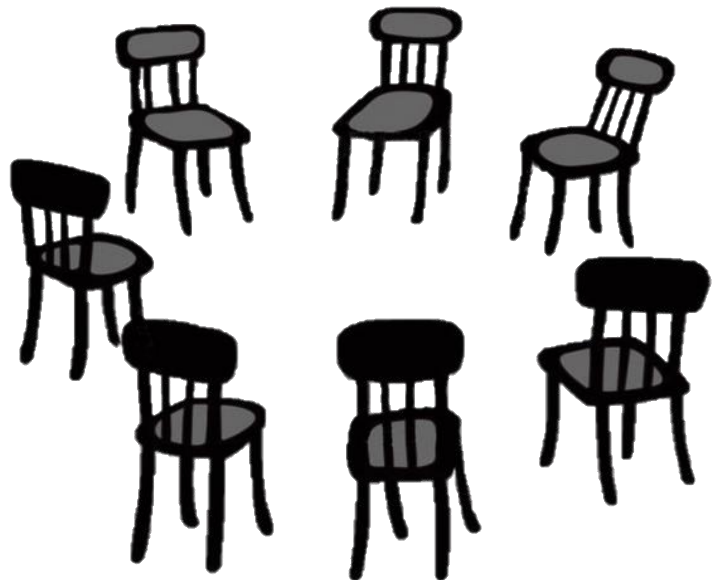


De eerste meeting

Integratie van professionele zorg en zelfhulp

Maud Douma en Jan-Willem Dondorff

Mei 2023



De eerste meeting

Integratie van professionele zorg en zelfhulp



Studenten	: Maud Douma (382296) en Jan-Willem Dondorff (408274)
Datum	: 23 mei 2023
Opleiding	: Bachelor Social Work Voltijd
Opleidingsinstelling	: Academie voor Sociale Studies, Hanzehogeschool Groningen
Vak	: Eindopdracht SSVB22EO
Organisatie	: Terwille verslavingszorg
Opdrachtgever	: Erik de Breij
Begeleidende docenten	: Janine Bos, Marieke Brenninkmeijer, Marieke Buist
Aantal woorden	: 7000

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek ‘De eerste meeting’. Het onderzoek is in het kader van het afstudeerjaar – februari tot en met mei 2023 – van de bacheloropleiding Social Work aan de Hanzehogeschool Groningen uitgevoerd.

Wij zijn Maud en William en hebben het onderzoek uitgevoerd in opdracht van Terwille verslavingszorg. Het is gericht op het uitbrengen van een advies aan de organisatie over de mogelijkheden en kansen na afloop van een ingezet behandeltraject. Tijdens het onderzoek hebben wij ons verder ontwikkeld in het professionele handelen als sociaal werkers.

Onze dank gaat uit naar alle betrokkenen die hun kennis, ervaring en tijd deelden om dit onderzoek te laten slagen. Allereerst bedanken we Erik de Breij, onze opdrachtgever en begeleider, voor het enthousiaste meedenken en de motiverende feedback tijdens het onderzoek. Nienke van Kasteel hielp ons bij de vormgeving van de infographic en het personeel van Terwille verslavingszorg – de behandelaars, regie behandelaars, begeleiders en de cliëntenraad – bij het delen van hun kennis. We waarderen het ten zeerste dat de cliënten bereid waren hun ervaringen te delen.

We spreken ook onze dank uit naar de externe respondenten, zoals andere zorginstellingen, de Politie Noord-Nederland en de gemeente Groningen.

We bedanken ook onze medestudenten die inzet toonden in de samenwerking door middel van het geven van feedback gedurende dit afstudeeronderzoek. Tot slot gaat onze dankbaarheid uit naar onze familieleden voor het proeflezen van het onderzoek. Al deze betrokkenheid en inzet heeft gezorgd voor een mooi eindproduct.

We wensen iedereen veel leesplezier en hopen dat de resultaten van dit onderzoek een positieve impact zullen hebben.

Managementsamenvatting

Terug naar het begin van deze eeuw, waar er met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in 2007 een grote politieke keuze is gemaakt en doorgevoerd om de verzorgingsstaat verder af te bouwen en meer verantwoordelijkheden neer te leggen op het gemeentelijke niveau (Bijlsma & Janssen, 2018). Dit alles om de oplopende kosten in de zorg tegen te gaan. De ingevoerde WMO had namelijk twee doelen: “kostenbeheersing en de burgers aanzetten tot participatie: ‘niet leunen maar steunen’” (Bijlsma & Janssen, 2018, p. 38).

Met de zorg die steeds complexer aan het worden is en de toenemende vergrijzing wordt er steeds meer beroep gedaan op zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk. Termen als ‘participatie’, ‘eigen kracht’ en ‘zelfredzaamheid’ geven weer hoe de toekomst van de zorg eruit moet komen te zien. We kunnen er niet meer omheen. Er liggen hier steeds meer kansen en initiatieven voor burgers, die iets kunnen betekenen voor hun omgeving.

Het onderzoek en de resultaten liggen precies in lijn met deze ontwikkelingen. Ook binnen de verslavingszorg is er geen ontkomen meer aan dat er (meer) gekeken moet gaan worden naar wat een cliënt zelf kan, wat zijn netwerk bij de zorgvraag kan betekenen en waar de omgeving en burgerinitiatieven ondersteunend kunnen zijn.

Waar het onderzoek begon met het ontdekken van het reilen en zeilen binnen Terwille werden er al snel een aantal begrippen duidelijk. Er bleek behoefte te zijn aan laagdrempeligheid en toegankelijkheid. Na verschillende scenario's verder te onderzoeken werd duidelijk dat er concrete oplossingen voor het oprapen liggen. Deze oplossingen bestaan zelfs al! De enige hindernis die nog genomen moet worden is het ontwikkelen van een goede samenwerking.

Dit is dan ook waar de ontworpen producten en aanbevelingen op inspelen. Het slaan van een brug tussen de professionele hulpverlening en de zelfhulpwereld.

Inhoudsopgave

Begrippenlijst	1
Hoofdstuk 1. Beschrijving advies/product	2
1.1. Wat is er ontwikkeld?	2
1.2. Voor wie is het?	2
1.3. Hoe kan het ingezet worden?	3
1.4. Welke kansen biedt het?	3
1.5. Hoe nu verder?	3
1.6 Leeswijzer	4
Hoofdstuk 2. Aanleiding en doelstelling van het advies	5
2.1 Context	5
2.1.1 Geestelijke gezondheidszorg (landelijk)	5
2.1.2 De organisatie	5
2.1.3 Afdeling	6
2.1.4 Financiële stromingen	6
2.1.5 Stakeholders	6
2.2 Kansanalyse	7
2.2.1 Macroniveau	7
2.2.2 Mesoniveau	8
2.2.3 Microniveau	9
2.4 Probleemstelling	9
2.5 Doelstelling	9
Hoofdstuk 3. Onderbouwing aanpak en inhoud	160
3.1 Discover/define fase	160
3.1.1 Eerste gesprekken	160
3.1.2 Literatuuronderzoek	171
3.1.3 Gesprek politie	12
3.1.4 Gesprek externe zorgorganisatie	12
3.1.5 De cijfers	12
3.1.6 Opdrachtgever (wijziging doelstelling)	13
3.2 Define/develop fase	13
3.2.1 Tweede gesprekken	13
3.2.2 Enquête cliënten	15
3.2.3. Cliëntenraad	15

3.2.4 Literatuuronderzoek	15
3.2.5 Bezoek zelfhulpgroep.....	15
3.2.6 Gemeente.....	16
3.2.7 Best practices	16
3.3 Develop/deliver fase.....	16
3.3.1 Prototype	16
3.3.2 Opdrachtgever (1ste evaluatie).....	16
3.3.3 Tweede evaluatieronde.....	17
3.3.4 Vormgeving product	17
3.3.5 Afronding	17
Hoofdstuk 4. Aanbevelingen.....	18
4.1. Hoe nu verder?	18
4.2. De aanbevelingen	18
4.2.1. Algemene aanbevelingen voor Terwille	18
4.2.2. Infographic (zie document 'product')	19
4.2.3. Implementatieplan (zie document 'product').....	19
4.3. Gewenste situatie en beoogde resultaat.....	19
Literatuurlijst.....	21
Bijlagen	23
Bijlage 1: 'Zorgtraject Terwille'	23
Bijlage 2: 'Doelenboom'	24
Bijlage 3: 'Double diamond model'	25
Bijlage 4: 'Organisatielandschap'	26
Bijlage 5: 'Keyplayer landschap'	27
Bijlage 6: 'Analyse eerste gesprekken'	28
Bijlage 7: 'Analyse tweede gesprekken'	33
Bijlage 8: 'Enquête'.....	37
Bijlage 9: 'De eerste meeting'	4438

Begrippenlijst

Ambulant: zorg die buiten de muren van een instelling geleverd wordt.

Anonieme overeters (AO): zelfhulpgroep voor mensen met een eetprobleem.

Bereikbaarheidsdienst: hulpdienst van Terwille bereikbaar buiten kantooruren.

Beschermd wonen: vorm van woonbegeleiding.

Cliëntenraad: groep oud-cliënten voor het behartigen van belangen van cliënten.

Cocaïne anonymous (CA): zelfhulpgroep voor mensen met een verslaving.

Cognitieve gedragstherapie (CGT): therapievorm waarbij je gaat werken aan je gedachten, gevoelens en gedrag.

Consumer Quality Index (CQI): meetinstrument waarmee zorgaanbieders ervaringen van cliënten in kaart kunnen brengen.

De sociale kaart: alle sociale initiatieven uit een bepaald gebied in kaart gebracht.

Deskundigheidsbevordering: een activiteit voor het verbeteren van het functioneren van medewerkers.

Evidence based: op (wetenschappelijk) bewijs gebaseerd.

Functionaris: een medewerker die een bepaalde functie uitoefent.

Implementatieplan: strategisch plan.

Infographic: informatieve illustratie.

Mediaan: de middelste waarde in een groep getallen.

Middelen: drugs en alcohol.

Minnesota: behandeling gebaseerd op de twaalf stappen van de Anonieme Alcoholisten (AA) in combinatie met Cognitieve gedragstherapie (CGT).

Nazorg: vorm van zorg na een behandeling.

Pre-diagnose behandelcombinatie (Pre-DBC): pilot therapie groep voor mensen die op een wachtlijst staan.

Relapse/terugval: terugkeer naar middelengebruik na een periode van onthouding/stoppen.

Respondent: deelnemer aan een onderzoek.

Routine Outcome Monitoring (ROM): meetinstrument om routinematig uitkomsten te meten tijdens een behandeling.

Telefonische hulpdienst (THD): telefonische ondersteuning door vrijwilligers van Terwille.

Terugvalpreventiegroep (TVP): behandeling binnen Terwille ter voorkoming van terugval.

Verslaving: een middel en/of gedragsverslaving (bijvoorbeeld eet- of gokverslaving).

Verslavingsgedrag: gedragingen behorende bij de verslaving.

Vierdaagse basiscursus: cursus binnen Terwille voor nieuwe werknemers.

Wereld van de zelfhulp: alle verschillende zelfhulpgroepen en initiatieven.

Wet langdurige zorg (WLZ): zware intensieve zorg met langdurig karakter.

Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO): hulp en ondersteuning voor burgers.

Zelfhulp: hulp aan elkaar door mensen die hetzelfde probleem hebben zonder tussenkomst van professionals.

Zorgbemiddeling: bureau binnen Terwille gericht op aanmelding en intake.

Zorgpresatiemodel: nieuw bekostigingsmodel voor de GGZ en forensische zorg.

Hoofdstuk 1. Beschrijving advies/producten

Het eerste hoofdstuk beschrijft wat er ontwikkeld is, voor wie het bedoeld is en hoe het ingezet kan worden. Verder wordt toegelicht op welke kansen het advies en de producten inspelen. Het hoofdstuk sluit af met een vooruitblik naar de toekomst.

1.1. Wat is er ontwikkeld?

Het eerste product is de infographic. Het is een handige tool die een behandelaar kan gebruiken en in kan zetten als gespreksonderwerp, om de cliënt kennis te laten maken met de wereld van de zelfhulp. Vanuit de behandelsetting voorlichting geven en de juiste info bieden kan de cliënt bewegen tot (gedrags)verandering (Augeo, 2023). Hiermee krijgt het product een therapeutische waarde en valt de interventie te benoemen als: ‘psycho-educatie’ (Rigter, 2016).

Het tweede product is een implementatieplan. Een stappenplan dat gebruikt kan worden door het management van de organisatie om op een gestructureerde manier bepaalde aanbevelingen op te nemen binnen de werkwijze oftewel het beleid.

Verder staan verschillende aanbevelingen voor Terwille verslavingszorg beschreven (zie hoofdstuk vier). Deze aanbevelingen komen voort uit de verschillende onderzoeksfases en de bijbehorende gesprekken die zijn gevoerd. Deze aanbevelingen zijn gekoppeld aan verschillende bronnen voortkomend uit het literatuuronderzoek.

1.2. Voor wie is het?

De infographic is in de eerste plaats bedoeld als tool voor de hulpverlener die in direct contact staat met de cliënt. Tegelijkertijd kan de infographic ingezet worden door iedereen die in contact komt met cliënten. Dit betekent dat ook een persoon – werkzaam bij de front desk van Terwille – de infographic kan gebruiken om informatie te delen.

Het implementatieplan is bedoeld voor het management en de betreffende functionarissen. Met het plan kan het onderzoeksadvies doorgevoerd worden. In het plan staan duidelijk te volgen stappen die ervoor zorgen dat de gekozen aanbevelingen structureel, oftewel duurzaam geïmplementeerd en onderhouden kunnen worden.

De aanbevelingen zijn alle waardevolle onderzoeksuitkomsten uit de gevoerde gesprekken en de daarbij behorende relevante literatuur. Deze adviezen zijn op maat gemaakt voor de organisatie. Dat wil zeggen dat ze draagvlak hebben vanwege de grote overeenkomstige input en wensen van de werknemers en cliënten die betrokken waren bij het onderzoek.

De aanbevelingen, de infographic en het implementatieplan kunnen ook op macroniveau impact hebben. Zodra burgers (cliënten) betere informatie tot hun beschikking hebben en daardoor eerder een goede doorverwijzing krijgen of vinden naar zelfhulp, zal dit ten goede komen aan het herstel van het individu, zijn omgeving en uiteindelijk de samenleving. Een onderzoeksrapport van Wamel et al. (2014) benadrukt dit: “Actieve deelname aan zelfhulpgroepen bevordert langere periodes van herstel en wordt meer gestimuleerd.”

1.3. Hoe kan het ingezet worden?

De infographic kan tijdens een intake al gebruikt worden. Hoe eerder een cliënt de juiste informatie krijgt over initiatieven van de sociale kaart, des te beter hij of zij bewapend is met de juiste kennis. Vroegtijdig inzetten heeft meerdere voordelen (Sociale kaart Nederland, z.d.): het kan inspelen op de wachttijden in de zorg en het kan zorgen voor een vangnet, buiten reguliere werktijden. Ook blijkt uit onderzoek dat de beste behandeling bestaat uit een combinatie van professionele hulp en zelfhulp en dat deze elkaar kunnen aanvullen (Steyaert et al., 2014). Verder is het wenselijk om de infographic tijdens behandeling terug te laten komen in gesprekken om te kijken of de cliënt gebruik heeft gemaakt van de informatie. Als laatst is het raadzaam om de informatie aan het einde van een behandeling weer als interventie in te zetten om hiermee in te spelen op de overgang van intensieve behandelmomenten naar zelfstandigheid en volledige eigen regie. Waar professionele hulpverlening een einddatum heeft, geldt dat niet voor zelfhulp.

Beleidsmakers en managers zullen de aanbevelingen en stappen uit het implementatieplan eerst moeten analyseren. Van daaruit kunnen ze beslissen welke aanbevelingen ze opnemen in het beleid. Hierna kunnen de functionarissen aan de hand van het plan de veranderingen doorvoeren.

Uiteindelijk zijn de aanbevelingen en ontwikkelde producten complementair aan elkaar. Dat wil zeggen dat ze gezamenlijk ingezet kunnen worden en elkaar daarmee kunnen aanvullen, maar dat hoeft niet. De organisatie kan ook beslissen om alleen de infographic te gebruiken, of losse aanbevelingen door te voeren, met of zonder hulp van het implementatieplan.

1.4. Welke kansen biedt het?

De mogelijkheden die de infographic, de aanbevelingen en het implementatieplan bieden, zitten verweven in het hele behandelproces van een cliënt. Voorafgaand aan de behandeling speelt het in op eventuele wachttijden, waar een cliënt mee te maken krijgt. Tijdens de behandeling voegt het, naast de behandelmomenten, extra support toe. Vooral buiten kantooruren. Aan het einde van de behandeling biedt het kansen om het herstel van cliënten blijvend te ondersteunen (Wamel et al., 2014), vanuit de vele initiatieven die onze samenleving te bieden heeft. Hierdoor zou de kans op een eventuele terugval in middelen of gedrag, na behandeling verkleind kunnen worden (zie ook paragraaf 2.5 'doelstelling onderzoek').

Verder biedt het kansen in betere doorverwijzing. Wanneer een cliënt behoefte heeft aan meer support kan een behandelaar sneller doorverwijzen naar zelfhulp. Dit zou ook andersom kunnen werken.

Wanneer een bezoeker van zelfhulp behoefte heeft aan professionele ondersteuning zou een doorverwijzing soepeler kunnen verlopen wanneer deze netwerken dichterbij elkaar liggen.

1.5. Hoe nu verder?

Om de initiatieven uit de zelfhulpwereld dichterbij de professionele hulpverlening te brengen is blijvende aandacht nodig voor de inzet van de infographic, het implementatieplan en de daarbij behorende aanbevelingen. Het gaat niet om een eenmalige slag maar de veranderingen dienen na een bepaalde tijd geëvalueerd te worden. Vanuit het evaluatiemoment kunnen veranderingen geoptimaliseerd worden. Dit zorgt er vervolgens voor dat de infographic, het stappenplan en de ingezette aanbevelingen duurzaam worden.

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk twee beschrijft de context waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden. Ook is hier de kansanalyse beschreven die eindigt in de probleem- en doelstelling. Hoofdstuk drie is een chronologische beschrijving van het onderzoek met de meest betekenisvolle beslismomenten. In hoofdstuk vier staan de aanbevelingen. Verder zijn er negen bijlagen. Deze zijn ondersteunend aan de verschillende hoofdstukken.

Hoofdstuk 2. Aanleiding en doelstelling van het advies

Dit hoofdstuk beschrijft de context van de organisatie waar het onderzoek uitgevoerd is. Hierbij wordt beschreven wie hierin de belanghebbenden zijn en welke financiële stromingen van toepassing zijn. Verder is een kansenanalyse gemaakt. Deze analyse is gemaakt om tot een juiste probleemstelling en doelstelling te komen (zie ook 2.2). Vervolgens wordt hiermee het hoofdstuk afgesloten.

2.1 Context

2.1.1 Geestelijke gezondheidszorg (landelijk)

Landelijke cijfers laten zien dat bijna de helft van de volwassenen (18-75 jaar) in Nederland ooit te maken krijgt met één of meerdere psychische aandoeningen. Dit betekent dat het merendeel van de bevolking wel iemand kent of zelf in aanraking komt met de geestelijke gezondheidszorg. Stemmings- en angststoornissen zijn de meest voorkomende. Daarnaast krijgen ongeveer één op de zeven volwassenen te maken met een middelenstoornis. Ook als het gaat om verslaving kent bijna iedereen wel iemand in zijn of haar omgeving die hier mee te maken heeft of heeft gehad (Trimbos, z.d.).

2.1.2 De organisatie

Terwille is een middelgrote GGZ-instelling met haar hoofdlocatie in Groningen. De organisatie heeft meerdere vestigingen in verschillende provincies waaronder Noord-Holland, Flevoland en Overijssel. De organisatie richt haar hulpverlening op de doelgroep ‘mensen met een verslaving’ en/of die te maken hebben met prostitutie. Terwille telt iets meer dan 100 werknemers en vrijwilligers die vanuit verschillende disciplines samen werken aan de missie die luidt: “herstel voor mensen die vastzitten aan verslaving of prostitutie, met als doel een leven in vrijheid” (Terwille, z.d.-a).

In de missie valt het woord ‘herstel’ op. Dit woord is in toenemende mate populariteit aan het winnen binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Het boek *Inzet van eigen ervaringen bij sociaal werk*, legt de term als volgt uit:

Ontwrichtende ervaringen kunnen een bepaalde impact hebben op het leven, waarvan je moet herstellen, omdat je gedurende een langere of kortere tijd in de knel hebt gezeten. Ze kunnen je leven ontregelen en dit kan tijdelijk of langdurig van aard zijn. Herstel wordt vaak geassocieerd met genezing en beter worden. Dit past meer bij medische handelingen waarbij je bijvoorbeeld kunt genezen van een gebroken been. De botten moeten weer goed aan elkaar groeien aan de hand van spalken of gips, waarna er een periode van revalidatie volgt en er daarna meestal gesproken wordt over genezing. Past het woord genezing ook bij het herstellen van een depressie, bij het verliezen van een dierbare of wanneer je slachtoffer bent van seksueel misbruik? Het woord herstel heeft dan een andere betekenis dan het genezen van een gebroken been. (Kruit, 2021, p. 14)

Het woord herstel gaat dus niet over genezing, maar heeft een veel bredere betekenis die zeer toepasbaar is bij herstel van psychische kwetsbaarheid waar verslaving een onderdeel van is. Het gaat hierbij meer om het leren omgaan of leven met de aandoening. De kwetsbaarheid is er nog steeds, maar vormt steeds minder een belemmering in iemands leven.

Wanneer het woord herstel gebruikt wordt in de context van het sociaal werk of GGZ volgt vaak de nieuwe term ‘herstel ondersteunende zorg’. Dit is de zorg die gericht is op het bevorderen van iemands herstelproces. Dit proces is persoonlijk en kan voor iedereen een andere invulling hebben (Kruit, 2021).

De visie op herstel kenmerkt zich binnen Terwille op vier vlakken, namelijk professionaliteit vanuit passie, vasthoudendheid, creativiteit en oprechte aandacht voor mensen. Binnen deze visie staat de behoefte van de cliënt voorop en gelooft de organisatie dat er voor iedereen hoop, herstel en een nieuw perspectief te vinden is (Terwille, z.d.-a).

Het vinden van een nieuw perspectief is de kern van herstel en het herstel ondersteunend werken. Niet kijken naar wat niet meer lukt, maar waar (soms nieuwe) mogelijkheden liggen. Wanneer iemand vanuit een vernieuwd perspectief kan leven spreekt men van de vierde fase van herstel, “leven voorbij de aandoening” (Korevaar & Dröes, 2020, p. 48).

2.1.3 Afdeling

Het onderzoek is relevant voor het team regio Noord, afdeling ambulant/woonbegeleiding. Deze afdeling verzorgt een aantal behandel- en begeleidingstrajecten waaronder de cognitieve gedragstherapie (CGT) groep, woonbegeleiding en ambulante behandeltrajecten. Binnen de muren van Terwille wordt samen met de cliënt en regiebehandelaar gezocht naar een passende behandeling. Vervolgens worden nieuwe casussen in het multidisciplinair overleg (MDO) besproken en wordt er afsluitend een behandelaar aan gekoppeld.

2.1.4 Financiële stromingen

Binnen team ambulant/woonbegeleiding zijn twee financiële hoofdstromen te onderscheiden, namelijk het Zorgprestatiemodel (ZPM) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)/Wet langdurige zorg (WLZ).

De behandelingen, dus niet de begeleidingstrajecten, worden allemaal gefinancierd uit het ZPM. Dit komt voor rekening van de zorgverzekeraars waar de WMO en WLZ juist gefinancierd worden door de gemeente.

2.1.5 Stakeholders

Het onderzoek richt zich op de behandelkant, niet de begeleidingskant. Belanghebbenden zullen daarom zijn: de zorgverzekeraars als financierder, de gemeente met de zorg voor haar inwoners, de lokale zorginstellingen als de huisarts en de WIJ teams (voorheen de 1^{ste} lijnszorg, die zich in de frontlinie bevinden), Terwille als gespecialiseerde zorg (2^{de} lijnszorg) en alle samenwerkingspartners,

de cliëntenraad, de zelfhulpgroepen, de netwerken (omgeving) van cliënten en uiteindelijk het microniveau, de cliënt zelf.

2.2 Kansanalyse

“Behandeling van psychische stoornissen concentreert zich heel sterk op de problemen die uitgebreid geëxploreerd en besproken worden. Dat doet te weinig recht aan wat een mens is in zijn geheel van problemen en sterke kanten” (Walburg, 2014).

Hetzelfde gebeurt in de kansanalyse. Niet gelijk focussen op het probleem (uit de veelgebruikte probleemanalyse), maar juist kijken naar wat er in het zorgtraject nog allemaal mogelijk is op macro-, meso- en microniveau.

2.2.1 Macroniveau

Vanuit het Zorgprestatie model en de WMO/WLZ worden huidige behandelingen in Nederland gefinancierd. De behandelingen uit het zorgprestatie model worden bekostigd door de zorgverzekeraars en de zorgbegeleiding wordt bekostigd vanuit de gemeente. Wanneer een behandeling beëindigd stopt de indicatie, de financiering en daarmee de monitoring en (na)zorg. Het opzetten van een zorgtraject neemt veel tijd en energie in beslag. Veel trajecten zijn tijdelijk succesvol, maar op de lange termijn is er regelmatig meer nodig.

De heer Dammers, ervaringsdeskundige en werkzaam voor Solutions verslavingszorg (verslavingskliniek in Voorthuizen) spreekt over de volgende cijfers:

“Ongeveer twee derde van de cliënten heeft binnen drie maanden na het verlaten van de behandeling een relapse” (Dammers, z.d.). Relapse betekent hier een terugval in gebruik van verslavende middelen. Deze cijfers laten zien dat het merendeel van de cliënten na behandeling nog hulp nodig heeft.

De cijfers over terugval worden verder ondersteund door *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel*:

Gezien het tot chroniciteit neigende karakter van verslaving is het niet reëel om de effectiviteit van de verslavingszorg uitsluitend af te meten aan het aantal cliënten dat volledig stopt met gebruik. Dat 50 tot 70% van de cliënten die binnen een jaar na behandeling in de verslavingszorg terugvalt in gebruik, zegt vooral iets over het chronische karakter van verslaving. (GGZ, 2013, p. 25)

Verder maakt het landelijk alcohol en drugs informatiesysteem (LADIS) inzichtelijk dat in 2012, één op de vijf hulpvragers voor het eerst in de verslavingszorg terecht kwam, wat betekent dat vier op de vijf een heraanmelding in de (verslavings)zorg is. Ook dit cijfer sluit aan op de terugvalpercentages van de andere cijfers.

Van al deze cijfers is er een redelijk beeld te vormen van uitkomsten in de verslavingszorg. Er kan hieruit opgemaakt worden dat de meeste mensen die in de verslavingszorg terechtkomen, er niet voor de eerste keer zijn.

Dit roept vragen op hoe we in het algemeen kijken naar zorgtrajecten in Nederland die tegenwoordig vooral en veelal over snel en evidence based resultaten boeken gaan, terwijl het in de praktijk meer gaat over de lange adem bij de doelgroepen in de verslavingszorg en GGZ. Op dit moment ligt de focus binnen de professionele hulpverlening op de behandeling: een passend traject vinden, het spoedig starten van een traject, het volgen van het traject met de daarbij behorende behandeldoelen en het goed afronden van het traject.

In deze periode ligt de nadruk steeds op de behandeling, waardoor dit wat af lijkt te leiden van andere mogelijke, wellicht onontdekte ondersteuningsopties. Voor meer informatie over de stappen in het zorgtraject, opgesteld samen met het bureau zorgbemiddeling, zie bijlage 1, 'Zorgtraject Terwille'.

Artikel 19 uit de 'Beroepscode van het sociaal' werk luidt:

“Samenwerking in hulp en dienstverlening: de professional werkt samen met anderen binnen en buiten de eigen organisatie wanneer dit in het belang is van het ondersteuningsproces. Daarbij erkent hij de eigen aard en waarde van de bijdrage van anderen” (BPWS, 2021, p. 21).

Vanuit het artikel uit de beroepscode wordt aangeraden om breder te kijken dan alleen de ondersteuningsmogelijkheden die de organisatie te bieden heeft. Als verder ingezoomd wordt op het zorgtraject is te zien dat er voorafgaand aan de start van de behandeling ondersteuning geboden wordt met de pre-DBC groep. Verder is er tot op heden niet een vergelijkbaar idee over wanneer de behandeling beëindigd is.

2.2.2 Mesoniveau

Vanuit het onderzoek binnen de organisatie speelt er niet een specifiek probleem, maar wordt er ingezoomd op een periode na een behandeling waar eventuele mogelijkheden (kansen) liggen voor de organisatie, de behandeling en de effectiviteit daarvan die uiteindelijk zou kunnen bijdragen aan het welbevinden van de zorggebruiker (cliënt).

Vanuit de huidige situatie zijn er behandelaars die op vrijwillige basis contact onderhouden met cliënten die uitgestroomd zijn. Ook zijn er behandelaars die dit niet doen. Op dit vlak is geen duidelijk beleid, maar lijkt het eerder een persoonlijke invulling van de werkzaamheden. Verder is er binnen de organisatie weinig ingericht voor oud-cliënten. Dit geldt niet alleen voor Terwille, maar lijkt GGZ breed zo te zijn (Externe organisatie, persoonlijke communicatie, 27 februari 2023).

Een artikel uit de *beroepscode* dat aansluit op de betrokkenheid met oud-cliënten na behandeling:

Betrokkenheid en de bereidheid om mensen bij te staan: Professionals in sociaal werk zijn betrokken bij het welzijn en de ontwikkeling van mensen in relatie tot hun sociale omgeving. Vanuit die betrokkenheid staan zij mensen bij en bekommeren zich om hen. Professionals zijn zich bewust dat alle interventies berusten op het fundament van een goede werkrelatie met individuen, groepen en gemeenschappen. Met respect voor hun eigen welzijn, gezondheid en veiligheid, plaatsen zij de belangen van de mensen waarvoor zij zich inzetten boven hun eigen belangen. Professionals zoeken samen met mensen naar de invulling van een betekenisvol leven, en beslissen samen over de doelen en werkwijzen. (BPWS, 2021, p. 08)

Zichtbaar is de bereidheid van verschillende sociaal werkers binnen de organisatie. Verschillende behandelaren geven aan dat na behandeling op een laagdrempelige manier betrokken blijven als een soort van stok achter de deur kan werken voor cliënten die niet meer in zorg zijn. Tegelijkertijd is er een besef dat er binnen de organisatie niets over afgesproken is.

2.2.3 Microniveau

Het is bekend dat ten tijde van de behandeling verschillende momenten voor evaluaties zijn ingericht om het proces goed te kunnen volgen en waar nodig bij te kunnen stellen. Als nodig blijkt te zijn dat een cliënt meer ondersteuning kan gebruiken, wordt er vaak opgeschaald in zorg. Als een cliënt meer zelfstandigheid heeft verworven, bouwt de behandeling zich langzaam af. Tot het moment dat de behandeling beëindigd wordt, werkt de behandelaar samen met de cliënt aan een goede uitstroom. De uitstroom is maatwerk en voor iedere cliënt anders. Veel behandelaren hechten waarde aan een up-to-date signaleringsplan. Dit is vaak een voorwaarde om een traject definitief af te sluiten. Ook zijn er behandelaren die trajecten soms niet afsluiten en op de achtergrond actief laten, omdat de verwachting is dat er mogelijk weer een moment komt dat er weer opgeschaald moet worden. Dit doen ze om eventuele heraanmelding en de tijd die dit kost te voorkomen.

Verder zet de organisatie in op het ontwikkelen van gezonde dagbesteding. Dit gaat niet alleen over weer iets te doen hebben, maar werkt ook helend ten opzichte van de rollen die cliënten in het dagelijks leven vervullen. Meerdere geluiden gaan dan ook over verschillende vormen van zingeving. Wanneer passende zingeving gevonden wordt, lijkt dit een belangrijke factor te zijn om het ingezette herstel vast te kunnen houden. De functie van zingeving wordt in toenemende mate belangrijk wanneer de professionele zorg af neemt of stopt. Naar aanleiding van bovenstaande informatie is het de vraag hoe de behandeling afgerond wordt, waarbij er toch een vorm van ondersteuning door blijft lopen zonder dat behandelaren allemaal hun eigen invulling gaan geven aan deze afsluitingsfase.

2.4 Probleemstelling

Vanuit de kansenanalyse is de volgende probleemstelling geformuleerd:

‘De cliënt bij Terwille wordt na afloop van een behandeling niet meer begeleid/ondersteund, terwijl twee derde van de oud-cliënten in de verslavingszorg binnen drie maanden na de ingezette behandeling een terugval in gebruik van middelengebruik of verslavingsgedrag heeft’.

2.5 Doelstelling

Aan de hand van de doelenboom (zie bijlage 2, ‘Doelenboom’) en de probleemstelling is de onderzoeksdoelstelling geformuleerd:

‘De doelstelling van dit kwalitatieve onderzoek is om de verslavingszorg binnen Terwille een advies te geven over de mogelijkheden/kansen na afloop van een ingezet behandeltraject, om op die manier betere (na)zorg te bieden. Hierdoor kan een eventuele terugval in middelengebruik of verslavingsgedrag bij uitgestroomde cliënten worden teruggebracht of voorkomen’. Bovendien kan er een afname in heraanmeldingen plaatsvinden, met als gevolg dat wachttijden en -lijsten afnemen.

Hoofdstuk 3. Onderbouwing aanpak en inhoud

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste stappen in het onderzoek. De verschillende onderzoeksfases zijn inzichtelijk gemaakt met de daarbij betekenisvolle veranderingen van het onderzoek. Verder zijn een aantal gesprekken in het bijzonder uitgelegd, die voor het onderzoek waardevol waren. Afgesloten wordt met de verschillende evaluaties die gehouden zijn voor de ontwikkeling en doorontwikkeling van het prototype.

3.1 Discover/define fase

3.1.1 Eerste gesprekken

De eerste onderzoeksfase begint met een discover fase (zie bijlage 3, ‘Double diamond model’) door middel van een veldonderzoek.

Bij de start van het onderzoek was de vraag van de opdrachtgever of er onderzocht kon worden wat de mogelijkheden zijn bij het in kaart brengen of monitoren van hoe het met de cliënt gaat na afloop (middellange en lange termijn) van een gevolgde behandeling, hoe ze de behandeling hebben ervaren en om vervolgens inzichtelijk te kunnen maken wat het effect is geweest (oude probleem- en doelstelling).

In het onderzoek is contact gelegd met verschillende belanghebbenden, zowel binnen als buiten de organisatie Terwille, met de vraag om in gesprek te gaan over het vraagstuk. Er is in kaart gebracht welke organisaties benaderd zijn (zie bijlage 4 ‘Organisatie landschap’).

Op de werkvloer is met mensen vanuit verschillende disciplines (zie bijlage 5, ‘Keyplayer landschap’) gesproken, zoals: een psycholoog, verschillende behandelaars, een verslavingsarts, een teamleider, een tweetal ervaringsdeskundigen, de afdeling financiën en bureau zorgbemiddeling.

Een analyse van de gesprekken is terug te lezen in bijlage 6, ‘Analyse eerste gesprekken’.

De gesprekken zijn gevoerd op een laagdrempelige manier, zoals bij het koffiehokje. Deze gesprekken bestonden uit het sparren over de probleemstelling en kunnen als niet-gestructureerd en kwalitatief beschouwd worden.

In *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* wordt kwalitatief en niet gestructureerd als volgt beschreven:

Bij *kwalitatief onderzoek* wil je meer gedetailleerde informatie verkrijgen van de individuele deelnemers aan een onderzoek en gaat het om betekenis. Hierbij maak je gebruik van dataverzamelmethode met een open karakter. ‘Open’ betekent dat de antwoordmogelijkheden van een respondent niet vooraf bepaald zijn (gestandaardiseerd), maar dat hij in eigen bewoordingen inbreng kan hebben. (Van der Donk & van Lanen, 2017, p. 136)

Tijdens de gesprekken was er alle ruimte om uitgebreid te spreken over het onderzoek, de probleemstelling en de doelstelling. Vooraf waren er geen vaste vragen bedacht. Wel is er van tevoren besloten om één centrale vraag terug te laten komen namelijk:

‘Onderhoud je contact met een cliënt die niet meer in behandeling is, zo ja, hoe ziet dit eruit?’

Met het bespreken van de probleem- en doelstelling kon door respondenten in eigen woorden uitgelegd worden hoe ze tegen de fase na behandeling aankeken en of ze in deze bepaalde periode kansen of mogelijkheden zagen.

Uit de centrale vraag is gebleken dat de ene behandelaar wel de optie openhoudt voor cliënten om contact met hen op te nemen na behandeling en de ander niet (Persoonlijke communicatie, 20 februari 2023). Zo is er zelfs een voorbeeld genoemd, waarbij een casus later of helemaal niet gesloten werd. Dit om een eventuele heraanmelding van een dossier en indicatie te voorkomen die normaal gesproken erg tijdrovend kan zijn.

Een aspect dat in veel gesprekken terugkwam is het thema laagdrempeligheid. De cliënten zouden volgens de behandelaars baat kunnen hebben bij laagdrempelige (na)zorg na behandeling. Ze hebben dan niet direct een heraanmelding nodig, maar kunnen wel de cliënt weer even verder helpen als dat nodig is. Mocht er een nieuwe hulpvraag zijn, dan kan de behandelaar de cliënt doorverwijzen naar de huisarts voor een heraanmelding in de gespecialiseerde zorg.

Uit een gesprek met de financiële afdeling binnen Terwille is gebleken dat de zorgverzekeraar prefereert dat de cliënt na behandeling niet zomaar benaderd wordt, omdat dit zou kunnen lijken op het werven van cliënten. Cliënten in intensieve behandelingen kosten de zorgverzekeraars veel geld. De laatste jaren wordt de zorg steeds duurder en wordt er meer gekeken naar hoe intensieve behandelingen vermeden kunnen worden, met als voorkeur opvang door de maatschappij en zorg vanuit huis. Deze veranderingen liggen in lijn met de ‘ambulantisering’ van intensieve zorg (nvvp, z.d.).

Verder is er contact gelegd met externe partijen voor eventuele samenwerkingen en om buiten de organisatie Terwille te kijken naar hoe andere instellingen omgaan met de periode na behandeling en de uitgestroomde cliënten. Tijdens de communicatie werd duidelijk dat zij over het algemeen geen zorg of ondersteuning bieden na behandeling.

3.1.2 Literatuuronderzoek

De eerste ronde van het literatuuronderzoek was vooral gericht op het vinden van bronnen over monitoring van oud-cliënten of een volgsysteem in de verslavingszorg. Het gesprek met de verslavingsarts van Terwille bracht de term ‘follow-up study’ naar voren. Met deze termen zijn een aantal bronnen onderzocht die vooral spraken over manieren van evaluatie direct na afloop van de behandeling en waar de ROM (routine outcome monitoring), de monitoring van interventies de bekendste van is (Noom, 2022). Lastig te vinden was een relevante bron met betrekking tot manieren van cliënt-monitoring na behandeling. Uiteindelijk zijn op dit vlak geen relevante bronnen gevonden. De conclusie is dat een dergelijk systeem in de (verslavings)zorg (nog) niet bestaat.

Als laatste is er een bron van Schaftenaar (2018), met als titel: *‘Contact gezocht. Een onderzoek naar relatiegericht werken in de klinische forensische psychiatrie’*, aangereikt door een onderzoeker van een onderzoeksinstituut. Deze bron gaat over relationeel werken, wat in de beginfase van het onderzoek een interessante koppeling heeft gegeven naar laagdrempelig contact tijdens en na behandeling. In de bron is onderzoek gedaan hoe relationeel werken een positieve invloed heeft op

cliënten in (klinische) behandeling en hoe de laagdrempelige manier van contact onderhouden de kans op het doorzetten van herstel bevordert. Op deze manier is de bron bevestigend ten aanzien van het thema laagdrempeligheid als het gaat om mogelijke ondersteuning na afloop van een zorgtraject.

3.1.3 Gesprek politie

Een betekenisvol gesprek in het onderzoek is gevoerd met een operationeel specialist bij de nationale politie, eenheid Noord-Nederland. Het gesprek stond in het teken van een onderzoek dat de politie uitgevoerd heeft om te kijken of er een systeem ontwikkeld kan worden voor slachtoffers van mensenhandel, waarbij de slachtoffers blijvend gevolgd (monitoring) kunnen worden om zo meer veiligheid en ondersteuning te kunnen bieden. Waar de politie in dit onderzoek vooral tegenaan liep waren de verschillende systemen die niet met elkaar gedeeld mochten worden vanwege de algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Met een dergelijk monitorings- of volgsysteem is deze wet een belangrijke factor waar rekening mee gehouden moet worden als het gaat om de bruikbaarheid en haalbaarheid bij de eventuele ontwikkeling.

3.1.4 Gesprek externe zorgorganisatie

Een ander betekenisvol gesprek is gevoerd met een zorgorganisatie uit de randstad. De sociaal werker van deze organisatie bevestigde de noodzaak voor het inrichten van ondersteuning op basis van zijn praktijkervaringen met oud-cliënten waar het niet goed mee ging na afloop van een ingezet zorgtraject. Dat er tot op heden geen ondersteuningsmogelijkheden geboden worden kwam volgens hem vooral voort uit het ontbreken van financieringsmogelijkheden.

3.1.5 De cijfers

Algemene landelijke cijfers met betrekking tot terugval in middelen of gedrag in de verslavingszorg laten overeenkomsten zien. De twee bronnen uit hoofdstuk 2.2.1 (microniveau) tonen aan dat gemiddeld meer dan de helft van de cliënten na behandeling nog zorgbehoevend is. Conclusie voor het onderzoek is dat deze cijfers bruikbaar zijn voor Terwille en dat er geen redenen zijn waarom de cijfers van Terwille hiervan zouden afwijken.

De interne cijfers van Terwille laten het volgende zien:

Gemiddelde duur van aanmelding tot afsluiting is: 260 dagen¹ (dit betreft alle vormen van zorg binnen Terwille). Gemiddelde behandelduur: 167 dagen². Verder is 8 % van het totaal aantal aanmeldingen een heraanmelding (358 van de 4559 aanmeldingen).

De cijfers laten zien dat grofweg één op de tien cliënten eerder in zorg is geweest. Dit komt niet in de buurt van de landelijke cijfers van twee derde of 50 tot 70%. Een logische verklaring kan zijn dat wanneer het traject bij Terwille niet succesvol is geweest, een cliënt het bij een andere organisatie gaat proberen. Tegelijkertijd is de één op tien een noemenswaardig percentage van de totale cliëntenpopulatie die eerder in zorg is geweest.

Verder is zichtbaar dat vanaf het moment van aanmelding tot afsluiting van 260 dagen, dit ruim 90 dagen meer is dan de gemiddelde behandelduur bij Terwille. Wellicht dat deze periode van dagen samenhangt met de wachttijden of -lijsten.

¹ De mediaan is 133. (Totaal aantal waarnemingen: 4965. Hoogste waarde: 4957. Laagste waarde: 0)

² De mediaan is 136. (Totaal aantal waarnemingen: 766. Hoogste waarde: 683. Laagste waarde: 0)

3.1.6 Opdrachtgever (wijziging doelstelling)

Met de verzamelde aanknopingspunten uit de eerste gesprekken in het onderzoek is met de opdrachtgever besloten om de doelstelling te wijzigen om de haalbaarheid van het eindproduct te vergroten. Het kost te veel tijd om een dergelijk volgsysteem te ontwikkelen en het is de vraag of dit AVG technisch werkbaar zou zijn. Uiteindelijk hebben de landelijke cijfers van hoe het met cliënten gaat na de behandeling de doorslag gegeven. Deze zijn toepasbaar genoeg om te zeggen dat de behandelingen die Terwille aanbiedt dezelfde resultaten geven. Met de opdrachtgever is besloten om de focus van het onderzoek te houden op de periode na behandeling om hier te kijken naar de onbenutte mogelijkheden.

3.2 Define/develop fase

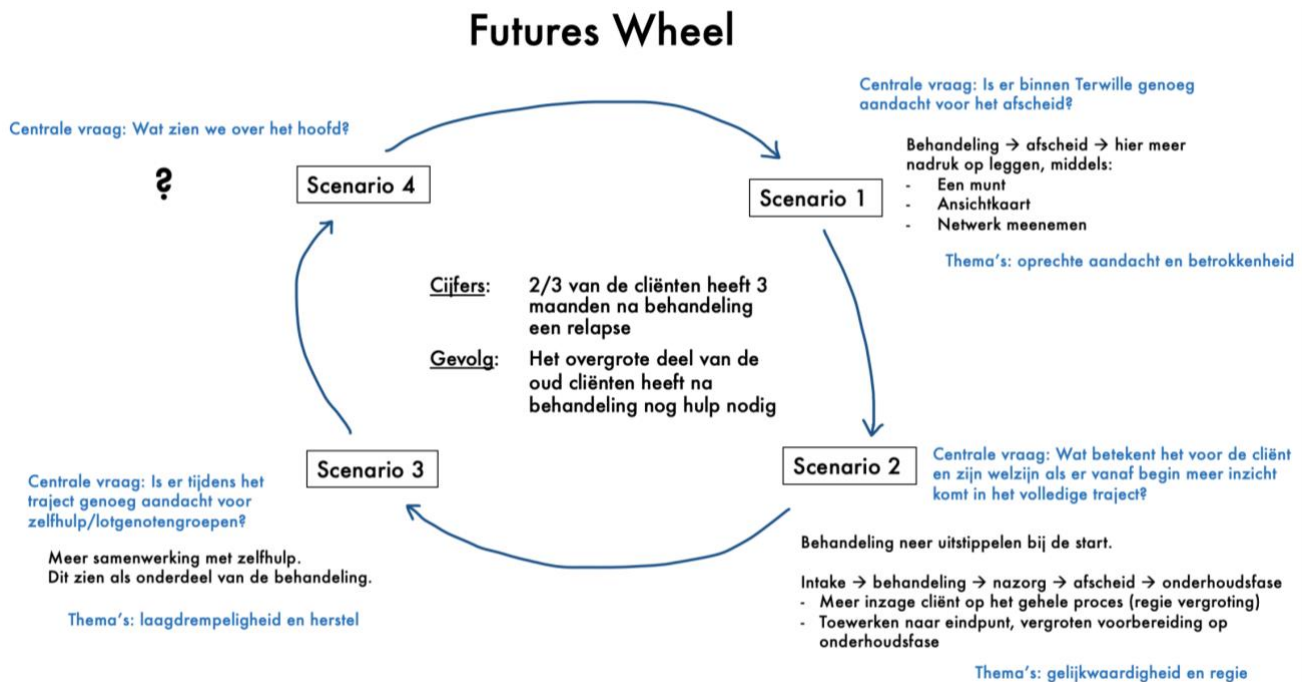
3.2.1 Tweede gesprekken

Terugkijkend op de eerste gesprekken met relevante betrokkenen in het onderzoek leverde dit hele gevarieerde data op. Door de open ongestructureerde gesprekken was het soms lastig om gemene delers te herkennen. Uiteindelijk zijn de gesprekken middels inhoudsanalyse naast elkaar gelegd en werden overeenkomstige thema's gevonden. Niet zozeer altijd letterlijke overeenkomsten, maar vaker overeenkomsten waarbij verschillende respondenten over dezelfde kansen of problemen spraken vanuit hun eigen perspectief.

Hieronder de overeenkomsten uit de eerste gesprekken:

- Verschillende respondenten onderkennen dat veel cliënten die uitstromen nog ondersteuning kunnen gebruiken na behandeling.
- Er wordt door verschillende respondenten benoemd dat er maar weinig aandacht is wanneer een behandeling stopt en dat er best wat meer ondersteuning zou mogen bestaan in de periode na het zorgtraject.
- Uit verschillende interviews komt naar voren dat er vaak een vorm van contact blijft bestaan. Dit begint vanuit het initiatief van de oud-cliënt.
- Er worden verschillende ideeën aangedragen die overeenkomstig hebben dat ze laagdrempelig zijn en vaak een vorm van blijvend contact inhouden, zoals bijvoorbeeld e-hulp (vorm van online hulpverlening).

De vervolggroesprekken zijn gehouden aan de hand van een ‘futures wheel’, zie figuur 1 hieronder.



Figuur 1

“Het futures wheel is een simpele en praktische tool om te brainstormen over consequenties van trends en beslissingen” (Van 't Veer et al., 2021, p. 245). In het midden van het wiel staat de beknopte probleemstelling namelijk: twee van de drie cliënten heeft drie maanden na behandeling een terugval, met als gevolg dat het overgrote deel van de oud cliënten na behandeling nog of weer hulp nodig heeft. De vier scenario's stellen mogelijkheden (potentiële richtingen) voor die in de toekomst geïmplementeerd kunnen worden.

Er is zoveel mogelijk met dezelfde respondenten uit de eerste ronde gesprekken gesproken, dit om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Tevens droeg dit bij aan de kwaliteit van interviews, omdat op deze manier niet steeds het onderzoek uitgelegd hoefde te worden. De respondenten waren namelijk al op de hoogte en konden daarom sneller ‘inklikken’.

De tweede gesprekken zijn op basis van de mogelijke scenario's gevoerd. Op deze manier kon er meer gericht gesproken worden, over wat bijvoorbeeld de voor- of nadelen van een nieuwe werkwijze zou kunnen zijn. Om niet te veel sturing te geven was gekozen voor scenario vier, het open scenario. Deze konden respondenten vrij invullen als de eerste drie scenario's niet aansloten bij mogelijke oplossingen voor het centrale vraagstuk.

De scenario's hebben allemaal een thema, zodat de data gecategoriseerd kon worden.

De volgende thema's zijn vastgesteld: oprechte aandacht/betrokkenheid (kernwaarden Terwille), gelijkwaardigheid/regie en laagdrempeligheid/herstel (missie en visie Terwille). Ook heeft elk scenario een centrale vraag. Met de verkregen antwoorden kon vervolgens gezocht worden naar overeenkomstige data.

Uit de analyse (zie bijlage 7, 'Analyse tweede gesprekken') is naar voren gekomen dat er in scenario drie verreweg de meeste kansen voor Terwille liggen. Het overgrote deel van de ondervraagden geeft aan dat er niet genoeg aandacht is voor de zelfhulp. Bij de professionals ligt een behoefte om cliënten te wijzen op de zelfhulp, maar de professionals beschikken niet over de kennis en informatie. Ze geven wel aan over deze kennis te willen beschikken. Opvallend is dat respondenten die wel doorverwijzen naar de zelfhulp, betrokken zijn bij de Minnesotabehandeling. Bij de Minnesota is in aanraking komen met de zelfhulp een groot onderdeel van de behandeling.

3.2.2 Enquête cliënten

Doordat de professionals niet of minimaal beschikken over de informatie van zelfhulp, beschikken cliënten hier vaak ook niet over. Er zijn acht cliënten gevraagd om mee te werken aan een enquête, zie bijlage 8, 'Enquête'. Hier stond een vraag centraal namelijk:

'Bent u door uw behandelaar op de hoogte gesteld van het bestaan van zelfhulpgroepen?'

De helft van de cliënten geeft aan nooit op de hoogte gesteld te zijn. Een groot deel van de cliënten die wel doorverwezen zijn, hebben de Minnesotabehandeling gevolgd.

3.2.3. Cliëntenraad

De cliëntenraad is in het onderzoek betrokken om op deze manier het microniveau een stem te geven. Uit het gesprek met de raad kwam vooral naar voren dat in de periode na behandeling het essentieel is dat een cliënt een vorm van betekenis in zijn leven vindt (zingeving). De oud-clieënten gaven tevens aan hoe belangrijk de rol binnen de raad voor hen is. 'Weer iets terug kunnen doen voor een ander' werd meermaals uitgesproken. Zingeving is vaak een centraal thema in zelfhulpgroepen. De groep, en de nieuwe rol die iemand vindt, kan gezien worden als vorm van zingeving. Ook hecht men veel waarde aan het hulp bieden aan nieuwe leden. Deze vorm van klaar staan voor een ander kan betekenis geven.

3.2.4 Literatuuronderzoek

Het niet doorverwijzen naar zelfhulp of minimaal gebruik maken van burgerinitiatieven wordt uit de volgende bron *Gesteund door zelfhulp* ook bevestigd:

Je zou verwachten dat veel hulpzoekende burgers via de formele hulpverlening gewezen worden op zelfhulp en doorverwezen worden voor aanvullende hulp (bij wijze van beheer wachtlijst, of als vorm van nazorg). Dat lijkt in de praktijk lang niet altijd zo te zijn. De 'aanvliegroutes' voor zelfhulp zijn meer te vinden buiten de formele hulpverlening. (Steyaert, 2014, p.66)

Hieruit blijkt dat doorverwijzing meer plaatsvindt buiten de professionele zorg.

3.2.5 Bezoek zelfhulpgroep

In het onderzoek is er ruimte gemaakt om een zelfhulpgroep te bezoeken, zie voor een uitgebreide verslaglegging bijlage 9, 'De eerste meeting'. In dit mini antropologisch onderzoek stond de ervaring opdoen centraal.

Wat betekent het voor een onbekende om een zelfhulpgroep te bezoeken? Voor een professional is het een interessante ervaring om op te doen, op die manier de cliënt van betere informatie te kunnen voorzien (spreken vanuit ervaring).

Open bijeenkomsten zijn toegankelijk voor bezoekers. Uit het onderzoek is gebleken dat veel professionals niet weten dat veel meetings toegankelijk zijn voor iedereen, met of zonder verslaving.

3.2.6 Gemeente

Vanuit het oogpunt duurzaamheid en samenwerking is er contact gezocht met de gemeente. Er is gesproken over de bevindingen van het onderzoek tot dusver. De gemeente vertelde over een vergelijkbaar initiatief dat inspeelt op mensen die een behandeling gevolgd hebben, maar toch nog zorgbehoevend blijken te zijn namelijk: <https://www.edanz.nl/herstelacademie/>

Vanuit de herstelacademie hebben werknemers een infosheet 'zelfregie en herstel-initiatieven' ontwikkeld.

Afgesproken is dat wanneer de opdrachtgever akkoord is, de onderzoeksresultaten met de gemeente gedeeld zouden kunnen worden.

3.2.7 Best practices

Aan de ene kant blijkt uit de gesprekken dat er nog veel kansen liggen in betere doorverwijzing en samenwerking met zelfhulp. Aan de andere kant gebeurt er op dit vlak ook al het een en ander, voornamelijk op de afdeling Minnesota. Deze collega's hebben in de behandeling ervaren wat zelfhulpgroepen kunnen betekenen voor cliënten. Ook staat behandeling in het teken van het bezoeken van zelfhulpgroepen.

Tevens stelt de organisatie een ruimte beschikbaar voor twee verschillende zelfhulpgroepen namelijk: 'Anonieme overeters' en 'Cocaine anonymous'. Het lijkt een beleidstechnische vraag waarom maar één afdeling zich zo specifiek richt op zelfhulp en veel andere afdelingen dit weinig tot niet doen. Dit vraagstuk lijkt meer dan relevant voor beleidsmakers aangezien er een specifieke vraag over doorverwijzing naar zelfhulp aan gewijd wordt in de CQI, namelijk: "kreeg u informatie over cliëntenorganisaties en/of zelfhulpgroepen?". De Consumer Quality Index (CQi) GGZ & VZ is een vragenlijst die cliënten na afloop van behandeling wordt gegeven om de kwaliteitsaspecten te meten van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (zorginzicht, 2019).

3.3 Develop/deliver fase

3.3.1 Prototype

In de laatste fase van het onderzoek gaat het om de uiteindelijke ontwikkeling. Er zijn drie producten ontwikkeld, namelijk: een document met aanbevelingen, de infographic en het implementatieplan (zie hoofdstuk 4). Voor de infographic is een prototype ontwikkeld.

3.3.2 Opdrachtgever (1ste evaluatie)

De eerste evaluatie van de producten, oftewel de uitkomsten van het onderzoek, is gehouden in een overleg met de opdrachtgever. Tijdens dit gesprek is het prototype gepresenteerd. De opdrachtgever gaf aan enthousiast te zijn over de resultaten. Verder is er een plan gemaakt voor de vervolgstappen. Hierin is gezamenlijk besloten om feedback te verzamelen onder collega's.

Ook is afgesproken om een samenwerking aan te gaan met de communicatieadviseur van Terwille voor de vormgeving en inbedding.

3.3.3 Tweede evaluatieronde

Om van het prototype een bruikbaar product te maken, is een tweede evaluatieronde gehouden. Het prototype is gemaild naar collega's (betrokken bij het onderzoek) en er is rondgevraagd op de hoofdlocatie of ze het prototype van feedback kunnen voorzien. Er zijn punten benoemd over de stijl en de inhoud. Deze feedback is meegenomen in het gesprek met de communicatieadviseur en is doorgevoerd.

3.3.4 Vormgeving product

Voor de vormgeving van de infographic is een afspraak gemaakt met Nienke van Kasteel, communicatieadviseur bij Terwille. Tijdens dit gesprek is het prototype van feedback voorzien. Het doel was om de infographic gebruiksvriendelijk te maken. Er is gekozen voor de Terwille huisstijl, zodat het herkenbaar en bruikbaar is, wat de kans op inbedding vergroot. Het product is klaar voor lancering op Terwiki (online platform van Terwille) en de T-schijf (digitale omgeving voor personeel van Terwille).

3.3.5 Afronding

Op dit moment liggen er een drietal bruikbare producten klaar op de afdeling Public Relations en bij de opdrachtgever. In de afrondingsfase rest alleen nog een goedkeuring vanuit het management. Wanneer deze beslissing is gemaakt kan de lancering beginnen!

Hoofdstuk 4. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd wat de vervolgstappen voor de organisatie zouden kunnen zijn, nu het onderzoek tot een einde is gekomen. Daarnaast worden algemene aanbevelingen gegeven en aanbevelingen specifiek voor de infographic en het implementatieplan (de producten). Als laatste wordt weergegeven wat de verwachte resultaten kunnen zijn bij het inzetten van het advies en tot welke (gewenste) situatie dit zou kunnen leiden.

4.1. Hoe nu verder?

Het advies komt voort uit een probleem dat breder is dan alleen binnen Terwille. Wenselijk zou zijn dat er een bredere samenwerking gezocht wordt, met bijvoorbeeld de gemeente, wij-Groningen, zorgverzekeraars en andere vergelijkbare ggz-organisaties. Wanneer meerdere organisaties met elkaar een samenwerking opzoeken, kunnen de aanbevelingen tot structurele veranderingen leiden in het zorglandschap. Dit zou kunnen betekenen dat verschillende organisaties/instanties op een andere manier naar zorgtrajecten gaan kijken, zodat er meer inclusief gedacht wordt over professionele en niet-professionele hulp.

4.2. De aanbevelingen

4.2.1. Algemene aanbevelingen voor Terwille

- ❖ Inzetten op het ontwikkelen van een samenwerking met de wereld van de zelfhulp/zelfhulpgroepen, denk hierbij aan:
 - het uitnodigen van de contactpersonen van zelfhulpgroepen uit de regio;
 - de mogelijkheid bieden aan zelfhulpgroepen om voorlichtingen te geven binnen Terwille;
 - het specifiek meenemen van de cliëntenraad in deze samenwerking.
- ❖ Zorgdragen voor juiste informatie over zelfhulp binnen de digitale omgeving, denk hierbij aan:
 - het aanstellen van een functionaris voor het up-to-date houden van informatie over zelfhulp;
 - het delen van informatie over zelfhulp op Terwiki en de T-schijf;
 - het zorgdragen voor de vindbaarheid van de informatie richting het personeel;
 - het aankondigen van nieuwe informatie richting personeel.
- ❖ Scholing personeel, denk hierbij aan:
 - het implementeren van de informatie over zelfhulp in de huidige vierdaagse basiscursus voor nieuwe werknemers;
 - het structureel terug laten komen van kennis over zelfhulp(groepen) binnen de lopende deskundigheidsbevorderingen;
 - speciale aandacht voor informatie over zelfhulp bij de telefonische hulpdiensten: de front-desk, de telefonische hulpdienst (THD), de zorgbemiddeling en de bereikbaarheidsdienst.
- ❖ Onderzoek naar de rol van ‘Support Workers’ (bruggenbouwers tussen de professionele hulp en de zelfhulp) in de organisatie.
- ❖ Het verder onderzoeken van andere vormen van nazorg.

4.2.2. Infographic (zie document 'Producten')

- ❖ Inzetten infographic als interventie in behandeling, denk hierbij aan:
 - het vindbaar maken van de infographic op verschillende locaties (zoals de wachtruimte op de hoofdlocatie en de woonlocaties);
 - het specifiek benoemen van de infographic tijdens de intake als mogelijk extra support voordat de behandeling start;
 - het specifiek inzetten als tool binnen de pre-DBC groep;
 - het specifiek inzetten als tool binnen het beschermd wonen;
 - het specifiek inzetten als tool binnen de terugvalpreventiegroep;
 - het specifiek inzetten als tool aan het einde van de behandeling, als vorm van nazorg;
 - het bespreekbaar maken van de eventuele 'drempel' om een zelfhulpgroep te bezoeken, vanwege spanning of schaamte (zie persoonlijke ervaring in bijlage 9, 'De eerste meeting').

4.2.3. Implementatieplan (zie document 'Producten')

Het aanstellen van in ieder geval twee functionarissen (wellicht in samenwerking met de cliëntenraad) die minimaal twee keer per jaar samenkomen en actiepunten opstellen, waarmee veranderingen gerealiseerd kunnen worden, ten aanzien van de samenwerking met zelfhulpgroepen. Wenselijk voor dit team is dat ze samenwerking zoeken met de cliëntenraad en verantwoording afleggen bij een teamleider, zodat deze terugkoppeling kan doen richting het management.

4.3. Gewenste situatie en beoogde resultaat

De doelstelling van dit kwalitatieve onderzoek is om de verslavingszorg binnen Terwille een advies te geven over de mogelijkheden/kansen na afloop van een ingezet behandeltraject, om op die manier betere (na)zorg te bieden. Hierdoor kan een eventuele terugval in middelengebruik of verslavingsgedrag bij uitgestroomde cliënten worden teruggebracht of voorkomen'. Bovendien kan er een afname in heraanmeldingen plaatsvinden, met als gevolg dat wachttijden en -lijsten afnemen.

De aanbevelingen, infographic en het implementatieplan zijn allemaal bedoeld om de afstand tussen de zelfhulpwereld en de professionele wereld te verkleinen. Zodra deze werelden, die nu vaak nog volledig op zichzelf staan meer gaan samenwerken zou dit ten goede komen aan alle mensen die gebruik maken van één of beide vormen van zorg.

Als we inzoomen op de situatie bij Terwille zal het beoogde resultaat vooral zijn dat de organisatie betere informatie biedt over de mogelijkheden met betrekking tot zelfhulp. Wenselijk zou zijn dat alle personeelsleden basiskennis hebben over de verschillende vormen van zelfhulp, zodat cliënten gericht doorverwezen kunnen worden wanneer cliënten op een wachtlijst terecht komen, als cliënten met een behandeling starten en/of als behandelingen afgerond worden.

Tevens weten professionals en leden van zelfhulpgroepen elkaar beter te vinden. In deze gewenste situatie is het zorglandschap meer verweven en kan er sneller gereageerd worden wanneer er een hulpvraag ligt die door één van de werelden niet opgelost kan worden.

Uiteindelijk zal de verbeterde samenwerking invloed kunnen hebben op de vele cliënten die na een behandeling weer zorg nodig (dreigen te) hebben (zie doelstelling hierboven). De aanbevelingen spelen daarmee in op de verschillende kritieke momenten in het huidige zorgtraject en de periode wanneer het zorgtraject eindigt, zie locus of control in bijlage 2 ‘Doelenboom’. Uiteindelijk zullen zowel het professionele zorgtraject als het zelfhulptraject meer te bieden hebben en veel meer als een geïntegreerd zorgtraject te zien zijn.

Literatuurlijst

Augeo. (z.d.). *Psycho-educatie*. Augeo. Geraadpleegd op 10 mei 2023, van <https://www.augeo.nl/psycho-educatie>

BPSW. (2021). *Beroepscode voor professionals in sociaal werk*. BPSW. Geraadpleegd op 04 maart 2023, van <https://www.bpsw.nl/app/uploads/BPSW-Beroepscode-2021.pdf>

Dammers, M. (z.d.). *Voorkom terugval*. Geraadpleegd op 07 maart 2023, van <https://solutions-center.nl/voorkom-terugval-2/>

Dijkstra, P. (2014). *Sociale psychologie. Inzicht in sociale relaties*. Amsterdam: Boom uitgevers.

Hazelden Betty Ford Foundation. (2018). *The Serenity Prayer and Twelve Step Recovery*. Hazelden Betty Ford Foundation. Geraadpleegd op 28 april 2023, van <https://www.hazeldenbettyford.org/articles/the-serenity-prayer>

GGZ. (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: Focus op preventie en herstel*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://docplayer.nl/1420687-Een-visie-op-verslaving-en-verslavingszorg-focus-op-preventie-en-herstel-visie-document-201.html>

Narcotics Anonymous. (2023). *De Twaalf Tradities van. NA*. Geraadpleegd op 28 april 2023, van <http://m.na.org/?ID=ips-nl-nl-trads>

NVVP. (z.d.). *Ambulantisering*. NVVP. Geraadpleegd op 17 mei 2023, van <https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/ambulantisering>

Korevaar, L. & Dröes, J. (2020). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Kruit, L. (2021). *Inzet van eigen ervaringen bij sociaal werk*. Groningen/Utrecht: Noordhoff.

Rigter, J. (2016). *Het palet van de psychologie. Stromingen en hun toepassingen in hulpverlening en opvoeding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Schaftenaar, P. (2018). *Contact gezocht. Een onderzoek naar relatiegericht werken in de klinische forensische psychiatrie*. Uitgeverij SWP.

Sociale kaart Nederland. (z.d.). *Routekaart voor het sociale domein*. Sociale kaart Nederland. Geraadpleegd op 10 mei 2023 van <https://www.socialekaartnederland.nl/sociale-kaart/voor-wie>

Steyaert, J., Kwekkeboom, R., & van der Meulen, M. (2014). *Gesteund door zelfhulp*. Movisie.

Terwille. (z.d.-a). *Missie en visie*. Geraadpleegd op 02 maart 2023, van <https://www.terwille.nl/over-terwille/missie-en-visie/>

Terwille. (z.d.-b). *Organisatie*. Terwille. Geraadpleegd op 02 maart 2023, van <https://www.terwille.nl/over-terwille/bestuur/>

Trimbos. (z.d.). *Cijfers: psychische gezondheid*. Geraadpleegd op 06 maart 2023, van <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz>

Van 't Veer, J., Wouters, E., Veeger, M. & van der Lugt, R. (2021). *Ontwerpen voor zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Walburg, J.A. (2014). *De GGZ staat voor grote uitdagingen en dat biedt kansen*. Geraadpleegd op 07 maart 2023, van <https://www.socialevraagstukken.nl/de-ggz-staat-voor-grote-uitdagingen-en-dat-biedt-kansen/>

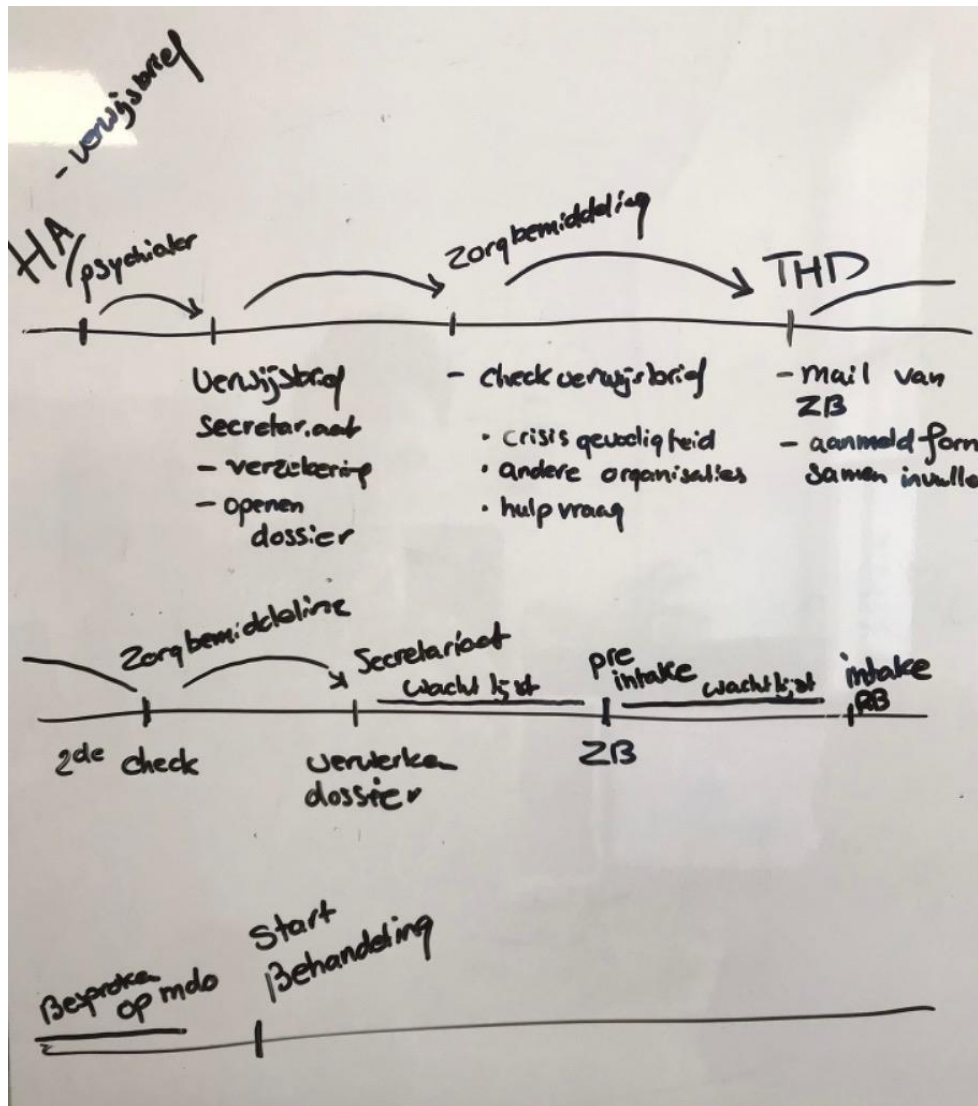
Wamel A., Croes E., Vugt van M. & Rooijen van S. (2014). *Prevalentie, zorgaanbod, effectiviteit en trends in de verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos.

Zorginzicht. (2019). *Overzicht van alle CQI- en PREM-vragenlijsten*. Zorginzicht. Geraadpleegd op 19 mei 2023, van <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/overzicht-van-alle-cqi--en-prem-vragenlijsten>

Bijlagen

Bijlage 1: 'Zorgtraject Terwille'

Op de foto, figuur 2 is het huidige zorgtraject van Terwille inzichtelijk gemaakt. Deze begint linksboven met een verwijsbrief van een huisarts (HA) of een psychiater. De verwijsbrief komt binnen bij de afdeling zorgbemiddeling. Hier wordt de eerste scan gemaakt op onder andere crisisgevoeligheid. Vervolgens moet er een aanmelding gedaan worden die doorgaans opgepakt wordt door de THD (telefonische hulpdienst). De verwijzing en aanmelding worden weer teruggestuurd naar de afdeling zorgbemiddeling. Het secretariaat verwerkt de aanmelding en er wordt een pré-intake en intake gepland. Op dat moment staat iemand op de wachtlijst. Na de intake wordt een dossier in het multidisciplinair overleg besproken om uiteindelijk gekoppeld te worden aan een behandelaar.



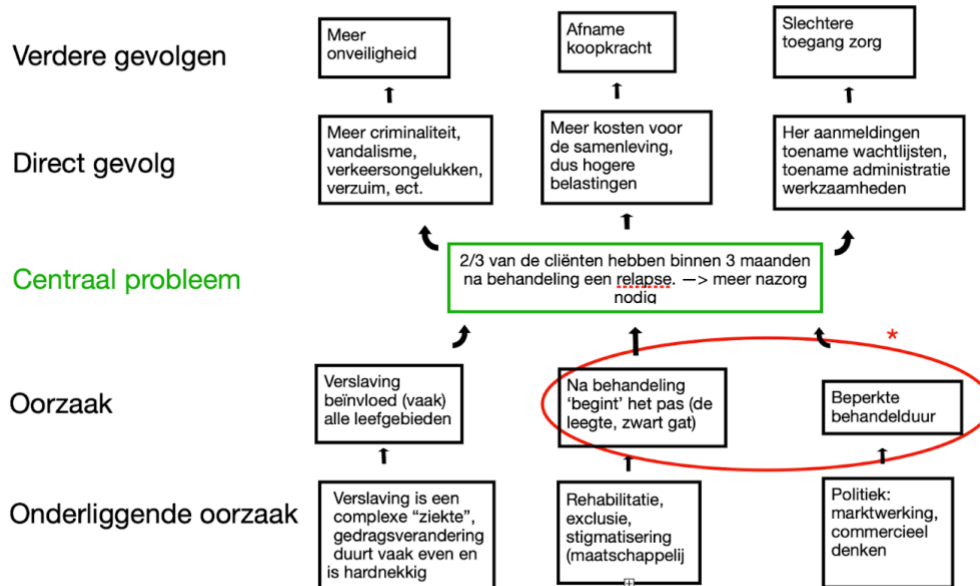
Figuur 2

Bijlage 2: 'Doelenboom'

Hieronder in figuur 3, staat de doelenboom weergegeven. In het midden staat het centrale probleem. Dit probleem is gekoppeld aan onze probleemstelling. Erboven staan de directe gevolgen van het probleem. Onder het centraal probleem staan de oorzaken.

De rode cirkel staat voor het beïnvloedingsgebied. Het advies of de producten kunnen een invloed uitoefenen op de periode na behandeling en de beperkte behandelduur. De locus of control staat in deze voor de mate van beïnvloeding. In de psychologie betekent interne locus of control dat men het gevoel heeft voor een belangrijk deel zijn of haar leven te kunnen beïnvloeden. Externe locus of control betekent precies het tegenovergestelde. Men heeft niet of minimaal het gevoel invloed te kunnen uitoefenen (Dijkstra, 2014).

Doelenboom



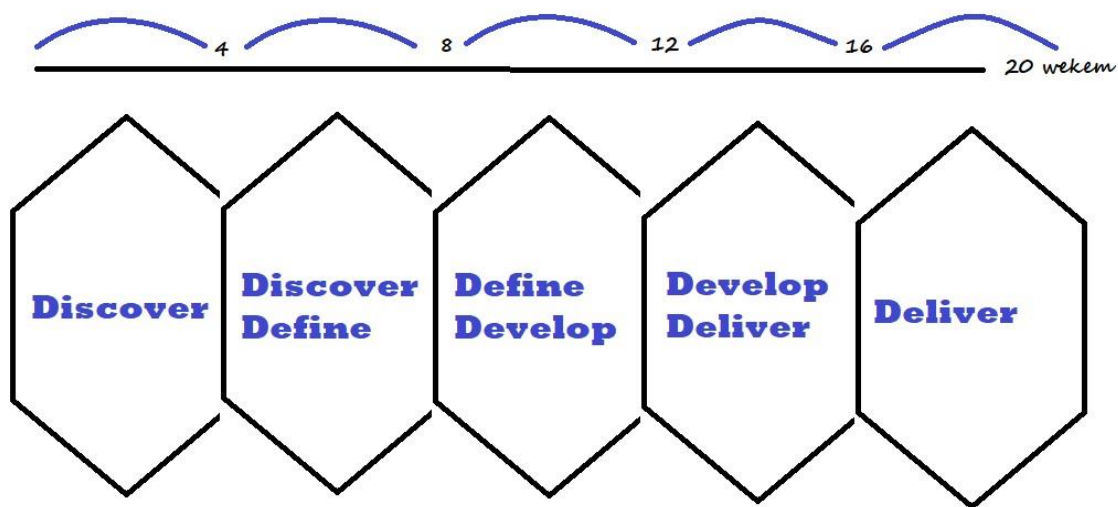
* Locus of control. Dit is waar het product vermoedelijk invloed op zou kunnen uitoefenen.

Figuur 3

Bijlage 3: 'Double diamond model'

Hieronder, in figuur 4 is het 'double diamond model' zichtbaar. Dit model bestaat uit vier fasen. Het onderzoek is gevoerd en beschreven vanuit deze fasen en begon bij de 'discover fase'. Na het ontdekken van de onderzoekscontext is geprobeerd om te definiëren in de 'define fase'. De vervolggelassen zijn gehouden in de 'develop fase'. Uiteindelijk is het prototype ook in deze fase ontwikkeld. De eind- en afrondingsfase heet 'deliver' (Van 't Veer et al. 2021). Verder is zichtbaar dat de verschillende fasen in elkaar overlopen.

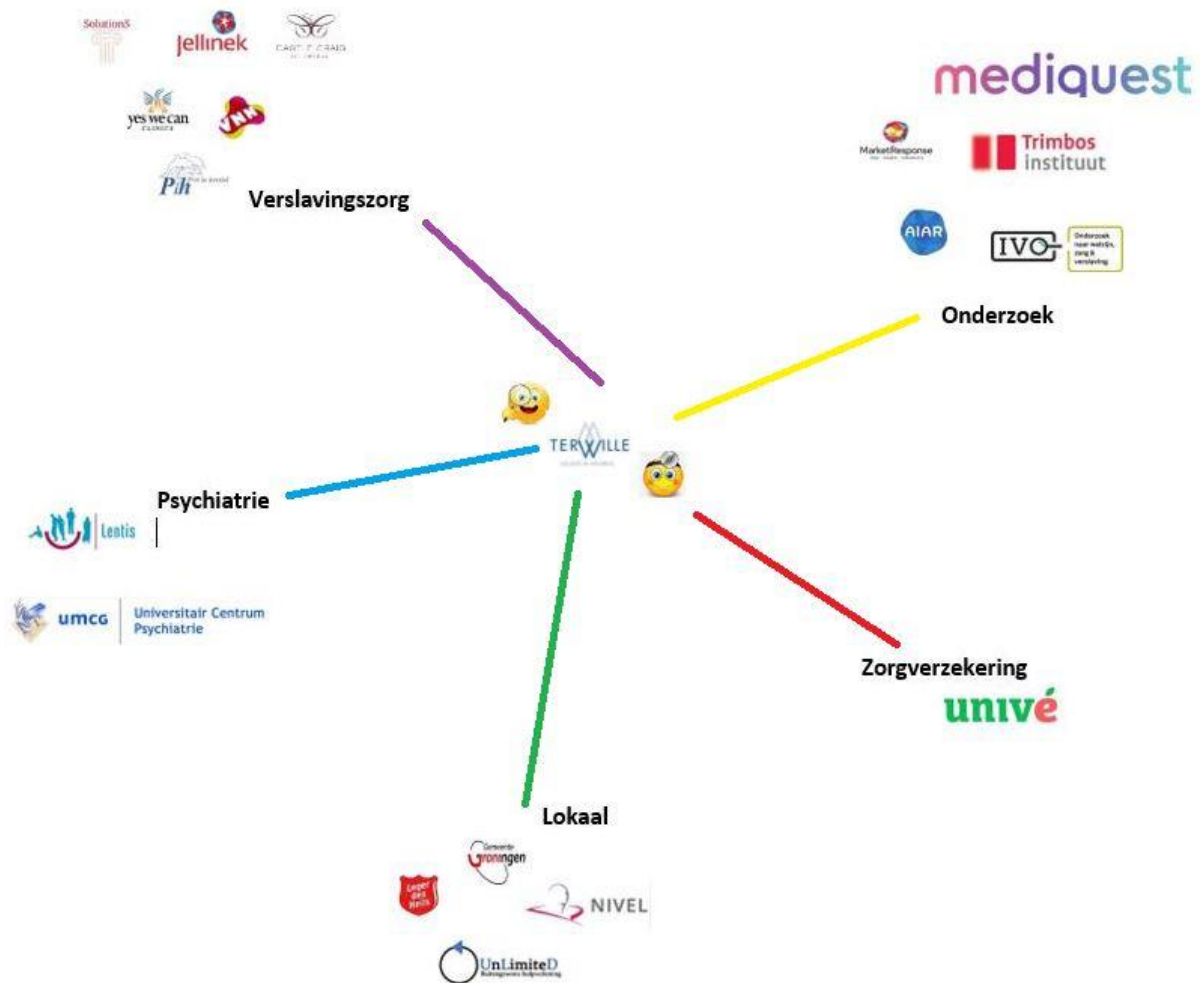
Er is een grove schets gemaakt van de projectweken en deze zoveel als mogelijk samen te voegen met de fasen uit het model.



Figuur 4

Bijlage 4: 'Organisatielandschap'

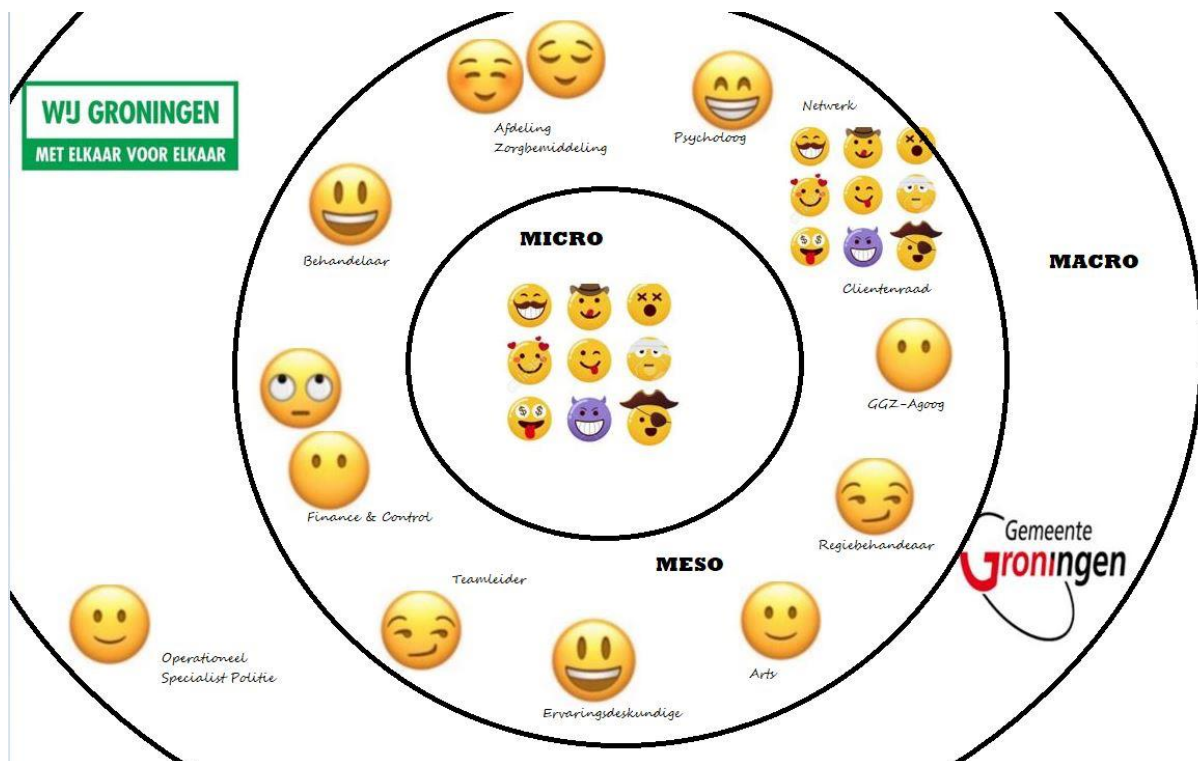
In figuur 5 staan alle externe organisaties waarmee geprobeerd is samen te werken. Dit begon met een mail over het onderzoek met een uitnodiging om hierover in gesprek te gaan. Uiteindelijk hebben een vijftal organisaties het onderzoek geholpen met informatie en sparringsmomenten.



Figuur 5

Bijlage 5: 'Keyplayer landschap'

Op figuur 6 staan alle belanghebbenden ofwel 'key players'. Deze mensen zijn onderverdeeld in drie verschillende niveaus. Het buitenste niveau betreft de (grotere) organisaties (gemeentelijk). Hier is ook de operationeel specialist van de politie bij gezet. Terwille zelf staat op meso niveau. Hier staan de verschillende collega's die betrokken zijn geweest bij het onderzoek. Verder is hier ook het netwerk van de cliënten weergegeven. De binnenring gaat over het microniveau, de cliënten zelf.



Figuur 6

Bijlage 6: ‘Analyse eerste gesprekken’

Binnen de organisatie (zie key player landschap)

1. Teamleider ambulant
2. Verslavingsarts
3. Behandelaar
4. Behandelaar
5. Psycholoog
6. Ervaringsdeskundige
7. Ervaringsdeskundige
8. Management assistant
9. Control and finance en functioneel applicatiebeheerder
10. Zorgbemiddeling
11. Creatieve therapeut

Buiten de organisatie (zie organisatielandschap)

1. Verslavingszorginstelling (geanonimiseerd)
2. Verslavingszorginstelling (geanonimiseerd)
3. Verslavingszorginstelling (geanonimiseerd)
4. Onderzoeksinstituut (geanonimiseerd)
5. Unlimited hulpverlening
6. Operationeel specialist, Politie Noord-Nederland

Samenvattingen van de gesprekken

1. **Beginsituatie** in kaart brengen, soort nulmeting doen. Onderzoek doen binnen team ambulant en alleen de kant van het zorgprestatie model (behandelingen).
2. Benaderd geen cliënten na behandeling. Cliënt hem ook niet. Wanneer cliënt uitstroomt zit een behandelingen nog vers in het geheugen. Iemand niet te snel na behandeling benaderen. **Follow up studie** eens bekijken.
3. **Onderhoudt** nog wel eens **contact** met cliënt na behandeling, dit is op **initiatief van cliënt**. Stel het gaat niet goed met cliënt, motiveert ze deze om weer een aanmelding bij de huisarts te gaan doen en om weer naar een **zelfhulpgroep** te gaan. Aanmelding duurt te lang en is onduidelijk. Inlooppreekuur, wat Terwille benaderbaar en **toegankelijker** maakt.
4. Laat aan sommige cliënten weten dat ze na behandeling **benaderbaar** is. Hierin maakt ze zelf een inschatting of dit werkbaar is. Deze vorm van contact is via whatsapp. Idee van een **nazorggroep** als tegenhanger van de **voorzorggroep**. Bij wie ligt de verantwoordelijkheid van zorg als een cliënt uit zorg is en contact zoekt waaruit blijkt dat iemand in crisis is. **Drempel laag leggen** voor contact na behandeling.

5. Inzichtelijk maken bij zorgverzekeraars dat **nazorg belangrijk is**. Uitnodigen voor een **terugkomdag** bij de Minnesotabehandeling. Idee is om cliënt te benaderen na behandeling via **anonieme E-hulp**. Hier is hulp niet op basis van zorgindicatie.
 6. Betrokken bij de **pre-DBC**. **Telefoondienst** kan iets betekenen in het benaderen van cliënt die uitgestroomd is. Ze onderhoudt zelf zo af en toe contact met oud cliënten op whatsapp.
 7. Stilstaan moment, vieren dat je uit zorg gaat. **Afscheidsmoment** maken met netwerk en behandelaar, met bijvoorbeeld een munt als aandenken. Onderhoudt geen contact met cliënt na behandeling.
 8. Gaat kijken welke cijfers inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Streven is om inzichtelijk te krijgen hoeveel mensen aan een behandeling beginnen en deze afmaken. Vervolgens kijken of inzichtelijk gemaakt kan worden wat redenen zijn van het stoppen van een zorgtraject. Streven is om verder inzichtelijk te maken welke cliënten herintreden in een zorgtraject. Deze cijfers willen we gebruiken om te zien of deze **in lijn zijn met de landelijke cijfers** van cliënten die vervallen in oude patronen na behandeling.
 9. Denk goed na over het motief van cliënt benaderen na behandeling. Er moet **geen verkeerd signaal** uitgezonden worden wanneer cliënt benaderd wordt. Bij meten naar resultaten kun je dit het beste doen met een **klanttevredenheidsonderzoek**, het liefst door een externe partij.
 10. De aanmeldprocedure inzichtelijk gemaakt. Idee om de **aanmelding op 1 dag** uit te voeren. Ook een aantal lagen uit de aanmelding verwijderen zoals de aanmelding van de aanmelding. En de afdeling telefonische hulpdienst die nu tussen het proces in staat.
 11. Onderkent dat veel cliënten na behandeling toch weer **terugvallen**. Ziet dat het niet makkelijk is om iemand die uit zorg is weer snel in zorg te krijgen als dat nodig is. Voelt wel iets bij het idee om het volledige traject wat meer in kaart te brengen en dit **inzichtelijk** te maken bij de cliënt die aan de start van de behandeling staat.
-
1. Afdeling communicatie: hebben ons vertelt dat ze **CQI** formulieren door cliënten laten invullen om de tevredenheid te meten. Deze lijst is standaard voor de GGZ. Sociaal psychiatrisch verpleegkundige: vertelt ons dat VNN gebruikt maakt van een **eenmalige contactmoment**. Deze schrijven ze weg onder WMO eenmalig contact. Dit kunnen ze op deze manier doen bij cliënten die niet langer in zorg zijn.
 2. Vertelde ons dat ze in het verleden oud cliënten benaderden via hun call center per telefoon. Hier zijn ze mee gestopt toen de **ROM lijsten** werden ingevoerd.
 3. Biedt verschillende **nazorg** in de vorm van een **kookgroep, ambulante hulp** en ook **sportmomenten**. Wat ze niet doen is als de **financiering stopt** nog hulp bieden of oud cliënten benaderen. Dit simpelweg omdat er geen geld voor staat. Wel zijn ze benieuwd of er mogelijkheden zijn in de periode na een zorgtraject. Ze **herkennen het signaal** dat er na een traject nog wel **hulp nodig** kan zijn.
 4. Voorzien van bruikbare bronnen die gaan over lopende of gedane onderzoeken met betrekking tot follow up oud cliënten na behandeling.
 5. Op **vrijwillige basis** worden cliënten geholpen na een begeleidingstraject. Dit is op basis van **inloop** op hun werklocatie. Als er dan behoefte blijkt te zijn in ondersteuning wordt dit gedaan zonder indicatie. Als een traject bij Unlimited stopt doen zij een melding naar WIJ Groningen. Verwijzen ook door naar de **sociale kaart**

6. **Lastig** om gegevens uit te wisselen tussen de **juridische en de zorg kant**. Zorgcoördinatoren spelen een centrale rol binnen de **signalering** van problematiek. Wanneer we gegevens van cliënten willen gebruiken hebben we daar **toestemming** voor nodig en als we dit willen delen met anderen hebben we daar wederom toestemming voor nodig.

Dikgedrukt staan de kernwoorden voor de inhoudsanalyse voor het vinden van overeenkomstige thema's.

Interne gesprekken

Setting

Binnen de organisatie is een elftal gesprekken gevoerd op verschillende locaties. Er is voornamelijk gebruik gemaakt van kantoorruimtes. Soms in het kantoor van desbetreffende respondent en anders een kantoorruimte die beschikbaar was. Ook zijn er gesprekken gevoerd in de wandelgangen, de kantine en bij de koffiecorner. Tevens is een interview afgenomen per telefoon met een collega. Sommige gesprekken hadden een iets meer informele sfeer dan andere gesprekken. Dit kwam enerzijds door de setting, en soms ook door de bestaande (werk)relatie. Er zijn gesprekken gevoerd die gepland waren en ongepland. Sommige aan de hand van een inleidende casus met een centrale vraag en andere gesprekken die meer spontaan ontstonden. Op deze manier zijn verschillende methoden ingezet om de onderzoeksresultaten krachtiger te maken. Van der Donk en van Lanen benoemen dit als: "methodische triangulatie" (2017, p. 47). Tegelijkertijd zijn de verschillende vormen van interviews op verschillende plekken ook van invloed op de betrouwbaarheid. Er kunnen makkelijk verstoringen plaatsvinden die van invloed zijn op de betrouwbaarheid van de verkregen antwoorden. Gesprekken gevoerd met een collega die op goede voet met de interviewer is levert andere resultaten dan met een collega die meer op afstand staat.

Gesprekken

Er zijn gesprekken gevoerd met zo veel mogelijk verschillende disciplines om op die manier zoveel mogelijk verschillende visies te verzamelen in het onderzoek. De aanname was dat als er alleen behandelaren bevroegd waren, het ook vergelijkbare resultaten zou opleveren. Dit is te zien in de resultaten. Iedere discipline keek op zijn of haar eigen manier aan tegen de huidige situatie en het onderzoek.

De gesprekken waren ongestructureerd vanwege het niet hebben van vaste vragenlijsten. Wel is er een terugkomende centrale vraag namelijk: 'benader jij een cliënt wanneer deze uit behandeling is?' Zo ja, vertel eens hoe dat gaat en waarom je dit doet, zo nee, waarom niet?

Deze vraag gaf inzicht in hoe verschillende collega's omgaan met oud cliënten na afloop van het zorgtraject.

Er is vooral gekozen voor het ongestructureerde karakter om op een laagdrempelige manier data te vergaren. De inschatting was dat op die manier veel meer informatie verkregen kon worden. Wellicht informatie en aanknopingspunten die met een gestructureerde vragenlijst niet aan bod zou komen. Daarnaast waren de gesprekken onbevangen en daardoor prettig voor zowel de interviewers als de geïnterviewden. Op deze manier was er weinig sturing naar bepaalde uitkomsten en kon er goed doorgevraagd worden bij bepaalde topics om deze verder uit te diepen.

Verder paste deze manier van gesprekken voeren goed bij de discover fase van het onderzoek, waarbij er zoveel als mogelijk geprobeerd is ‘onder te dompelen’ in de context zonder daarin al met de richting van het onderzoek of de resultaten bezig te zijn (Van ’t Veer et al., 2021).

Conclusie

Uit de verschillende gesprekken zijn veel verschillende ideeën verkregen, mede door de open vragen en het doorvragen op bepaalde onderwerpen. Van der Donk en Van Lanen noemen deze informatie of ideeën: “minder gestructureerde data, die je niet gemakkelijk in getallen kunt uitdrukken”. De (gefragmenteerde) informatie vervolgens bekijken voor het onderzoek wordt benoemd als “inhoudsanalyse” (2017, p. 243).

Een aantal van de genoemde ideeën uit de gesprekken zijn: maatschappelijk spreekuur, e-health, meer nadruk op afscheid en terugkomgroep/dag. Ook is er door de gesprekken inzicht verkregen in de aanmeldprocedure en afronding. Hier kwamen verschillende signalen dat deze procedure versimpeld kon worden en dat de wachttijd hiermee wellicht verkleind kan worden.

Vanuit de centrale vraag werd duidelijk dat sommige cliënten wel in contact blijven met de behandelaar en anderen niet. Het gaat hier om een persoonlijke inschatting en een zelfstandige keuze om dit te doen. Vanuit beleid is hier niets over afgesproken.

In de meeste gesprekken komen een aantal thema’s terug, namelijk laagdrempeligheid en toegankelijkheid. Dit vielen verschillende disciplines op dat hier nog winst te behalen valt voor de organisatie.

De thema’s toegankelijkheid en laagdrempeligheid zijn vervolgens vastgesteld zodat deze makkelijker gecodeerd konden worden uit de ongestructureerde interviews. De analysemethode die hierbij hoort is “thematisch coderen” (p. 246). Er zijn korte samenvattingen met betekenisvolle uitspraken op de vastgestelde thema’s genoteerd uit de interviews die uiteindelijk zorgen voor de mogelijkheid tot vergelijken of het zien van verbanden tussen de verschillende gesprekken (Van der Donk & van Lanen, 2017).

Extern

Setting

De externe gesprekken zijn gevoerd per telefoon, videobellen of per mail. Geen van de gesprekken is fysiek gevoerd. Hier is gebruikgemaakt van Teams. Op deze manier kon er eventueel ook lichaamstaal opgemerkt worden, wat weer relevant zou kunnen zijn voor vervolgvragen.

Gesprekken

De gesprekken die zijn gevoerd waren van kwalitatieve aard. De gesprekken bestonden voornamelijk uit open vragen, gevolgd door dieptevragen (Van der Donk & Van Lanen, 2017).

Net als bij de interne gesprekken is het onderzoek voorgelegd om te kijken of er aanknopingspunten te vinden waren. De gesprekken met externen waren wat formeler van aard dan de gesprekken met collega’s op de werkvloer. De gesprekken zijn veelal begonnen met een kleine voorstelronde (inleiding). Van der Donk en Van Lanen (2017) geven aan dat een goed interview bestaat uit drie delen namelijk: een inleiding, een kern en een slot.

De kern is gebruikt om de vragen te stellen waarvan verondersteld werd dat ze relevant zouden zijn voor het onderzoek. Na een gekregen antwoord is vervolgens veel gebruikgemaakt van de techniek parafraseren om te kijken of de interpretaties juist waren. Van der Donk en Van Lanen noemen dit ook wel “spiegelen” (2017, p. 200).

Conclusie

Vanwege de kwalitatieve en ongestructureerde aard van de gesprekken waren de uitkomsten erg verschillend. Dit maakt het analyseren een stuk lastiger (Van der Donk & van Lanen, 2017). De gesprekken hebben daarom vooral gediend voor eventuele richting bepaling voor het onderzoek wat mooi aansloot in de discover fase in het onderzoek (Van 't Veer et al., 2021). Elk gesprek gaf weer een klein stukje informatie, leverde een nieuwe kijk op de onderzoeksvragen of een bevestiging op de vastgestelde thema's. Vaak leverde dit vervolgens weer nieuwe vragen op. Soms was het gesprek bevestigend richting de ideeën die gevormd werden in het onderzoek. Het gesprek met een sociaal werker van verslavingszorginstelling gaf bijvoorbeeld een bevestiging dat de periode na een zorgtraject waardevol is om te onderzoeken omdat er eigenlijk niets voor deze periode ontwikkeld is en cliënten vaak nog wel ondersteuning nodig blijken te hebben. De landelijke cijfers ten aanzien van de effectiviteit van behandeling bevestigen deze ervaring.

Bijlage 7: ‘Analyse tweede gesprekken’

De tweede gesprekken zijn gevoerd door middel van het ‘futures wheel’. Op dit ‘wheel’ stonden vier potentiële scenario’s die besproken zijn met elf professionals uit verschillende disciplines en twee oud-cliënten uit de cliëntenraad.

Verder is een enquête gehouden onder acht cliënten die op dit moment in zorg zijn bij Terwille.

De analyse is tweeledig. De data zijn verwerkt in grafieken. Aan de hand van de grafieken zijn conclusies geschreven. Tevens bevatten de conclusies extra informatie die uit de gesprekken naar voren zijn gekomen. De extra informatie is opvallende en overeenkomstige data uit de verschillende gesprekken.

Om te beginnen is het ‘futures wheel’, de vier scenario’s met bijbehorende centrale vragen en thema’s ontworpen uit de oriënterende (eerste) gesprekken in de discover fase van het onderzoek.

De bedoeling van de scenario’s is om meer richting te geven in het onderzoek en concrete ideeën en kansen te vinden die kunnen aansluiten bij de doelstelling van het onderzoek.

Alle scenario’s zijn gericht op de fase na een behandeltraject, hebben invloed op de fase die de cliënt ingaat als hij de professionele hulpverlening achter zich laat.

De centrale vragen en thema’s zijn bedoeld om de data uit de gesprekken beter met elkaar te kunnen vergelijken en te linken.

Verder is besloten om het vierde scenario open te houden om ook in de tweede gesprekken ruimte te bieden voor kansen die over het hoofd gezien zouden kunnen worden.

Introductie

De gesprekken zijn gestart met een introductie over waar het onderzoek zich op dit moment bevindt en een korte terugkoppeling naar de eerste gespreksronde. Hier is benoemd dat naar aanleiding van de eerste gesprekken en analyse, de doelstelling veranderd is gezien er veel cijfers bekend zijn over hoe het met mensen gaat die een behandeltraject gevolgd hebben in de verslavingszorg. Na de analyse is bepaald, in overeenstemming met de opdrachtgever, dat deze landelijke cijfers toepasbaar zijn op de zorgtrajecten van Terwille.

In het midden van het ‘futures wheel’ staat dan ook het “probleem”, oftewel de doelstelling waar het onderzoek iets aan wil veranderen.

Vervolgens is na de introductie met de respondenten besproken wat het landelijke cijfer (2/3^{de} van de oud-cliënten heeft binnen drie maanden na behandeling een relapse) met hen doet.

Het cijfer besproken is een manier geweest om de respondent in het plaatje van het onderzoek te krijgen.

Scenario 1

Centrale vraag: “Is er binnen Terwille genoeg aandacht voor het afscheid?”

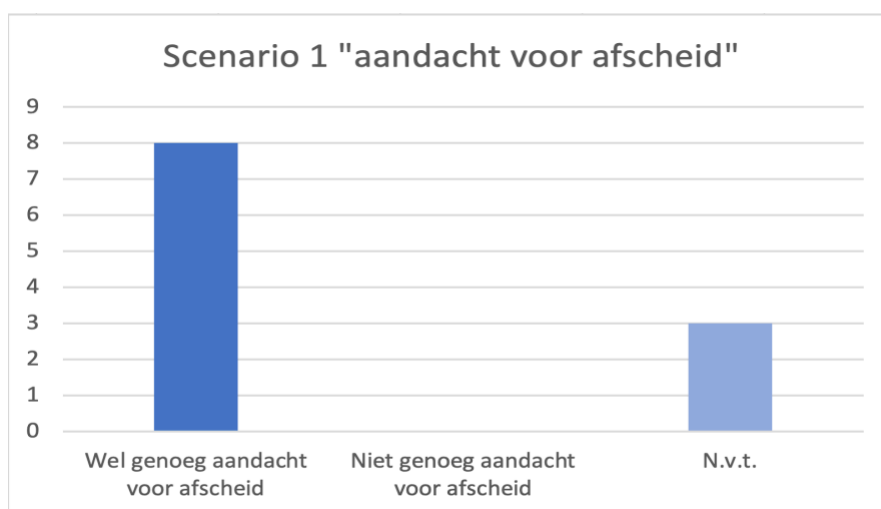
Thema’s: Oprechte aandacht en betrokkenheid

Wat opgevallen is bij het eerste scenario is dat er geen respondent is geweest die vindt dat er niet genoeg aandacht is voor het afscheid van een cliënt die uit behandeling gaat. Dit is ook terug te zien in de respondenten die vinden dat er genoeg aandacht is voor het afscheid (acht van de elf, grafiek 1).

Opmerkelijk in de data is dat verschillende respondenten benoemen dat het afscheid iets is wat maatwerk is. De ene cliënt wil hier aandacht voor hebben, andere cliënten liever niet.

Ook opvallend is dat er veel respondenten het terugvalpreventieplan benoemen als eis voor een (goed) afscheid. Als laatste is opgevallen dat een aantal respondenten benoemen dat ze cliënten na een behandeling wel terug zouden willen bellen om te kijken hoe het met hen gaat. Tevens wordt hier benoemd dat deze mensen vinden dat dit in de organisatie vastgelegd moet worden omdat er een kans bestaat dat ze er alleen voor komen te staan als een terugbelactie betekent dat ze een cliënt spreken die in crisis verkeert.

In dit scenario geven de leden van de cliëntenraad aan dat er aandacht voor het afscheid is geweest. Wat ze vooral fijn gevonden hebben is dat het traject niet zomaar eindigde maar dat er een rustige afname in behandelintensiteit is geweest. Ook dit is iets wat meerdere professionals aangaven als belangrijk bij het afsluiten van een dossier.

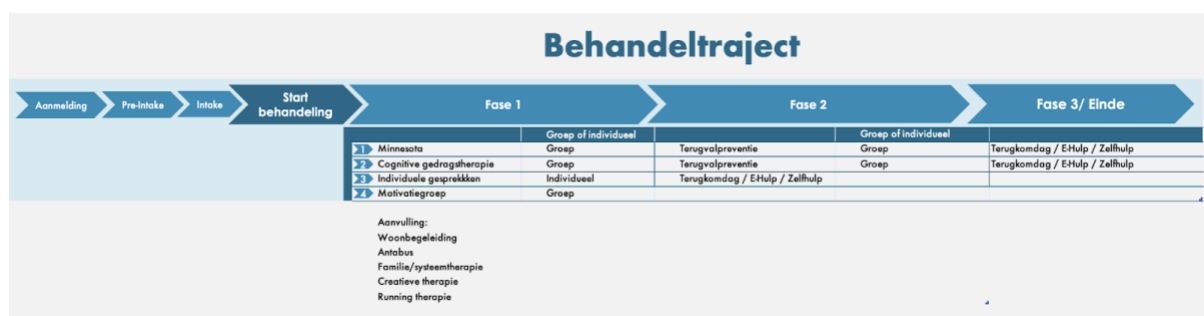


Grafiek 1

Scenario 2

Centrale vraag: "Wat betekent het voor de cliënt en zijn welzijn als er vanaf begin meer inzicht komt in het volledig traject?"

Thema's: Gelijkwaardigheid en regie



Figuur 7

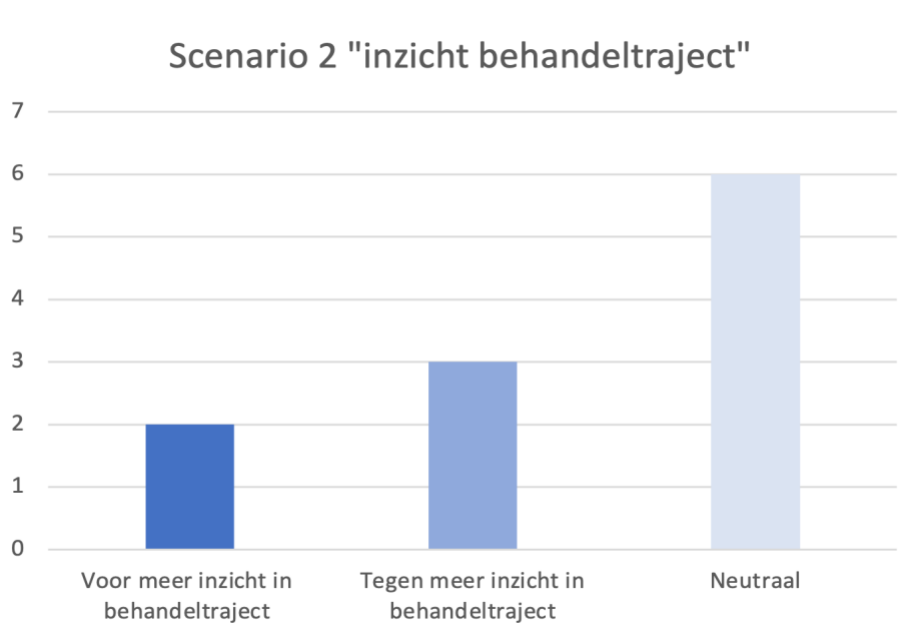
Het ontwerpidee om de verschillende trajecten meer inzichtelijk te maken, zie figuur 7 hierboven.

In dit scenario is opgevallen dat meer duidelijkheid in een behandeltraject voor gemengde gevoelens zorgt bij de respondenten. Dit werd vooral omschreven dat zorgtrajecten nou eenmaal lastig

vastomlijnd kunnen worden en een traject eigenlijk bijna altijd anders loopt dan vooraf gepland. Verder werd benoemd dat er cliënten zijn die het prettig zouden vinden om hier meer “controle” en inzicht op te hebben en dat er ook cliënten zullen zijn die dit lastiger zouden vinden.

In de resultaten is dit ook terug te zien aan de hoeveelheid respondenten die op neutraal staan, zie grafiek 2. Ook opvallend is dat meerdere respondenten benoemen dat deze versplintering in zorgaanbod ook bij de organisatie past. “Binnen Terwille kun je eigenlijk elke kant op en is er van alles mogelijk”.

Ook de cliëntenraad gaf aan dat ze een duidelijke stem hebben gehad in de keuze van behandelingen en daarmee regie hebben ervaren.



Grafiek 2

Scenario 3

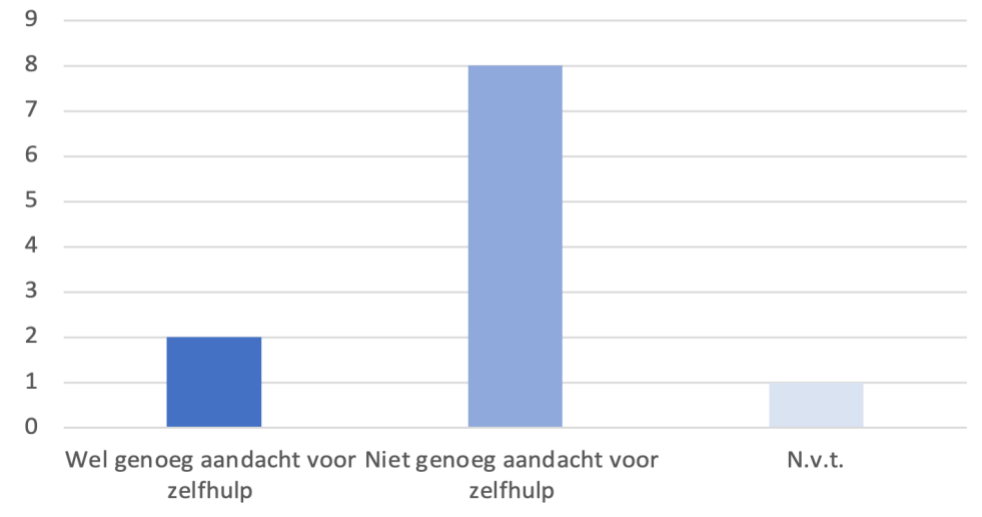
Centrale vraag: “Is er tijdens het traject genoeg aandacht voor zelfhulp/lotgenotengroepen?”

Thema's: Laagdrempeligheid en herstel

Dit is een scenario waar vrijwel alle respondenten enthousiast van werden, zie grafiek 3. Opvallend is dat de meeste respondenten zien dat hier winst te behalen is. Deze winst is in de vorm van een cliënt beter voor kunnen lichten over de wereld van zelfhulp. Daarnaast geven de meeste respondenten aan dat ze er zelf te weinig over weten om deze informatie goed te kunnen bieden. Wat bijzonder is, is dat de respondenten hier ook behoefte aan lijken te hebben maar niet goed weten waar te beginnen.

Verder is duidelijk dat de respondenten die betrokken zijn of zijn geweest bij de Minnesotabehandeling cliënten wel duidelijk stimuleren om naar zelfhulpgroepen te gaan. Hier lijken ze met de Minnesotabehandeling-ervaring zelf duidelijk overtuigd te zijn van het belang van zelfhulp.

Scenario 3 "aandacht voor zelfhulp"



Grafiek 3

Scenario 4

Centrale vraag: "Wat zien wij over het hoofd?"

Thema's: geen

Tijdens dit scenario konden respondenten nog benoemen waar kansen lagen die over het hoofd gezien worden. Opvallend was dat eigenlijk alle respondenten geen input hadden in dit scenario. Wellicht was de koek op na uitgebreide gesprekken over de vorige drie scenario's.

Conclusie

Duidelijk is dat scenario drie het meeste draagvlak heeft onder alle respondenten. Iedereen geeft aan hier meer over te willen weten. De meeste geven aan dat hier winst te behalen valt. Verder zien sommige respondenten dat er wat mee gedaan wordt, maar dat er nog veel te leren valt. Als voorbeeld: de meeste respondenten kennen de Anonieme alcoholisten, maar geen een van de respondenten kent de Buitenveldert groep. Alle respondenten worden enthousiast als ze bedenken dat het een oplossing kan bieden wanneer cliënten uit een behandeling stromen gezien de complementariteit van de professionele wereld en de zelfhulpwereld.

Ook opvallend is dat bijna alle respondenten benoemen dat er door andere collega's binnen Terwille te weinig mee gedaan wordt. Iedereen ziet het nut van zelfhulp in, maar vraagt zich tijdens het interview af waarom deze kennis niet in huis is.

Ook de cliëntenraad geeft aan dat een vorm van zingeving in bijvoorbeeld zelfhulpgroepen bevorderend kan werken. Dit is iets wat ze zelf ervaren hebben en wat ze ook ervaren door een rol te spelen binnen de cliëntenraad.

Bijlage 8: 'Enquête'

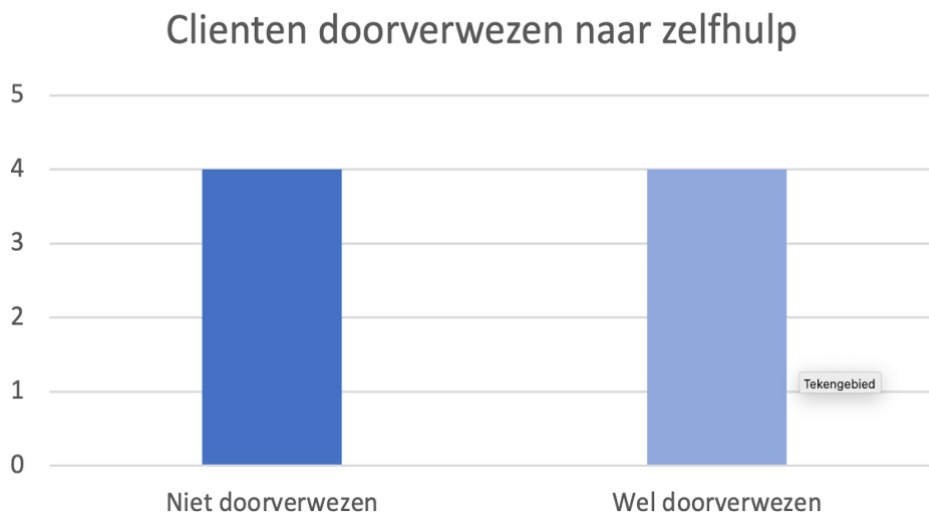
Uiteindelijk is de enquête gebruikt om inzichtelijk te maken hoeveel cliënten in behandeling weet hebben van de zelfhulpwereld.

Er is gekozen voor een aantal korte vragen. Eerst werd om toestemming gevraagd en kort uitgelegd waar de enquête voor diende. Hierop volgden drie vragen. De eerste om te checken of iemand in behandeling zit bij Terwille. Als deze bevestigd werd, was de vervolgvraag of er tijdens de behandeling ook zelfhulpgroepen ter sprake zijn gekomen. Bij een 'ja' was er een oriënterende vraag hoe dit is gegaan. Bij een 'nee' kwam een vervolgvraag of hier ook behoefte voor is.

Van tevoren is besloten om geen selectie te maken van respondenten maar op een middag random cliënten van welke behandelaar dan ook te bevragen. Hier is voor gekozen om echt steekproefsgewijs te werken en om de enquête zo betrouwbaar en valide mogelijk te maken.

Opvallend is dat de helft van de respondenten aangeven dat zelfhulpgroepen ter sprake zijn gekomen tijdens de behandeling, zie grafiek 4. De andere helft geeft aan dat ze geen kennis hebben genomen van deze zelfhulpwereld en ook niet weten wat het inhoudt maar hier wel in geïnteresseerd zijn.

Waardevol om te benoemen is dat bij de respondenten die wel zijn "doorverwezen" naar zelfhulp, de helft van de respondenten de Minnesotabehandeling gevolgd had. Deze behandeling staat namelijk in het teken van het bezoeken van zelfhulpgroepen.



Grafiek 4

Bijlage 9: ‘De eerste meeting’

Voor het onderzoek heb ik kennis gemaakt met de zelfhulp en in het specifiek met de Narcotics Anonymous. Deze groep is gebaseerd op de 12 stappen van de AA (anonieme alcoholisten). Bij deze open NA meeting mogen mensen zonder een verslaving, maar met interesse in de zelfhulp of in verslaving, als bezoeker aansluiten. William en ik hebben ons bij de maandag avond groep aangesloten. Bij voorbaat merkte ik op dat de stap naar een zelfhulpgroep best groot kan zijn. Waar vind je een groep en hoe benader je deze? Ik vroeg me af hoe het eruit zou zien. Zou de groep iets van mij verwachten? Een bepaalde bijdrage?

Over de verwachtingen

“NA Traditie 3: Het enige vereiste voor lidmaatschap is het verlangen om te stoppen met gebruiken.”

Over de bijdrage

Ieder lid is geheel vrij om een bijdrage te leveren. “NA Traditie 7: Iedere NA-groep behoort geheel in eigen behoeften te voorzien en bijdragen van buitenaf af te wijzen” (Narcotics Anonymous, 2023).

Van tevoren heb ik mij door het onderzoek al meer verdiept in de wereld van de zelfhulp. Dit hielp bij het schetsen van een beeld van deze meeting, maar toch bleef ik een aantal vragen hebben. William heeft ervaring met deze groep en heeft mij het een en ander vertelt, maar liet mij vooral zelf ervaren hoe het is om bij een zelfhulpgroep aan te sluiten. Bij aankomst stond er een groepje mensen buiten (*die binnen de meeting “fellows” en “fellas” worden genoemd*). Ik stelde mezelf voor door iedereen een hand te geven. Vrij snel werd gevraagd of ik bezoeker was of dat ik voor de eerste keer aansloot. Ik vertelde dat ik bezoeker was. Er kwamen meer mensen aangelopen en deze gaven elkaar bij begroeting allemaal een knuffel, mij ook. Dit is een normale vorm van begroeten binnen de groep. Eenmaal binnen raakte ik al vrij snel met iemand in gesprek. Ik vertelde hem dat mijn reden van komst te maken heeft met een onderzoek naar de wereld van zelfhulp in combinatie met de periode na behandeling. Zijn eerste reactie was om te vertellen hoe de professionals geen onderdeel moeten worden van de meetings, omdat deze door en voor lotgenoten opgezet is en in stand gehouden wordt.

NA Traditie 6: “Een NA-groep behoort nooit aanverwante voorzieningen of andere ondernemingen te steunen, te financieren of de NA-naam te verlenen, opdat geld-, eigendoms-, of prestige problemen ons niet van ons hoofddoel afleiden.”

NA Traditie 8: “NA-Anonieme Verslaafden dient voor altijd niet-professioneel te blijven, maar onze dienstencentra mogen wel beroepskrachten in dienst hebben.”

NA Traditie 9: “NA als zodanig behoort nooit georganiseerd te worden, maar wij mogen wel dienstraden of comités creëren die direct verantwoording schuldig zijn aan hen die zij dienen” (Narcotics Anonymous, 2023).

Dit is niet de insteek van ons onderzoek, voegde ik toe. We spraken over hoe de groep hem helpt in het leven. Iedereen had inmiddels koffie of thee in handen en de meeting kon beginnen. Er werden verschillende kaarten voorgelezen met informatie over de NA-meeting en afspraken tijdens en na de meeting. Een onderdeel is – zoals de naam van de groep al laat zien – anonimiteit.

NA Traditie 12: “Anonimiteit is de spirituele grondslag van al onze tradities; dit herinnert ons er steeds aan principes boven persoonlijkheden te plaatsen” (Narcotics Anonymous, 2023).

Vervolgens ging de voorzitter van de meeting vragen of bezoekers of nieuwkomers zichzelf willen voorstellen met zijn of haar naam. Ik zei mijn naam en werd door de groep verwelkomd. In koor deden ze dit, iets wat veel gebeurt in de groep. Na deze ronde werden de cleantijden opgenoemd (de totale duur dat iemand middelvrij is). Als iemand de hand opstak werd er geapplaudisseerd. In het midden van de meeting was er tijd om dingen te delen, waarbij niemand elkaar onderbreekt. Men begint dan met “Ik ben (voornaam) en ik ben verslaafd”, waarna ze vertellen wat hen bezighoudt in het leven. Dit wordt gedaan zonder de middelen bij naam te noemen, omdat dit een trigger kan zijn. De eerste persoon vertelde dat ze al zeventien jaar nuchter was en wat de groep voor haar betekend heeft en nog steeds betekent. Mooie momenten en positieve dingen is iets waar meerdere mensen over vertelden, maar ook over de dagelijkse moeilijkheden die ze tegenkomen (door verslaving). Deze verhalen lieten mij zien dat de leden uit de groep elkaar steunen. Dit is ook terug te zien bij een man die tijdens de meeting liet weten dat hij recentelijk is teruggevallen, nadat hij ruim negen maanden clean was. Iedereen zit dus in zijn of haar eigen proces, met als overeenkomst dat iedereen een verslaving heeft en opzoek is naar een andere manier van leven (leven in herstel). De meeting werd afgesloten met de Serenity prayer, een gebed geschreven door Amerikaanse theoloog Reinhold Niebuhr (Hazelden Betty Ford Foundation, 2018), waarbij we opstonden en deze hand in hand uitspraken. Na het gebed gaf men de personen waarnaast ze stonden een knuffel en werd er na gekletst. In het midden van de ruimte stond een tafel met folders en een aantal boeken, wat literatuur over de NA-meeting bevatte.

Wat betekent dit voor het onderzoek?

Ik heb gezien dat er mensen zijn die al lang nuchter zijn en naar de meetings blijven gaan en ook mensen die na een periode van nuchterheid weer terug kunnen vallen, maar de meeting wel weer weten te vinden. Dit laat zien dat in welk deel van het herstelproces je ook zit, je altijd terecht kan bij een meeting. Het kan in die zin de professionele hulpverlening aanvullen. Dit omdat je daar vaak te maken hebt met wachtlijsten. Ook stoppen behandeltrajecten op een gegeven moment. Dit is iets wat niet hoeft te gebeuren binnen de wereld van de zelfhulp.

Vanuit mijn rol als onderzoeker heb ik ervaren dat het spannend kan zijn om voor een eerste keer naar een meeting te gaan. In die zin is het begrijpelijk dat een cliënt in een behandeltraject ook spanning zou kunnen ervaren om naar een eerste meeting te gaan. Deze spanning zou er vervolgens voor kunnen zorgen dat iemand de stap naar de wereld van zelfhulp te groot vindt zonder de juiste support.