het contact, die Scheffers (2012) noemt. Deze wederkerigheid is nodig voor een goede relatie: wat kan het systeem bieden aan de cliënt, maar voornamelijk ook wat kan de cliënt het systeem bieden. Hiervoor is vervolgonderzoek nodig om te onderzoeken in hoeverre het systeem betrokken wil worden bij de behandeling van Brijder Verslavingszorg.

In dit vervolgonderzoek kan geïnventariseerd worden in hoeverre familiesteungroepen of gesprekken met het systeem en de cliënt een mogelijkheid is. Deze mogelijkheden om het systeem meer te betrekken bij de behandeling vergen meer tijd en kosten en is dus van belang dat de behoefte van het systeem met betrekking tot deze mogelijkheden uit te zoeken alvorens ze in te voeren.

Discussie

Dit onderzoek is zo valide en betrouwbaar mogelijk uitgevoerd. In dit hoofdstuk zullen de beperkingen en/of zwaktes besproken worden, maar wordt er ook stil gestaan bij de positieve kanten van het onderzoek: hoe is het onderzoek verlopen?

Kwalitatief onderzoek

Zwakte

Het belangrijkste punt wat genoemd moet worden is het feit dat bij kwalitatief onderzoek, waar we het nu over hebben, het belangrijkste instrument de onderzoeker zelf is. Dit beaamen Arensbergen en Liefhebber (2009) en Ehlers, S., Volkers, A. (2010). Dit heeft invloed op de betrouwbaarheid van het onderzoek. In 3.4 *Betrouwbaarheid* is toegelicht hoe dit zoveel mogelijk getracht is te waarborgen. Toch moet er benoemd worden dat elke vraag die gesteld is, een ander antwoord had kunnen zijn als de vraag anders gesteld zou zijn. Bepaalde keuzes om vragen niet te stellen, of juist open te stellen of gesloten, maakt ook dat cliënten bepaalde antwoorden hebben gegeven.

Een ander moment wat aangehaald moet worden is ‘de waarheid’. Soms is het moeilijk om te achterhalen of de cliënt de waarheid spreekt. Er moet voorzichtig met de informatie worden omgegaan. Een van de respondenten gaf aan bij Brijder te zijn vanwege ‘zwakte’. Ze gaf niet aan een alcoholverslaving te hebben. Zolang er maar bewust met de gegevens wordt omgegaan, en er ook bewust van zijn dat andere mensen, andere dingen als waarheid beschouwen, zal de betrouwbaarheid en validiteit zoveel mogelijk gewaarborgd zijn.

Het instrument is de onderzoeker zelf

Sterkte

Met ‘het instrument is de onderzoeker zelf’, betekent ook dat er vooroordelen, ervaringen, gevoelens en verwachtingen spelen tijdens het interviewen, maar ook tijdens het schrijven van de analyse of het theoretisch kader. Door vooraf gevoelens op papier te zetten, met betrekking tot de doelgroep, werd er getracht de vooroordelen tegen te gaan. Dit werkte goed; de interviews waren met een open blik afgenomen.

Zwakte en sterkte

Bij het schrijven van de resultaten en analyse is er nogmaals stil gestaan. Tijdens het coderen, is er een stap teruggenomen. De conclusie en analyse werden al snel getrokken, zonder daadwerkelijk klaar te zijn met coderen. Een sterke kant van onderzoeken is hierin een oplossing vinden. Na in gesprek te zijn gegaan met anderen, is hierin een stap teruggenomen. De betrouwbaarheid, maar ook de validiteit is hierdoor vergroot: wordt er gemeten wat er gemeten moet worden?

Metten wat er gemeten moet worden

Sterkte

Belangrijk is om stil te staan bij wat er gemeten wordt, ook is wat gemeten moet worden. Na twee interviews is de vraag over het ideaal beeld toegevoegd: er miste informatie uit interviews. Er werd veel gesproken over belemmeringen. Door deze vraag toe te voegen, hebben cliënten meer kunnen fantaseren over wat ze daadwerkelijk willen.

Verder is er nagedacht over de informatie die verkregen was: moest er meer nadruk gelegd worden op het belang van het betrekken van het systeem of de cliënten zelf laten nadenken? De keuze is gemaakt om de cliënten zelf te laten nadenken. Door deze keuze is het onderzoek anders, dan wanneer het

belang meer was benadrukt. De betrouwbaarheid is hierdoor niet minder, het onderzoek is alleen op een andere manier uitgevoerd.

Opnameapparatuur

Zwakte

Een ander punt wat genoemd moet worden is dat één interview met een cliënt niet opgenomen is, om de wens van de cliënt te respecteren. Dit maakt dat de betrouwbaarheid voor dit specifiek interview minder is. Verder zijn de interviews met de begeleiders ook niet opgenomen, vanwege het praktische feit dat we in een gehorige ruimte zaten en het andere gesprek telefonisch was.

Sterkte

Door te proberen de interviews zo snel mogelijk uit te schrijven, is getracht het zo betrouwbaar mogelijk te maken.

Intra-interviewbetrouwbaarheid

Sterkte

De intra-interviewbetrouwbaarheid is vergroot, door het feit dat bij het eerste interview een begeleider aanwezig was. Zij gaf feedback op de vragen en op de afname van het interview.

Zwakte

Doordat zij aanwezig was tijdens het interview, was dit van invloed voor het interview: de cliënt was bewust van de aanwezigheid van de begeleider, ondanks dat de begeleider zich er buiten hield.

Operationalisatie van de deelvragen

Gaandeweg het onderzoek, viel op dat de deelvragen ‘wat zijn de gevolgen van een verslaving voor het systeem?’ en ‘wat deed het systeem toen de verslaving ontstond?’ niet de juiste formulering hadden. Deze deelvragen zijn gaandeweg het onderzoek aangepast, zonder de inhoud te veranderen. Toch zou dit de betrouwbaarheid en de validiteit aan hebben kunnen aantasten.

Het onderzoek in de beroepspraktijk

Wat is de generaliseerbaarheid van het onderzoek? Wat levert dit onderzoek op voor de beroepspraktijk? Hierbij moet duidelijk gemaakt worden dat het kwalitatief onderzoek is; er wordt iets specifiek gemeten over deze groep cliënten die geïnterviewd zijn. Is het daardoor niet te generaliseren? Ja, er valt niets te zeggen over een groep cliënten in heel Nederland en wat zij willen met betrekking tot het betrekken van hun systeem. Echter was de doelstelling om te weten te komen wat de behoeftes waren van deze cliënten van Brijder Verslavingszorg. Er is een kijkje genomen achter de schermen bij de gevoelens, behoeftes, gedachtes en ervaringen met betrekking tot deze groep cliënten. Deze gevoelens, gedachtes, behoeftes en ervaringen kunnen meegenomen worden in bepaalde keuzes voor Brijder Verslavingszorg: eventueel vervolgonderzoek of het realiseren van een van de aanbevelingen. Het onderzoek helpt Brijder om beter inzicht te hebben op wat cliënten hun wensen zijn, maar voornamelijk waar men in contact met cliënten rekening mee kan houden, waar ze naar kunnen vragen met betrekking tot de wens om hun systeem te betrekken bij de behandeling.

Van belang om te noemen, is het onderzoek van Bovenkamp en Trappenburg (2008), besproken in 2 *Theoretisch kader* en 5 *Analyse*. Voor Brijder is van belang om overeenstemming te hebben in het belang van de betrokkenheid. Wanneer Brijder meer met het systeem wil gaan werken is er aandacht

nodig voor de competenties die Arensbergen en Liefhebber (2008) noemen en de aandachtspunten die Scheffers (2012) noemt met betrekking tot een goede samenwerking tussen systeem en cliënt.

Kortom: het onderzoek is afgelopen. De betrouwbaarheid en de validiteit zijn zoveel mogelijk getracht te waarborgen. Wat betreft de generaliseerbaarheid en het resultaat voor de praktijk: genoeg informatie en voornamelijk veel inzicht.

Literatuurlijst

- Arensbergen, C. van. & Liefhebber, S. (2009). *Competentieprofiel ABC. Landelijk competentieprofiel voor beroepskrachten (niveau ABC) in het primair proces van de gehandicaptenzorg*. Amsterdam: Drukkerij Spinhex en Industrie
- Baarda, D.B. et al. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen-Houten: Stenfert Kroese/wolters.
- Baum, A., Revenson, T.A.A., Singer, J. (2012). *Handbook of Health Psychology, 2nd edition*. New York: Psychology Press, Taylor en Francis Group.
- Beneken genaamd Kolmer, D.M. & van Dijk, N. (2013). *Volhoudtijd en wederkerigheid in zorgrelaties: een fundamenteel verschil*. Zin in Zorg: Tijdschrift over Zorg, Ethiek en Levensbeschouwing, 15(2), 20-21
- Beneken genaamd Kolmer, D.M. (2011). *Mantelzorg: wikken en wegen. Op weg naar een 'Care Justitia'*. Delft: Eburon
- Beneken genaamd Kolmer, D.M. & Martens, K. (2013). *Oog voor loyaliteit: vraaggericht werken met zorgvragers en mantelzorgers*. Denkbeeld: Tijdschrift voor psychogeriatric, oktober 2013, 26-29.
- Brettschneider, E. & Wilken, J.P. (2007). *Hoezo een netwerk? Onderzoek naar de aandacht voor sociale netwerken in de verstandelijk gehandicaptenzorg*. Amsterdam: SWP
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Boer, A en Klerk, M (2013), *Informeel zorg in Nederland: een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerszorg*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Bovenkamp, H.M. van de & Trappenburg, M.J. (2008). *Niet alleen de cliënt centraal*. Over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg. Rotterdam: iBMG
- Bovenkamp, H.M. van de & Trappenburg, M.J. (2009). *De moeizame relatie tussen hulpverleners en familieleden in de ggz*. Magazine voor GGZ en verslavingszorg, 27-38.
- Brijder (2012), *Kliniek Den Haag: Hulp voor cliënten die willen stoppen met het gebruik van middelen of gokken*. Brijder Verslavingszorg.
- Brijder (2013). *Welkom bij Brijder*. Brijder Verslavingszorg.
- Busschbach, J.T., Wolters, K.J.K., Boumans, H.P.A.T. (2009). *Betrokkenheid in kaart gebracht: ontwikkelingen en gebruik van de Triadekaart in de GGZ*. Groningen: Rob Giel Onderzoekscentrum
- Cohen, S (1985). *Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis*. Psychological Bulletin, Vol. 98. No. 2, 310-357
- Dé Dikke Van Dale (2005). Utrecht: VBK Media

Ehlers, S. en Volkers, A. (2010). *Gespreksvaardigheden voor de hulpverlening*. Baarn: Hbuitgevers.

Invoering wmo (z.j.). *WMO algemeen*. URL: <http://www.invoeringwmo.nl/content/wmo-algemeen>. Geraadpleegd op: 4 december 2013.

Jüngen, I.J.D. en Kerstens J.A.M (2013). *Psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum:

Koenen Woordenboek Nederlands (2005). Utrecht – Antwerpen; Koenen Woordenboeken. *Handbook of Health Psychology*, 2nd Edition

Kirk, M, Dwayne D, George W. (2002). *The Role of Social Support Following Short-Term Inpatient Treatment*. American Journal of Addictions, Vol. 11 Issue 1, (winter 2002), 57-65.

Migchelbrink, F. (2005) *Praktijkgericht onderzoek in Zorg en Welzijn*. Amsterdam: SWP.

Nabuurs (2012). *Basisboek Systeemgericht Werken*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

Plempers, E., Scholten, C., Oudenampsen, D., Overbeek, R. van, Dekker, F., & Visser, G. (2006). *Hoe stevig is het cement? Positie van vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties in de zorg*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut/NIZW Zorg.

Remmerswaal, J. (2009). *Handboek Groepsdynamica. Een inleiding op theorie en praktijk*. Barneveld: Uitgeverij Nelissen.

Riet, N. van & en H. Wouters. (1996). *Casemanagement. Een leer-werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: van Gorcum.

Rijter, J. (2010). *Het palet van de psychologie*. Stromingen en hun toepassingen in hulpverlening en opvoeding. Bussum: Coutinho

Rijksoverheid (z.j. a). *Mantelzorg*. URL: <http://www.invoeringwmo.nl/onderwerpen/mantelzorg>. Geraadpleegd op: 3 november 2013.

Rijksoverheid (z.j. b) *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*. URL: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo/vraag-en-antwoord/wat-gaat-er-veranderen-voor-mensen-die-gebruikmaken-van-zorg-uit-de-awbz-of-de-wmo.html>. Beschikbaar op: 04-12-2013.

Rijksoverheid (z.j. c). *Wat is het verschil tussen curatele, bewind en mentorschap?* URL: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/curatele-bewind-en-mentorschap/vraag-en-antwoord/wat-is-het-verschil-tussen-curatele-bewind-en-mentorschap.html>. Geraadpleegd op: 16-02-2014.

Scheffers, M. (2012). *Sterk met een vitaal netwerk. Empowerment en de sociaal netwerkmethodiek*. Bussum: Coutinho

Stel, van der J. (2012). *Wat elke professional over een verslaving moet weten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vandereycken, W. & Deth, R. van (2011). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Weisfelt, P. (2010). *Nestgeuren: over de betekenis van de ouder-kind relatie in een mensenleven*. Soest: Uitgeverij Nelissen.