



ONDERZOEKSRAPPORT

Optimalisering van het therapieprogramma
van Vincent van Gogh, afdeling Klinische
Detox/Stabilisatie en Diagnostiek, te Venlo.

Vincent
van
Gogh

voor geestelijke
gezondheidszorg

Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Auteurs

Iris ten Cate
Jolijn de Bruin
Sara Brouwers
Aukje Elbers

Onder begeleiding van
Amel Yahyaoui

In opdracht van
Jan Dael en Nicole Raedts
Vincent van Gogh

Dit onderzoek is verricht ten behoeve van het studieonderdeel 'Onderzoek en Innovatie' van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. In opdracht van Vincent van Gogh te Venlo, onder begeleiding van Jan Dael, Nicole Raedts en Amel Yahyaoui.

Auteurs:

Iris ten Cate 540566

Jolijn de Bruin 534842

Sara Brouwers 510422

Aukje Elbers 523001

Uitgegeven door: Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Plaats van uitgave: Nijmegen

Datum: 25 mei 2017



VOORWOORD

Wij zijn Iris ten Cate, Jolijn de Bruin, Sara Brouwers en Aukje Elbers, studenten aan de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Voor u ligt het onderzoeksrapport 'Optimalisering van het therapieprogramma binnen de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek te Venlo'. Dit onderzoek maakt inzichtelijk op welke manier de medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek het therapieprogramma binnen de afdeling kunnen optimaliseren. Dit onderzoek is in het voorjaar van 2017 uitgevoerd binnen Vincent van Gogh, een instituut dat specialistische geestelijke gezondheidszorg voor jongeren en volwassenen aanbiedt.

Dit rapport is geschreven in opdracht van Jan Dael en Nicole Raedts (Vincent van Gogh) in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Graag willen wij onze begeleiders Jan Dael, Nicole Raedts en Amel Yahyaoui (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen) bedanken voor hun begeleiding en ondersteuning. Daarnaast zijn Judith Duijkers, Tamara Schoof, Mieke Konings, Edith Rutten en verscheidene patiënten van Vincent van Gogh van grote waarde geweest voor dit onderzoek. Wij willen alle betrokkenen bedanken voor hun inzet en bijdrage.

Iris ten Cate, Jolijn de Bruin, Sara Brouwers en Aukje Elbers

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	Blz. 5
Aanleiding onderzoek	Blz. 6
Probleemanalyse	Blz. 6
Probleemstelling	Blz. 9
Hoofdstuk 1. Methode van onderzoek	
1.1 Onderzoeksbenadering	Blz. 10
1.2 Databronnen	Blz. 10
1.3 Betrouwbaarheid	Blz. 11
1.4 Validiteit	Blz. 11
1.5 Bruikbaarheid	Blz. 11
1.6 Triangulatie	Blz. 12
1.7 Onderzoeksontwerp	Blz. 13
Hoofdstuk 2. Resultaten	
2.1 Deelvraag 1	Blz. 15
2.1.1 Visie	Blz. 15
2.1.2 Biopsychosociaal model	Blz. 15
2.1.3 Cognitieve gedragstherapie	Blz. 15
2.1.4 Motiverende gespreksvoering	Blz. 16
2.2 Deelvraag 2	
Knelpunten	
2.2.1 Programma	Blz. 18
2.2.2 Sport en beweging	Blz. 19
2.2.3 Avondbesteding	Blz. 19
2.2.4 Detox	Blz. 20
2.2.5 Verslavingen scheiden	Blz. 20
2.2.6 Individuele contactmomenten met de begeleiding	Blz. 20
2.2.7 Interieur	Blz. 21
2.2.8 Diagnose uitslag	Blz. 21
2.2.9. Psycho-educatie bij dubbel diagnose	Blz. 21
2.2.10 Bezoekuren	Blz. 22
2.2.11 Persoonlijke tijd	Blz. 22
Succesfactoren	
2.2.12 Structuur	Blz. 22
2.2.13 Cognitieve gedragstherapie	Blz. 23
2.2.14 Creatieve therapie	Blz. 23
2.2.15 Koffiemomenten	Blz. 23
2.2.16 Motto-bespreking	Blz. 23

2.2.17 Psychomotorische therapie	Blz. 24
2.2.18 Medewerkers	Blz. 24
2.2.19 Groepsdynamica	Blz. 24
2.3 Deelvraag 3	
Knelpunten	
2.3.1 Geldmiddelen en tijd	Blz. 25
2.3.2 Groepsdynamica	Blz. 26
2.3.3 Betrokkenheid sociale netwerk	Blz. 26
2.3.4 Benadering	Blz. 27
2.3.5 Programmaonderdelen	Blz. 27
Succesfactoren	
2.3.6 Ervaringsdeskundigen	Blz. 28
2.3.7 Programmaonderdelen	Blz. 28
2.4 Deelvraag 4	
2.4.1 Behandelmethoden	Blz. 29
2.4.2 Motivatiestadia	Blz. 30
2.4.3 Hulpverleningsrelatie	Blz. 31
2.4.4 Analyse interviews	Blz. 31
2.4.5 Communicatie tussen medewerker en patiënt	Blz. 31
2.4.6 Op- en aanmerkingen over het therapieprogramma	Blz. 32
Hoofdstuk 3. Conclusie	Blz. 33
Hoofdstuk 4. Discussie	Blz. 35
Hoofdstuk 5. Aanbevelingen	Blz. 37
Literatuurlijst	Blz. 39

INLEIDING

Volgens De Graaf, Ten Have en Van Dorsselaer (2010) heeft 19,1% van de Nederlandse bevolking ooit wel eens te maken gehad met een middelenverslaving. "Een middelenverslaving brengt kosten voor de samenleving met zich mee. De maatschappelijke kosten van middelenverslaving worden geschat op ongeveer 2,6 miljard euro, waarbij circa 4,5% van de ziektekosten direct of indirect wordt veroorzaakt door alcoholverslaving. In 2014 heeft 13,5% van de Nederlandse bevolking hulp gezocht voor zijn verslaving" (Trimbos-instituut, 2014). Onderzoek van Morgan, Landron en Lehert (2004) toont aan dat behandeling bij middelenverslaving zorgt voor verbetering op verschillende levensgebieden zoals het maatschappelijk functioneren, het sociaal functioneren en de psychische gezondheid. Naast de verbetering op bovengenoemde levensgebieden streeft ieder individu naar participatie. "Het kunnen participeren in de samenleving is voor iedereen belangrijk, het geeft een gevoel van volwaardigheid. Hierbij gaat het niet alleen om deelname aan de samenleving, maar ook om werk, sociaal contact, activering en het leren van vaardigheden" (Movisie, 2010). Niet iedereen kan dit op eigen kracht, sommige mensen hebben hier hulp bij nodig.

De verslavingszorg in Nederland biedt hulp aan deze verslaafden. "Verslavingszorg is een gespecialiseerde vorm van geestelijke en lichamelijk gezondheidszorg. In Nederland zijn ongeveer vijftien instellingen voor gespecialiseerde verslavingszorg" (GGZ Nederland, z.d.-b). De verslavingszorg in Nederland is sinds de jaren 90 veranderd; er kwamen meer verslaafden bij omdat er nieuwe verslavende middelen op de markt kwamen zoals computerspellen, cocaïne, GHB, XTC en speed (Verslavingszorg, z.d.). Hierdoor is de verslavingszorg in Nederland een professionele organisatie geworden die niet alleen hulp biedt bij middelenverslaving, maar ook bij gedragsverslavingen zoals computerverslaving, gokverslaving en seksverslaving. Vincent van Gogh, instituut voor geestelijke gezondheidszorg, is een onderdeel van specialistische geestelijke gezondheidszorg in Nederland. "Vincent van Gogh is de grootste aanbieder van geestelijke gezondheidszorg voor jongeren en volwassenen in Noord- en Midden Limburg en in delen van Brabant" (Vincent van Gogh, z.d.). Vincent van Gogh biedt ondersteuning vanuit verschillende locaties met verschillende zorgbehandelingen zoals outreachend, poliklinisch, klinisch en topreferent.

Vincent van Gogh is naast het behandelen en begeleiden van patiënten, bezig met innovatie. Hierbij ligt de uitdaging in het versterken van het zorgstelsel en de kwaliteit van de zorg die wordt geboden. "Twee jaar geleden maakte Vincent van Gogh een meerjarenafspraak met VGZ en CZ om de zorgkosten terug te dringen en tegelijkertijd te innoveren" (Vincent van Gogh, z.d.). Uit de meerjarenafspraak is gebleken dat er nog onopgeloste vraagstukken liggen die betrekking hebben op de effectiviteit van de behandelingen en de wetenschappelijke kennis hierover. Vincent van Gogh is bereid om met een kritische blik te kijken naar eigen prestaties en mogelijkheden voor samenwerking met derden. Doordat Vincent van Gogh bereid is om met derden samen te werken aan innovatie, sluit het onderzoek aan bij de wensen en behoeften van zowel Vincent van Gogh als de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening. Het onderzoek sluit tevens aan bij de Beroepscode voor de Maatschappelijk Werker. Deze zegt het volgende: "De maatschappelijk werker werkt samen met anderen binnen en buiten de

eigen organisatie wanneer dit in het belang is van het hulpverleningsproces. In de samenwerking werkt hij mee aan een goede regie en afstemming van de hulpverlening en erkent hij de eigen aard en waarde van de bijdrage van anderen” (Buitink, 2010).

Aanleiding onderzoek

Medewerkers van Vincent van Gogh hebben verscheidene signalen van patiënten opgevangen. Om deze signalen te onderzoeken wordt er in opdracht van Vincent van Gogh een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek zal zich richten op het therapieprogramma van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek. Samen met de opdrachtgevers dhr. Dael en mevr. Raedts is besloten om het onderzoek te richten op patiënten en medewerkers die betrokken zijn of zijn geweest bij het therapieprogramma. Medewerkers signaleren dat sommige patiënten vroegtijdig stoppen met het therapieprogramma en hun behandeling afbreken, terwijl een juiste behandeling en het afronden daarvan essentieel is bij het herstel van een verslaving. Een ander signaal dat de medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek hebben opgevangen, zijn klachten van patiënten over het therapieprogramma. Patiënten geven bij medewerkers aan dat het therapieprogramma onvoldoende opgevuld is waardoor er verveling heerst bij de patiënten. Zij kunnen de motivatie niet vinden om het therapieprogramma, van gemiddeld negen weken, af te maken. De medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek vragen zich af of het therapieprogramma volledig aansluit bij de doelgroep en waar verbeterpunten in het therapieprogramma liggen.

Probleemanalyse

Het therapieprogramma is in 2012 opgezet door dhr. Dael, dhr. Knippenberg, dhr. Smits en mevr. Duijckers. Het bestaat uit een module van gemiddeld negen weken. Tijdens het intakegesprek wordt het aantal weken vastgesteld. Binnen het multidisciplinair team wordt tijdens de behandeling gekeken of het aantal weken korter kan of langer moet. De patiënten ontgiften van hun verslaving in de eerste en/of tweede week van het therapieprogramma. Ontgiften wordt ook wel detoxificatie genoemd. “Detoxificatie is een medische term voor het proces van ontwenning van het verslavende middel” (Castle Craig, 2017). Het doel van detoxificatie tijdens de eerste twee weken van het therapieprogramma is, door het gebruik van medicatie, klachten en symptomen zoveel mogelijk te bestrijden. Na de detoxificatie volgen de patiënten gemiddeld zes weken het vervolg van het therapieprogramma. In bijlage 1 ‘Schema behandelmodule Klinische Detox & Schema behandelmodule Stabilisatie en Diagnostiek’ vindt u een overzicht van het weekprogramma van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek. Uitval van patiënten wordt met name opgemerkt in de vijfde en zesde week van de behandeling (zie tabel 1.). De verpleegkundigen geven aan dat zij ervaren dat er in week vijf en zes een stijging is van patiënten die vroegtijdig met het therapieprogramma stoppen.

Tabel 1. *Uitval van patiënten, 2016*

Uitval therapieprogramma Stabilisatie en Diagnostiek					
Aantal weken van therapieprogramma	Week 4	Week 5	Week 6	Week 7	Week 8
Aantal uitgevallen patiënten	3	6	11	7	7

Opmerking. Gegevens afkomstig van afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek, Vincent van Gogh, Venlo.

In week vijf van het therapieprogramma vindt er een evaluatie plaats door het multidisciplinair team. Hierbij wordt er gekeken naar de voortgang van de patiënt en wat de bevindingen in het team zijn. Vervolgens wordt er gekeken welke vervolgbehandeling geschikt zou zijn. Dit is een advies en geen plicht. Een deel van de patiënten krijgt aansluitend op de detox een onderzoek en hieruit volgt eventueel een diagnose. Om tot een betrouwbare diagnose te komen, moet de patiënt een aantal weken abstinente zijn voordat er een betrouwbaar onderzoek plaats kan vinden. “Abstinentie is een vrijwillige onthouding van verslavende genotmiddelen zoals alcohol en/of drugs” (ANW, z.d.). Vervolgens wachten de patiënten op de uitslag. Het therapieprogramma wordt ondertussen niet onderbroken. Nadat eventueel een diagnose is vastgesteld wordt er samen met de patiënt gekeken wat hij op basis van deze diagnose verder nodig heeft. Gedurende de behandeling kan blijken dat er meer onderzoek nodig is, bijvoorbeeld een onderzoek op diagnostisch vlak of een intelligentieonderzoek. Door het inzetten van de juiste onderzoeken levert de afdeling zorg op maat. Vervolgens krijgen patiënten in week negen de uitslag van het onderzoek. Medewerkers signaleren dat enkele patiënten, terwijl ze op de uitslag van de diagnose wachten, vroegtijdig met het therapieprogramma stoppen.

Vóór het huidige therapieprogramma had de afdeling geen therapieprogramma, maar een kortdurende behandeling. De kortdurende behandeling duurde drie maanden, waarbij de eerste twee weken uit detoxificatie bestond. Dit werd vervolgd door gefaseerde behandeling. Door middel van gefaseerde behandeling worden cliënten stapsgewijs begeleid. Bij de gefaseerde behandeling kregen patiënten steeds meer dagbesteding en gingen zij stapsgewijs meerdere dagen op verlof. Tijdens de kortdurende behandeling werd er evaluerend onderzoek gedaan. Door middel van evaluerend onderzoek wordt het handelen en het functioneren van het team geëvalueerd. Daarnaast worden er organisatieontwikkelingen doorgesproken. “Evaluerend onderzoek is een systematische beoordeling waarbij nieuwe beslissingen kunnen worden gemaakt” (Donk & Lanen, 2013). Sinds de invoering van het huidige therapieprogramma is er geen evaluerend onderzoek meer gedaan. Hierdoor is het onbekend of het therapieprogramma voldoende aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënten. De signalen van ontevredenheid vanuit de patiënten en de uitval van patiënten zijn toegenomen en omwille van deze reden is het van belang onderzoek te doen naar het therapieprogramma.

De doelgroep waar het therapieprogramma zich op richt, betreft patiënten die ernstige bio-psychosociale problemen ervaren door afhankelijkheid van alcohol, drugs en/of medicatie. Zij vallen regelmatig terug in gebruik. Bij deze doelgroep zijn er beperkte tot geen mogelijkheden aanwezig om in de eigen leefomgeving abstinente te blijven. Dit komt omdat er sprake is van een thuissituatie die vooralsnog onvoldoende herstel bevordert (Vincent van Gogh, 2015). Door het vroegtijdig beëindigen van het therapieprogramma zijn patiënten onvoldoende stabiel, waardoor de kans op terugval in hun verslaving vergroot wordt. De patiënt kan door het hervatten van zijn verslaving zijn sociale omgeving belasten. Verstoring van sociale relaties is hier een gevolg van. Bij terugval in een verslaving kan een verslechtering of stopzetting van bestaande sociale relaties plaatsvinden. Met sociale relaties worden partners, ouders, kinderen, broers en zussen, vrienden, kennissen en familie bedoeld. Daarnaast kunnen schulden, financiële problemen, dakloos zijn en huiselijk geweld, zowel risicofactoren als gevolgen zijn van (terugval in) een verslaving.

Bovenstaand praktijkprobleem wordt door verschillende betrokkenen ervaren. Het multidisciplinair team van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek bestaat uit een klinisch psycholoog, psychiater, verslavingsarts, psycholoog, systeemtherapeut, verpleegkundigen, psychomotorische therapeut en een beeldend therapeut. Dit team biedt patiënten verschillende therapieën en methodieken aan. Tevens dragen de medewerkers van dit team ieder op eigen wijze bij aan het bevorderen van het herstel van de patiënten. Het gehele team heeft kennis van de effecten van middelenverslaving, de sociale, lichamelijke en psychische problematiek en het belang van het herstel in functioneren van de patiënt. Dit team is betrokken bij het praktijkprobleem omdat dit zich afspeelt tijdens het therapieprogramma. Uitval van patiënten en de ontevredenheid over het therapieprogramma brengen risico's voor de afdeling met zich mee. Deze risico's zouden financiële gevolgen voor de afdeling kunnen hebben. In het ergste geval zal de afdeling door financiële problemen moeten sluiten. Vanuit de opdrachtgever dhr. Dael is er gesignaleerd dat er binnen het team van de afdeling zorgen zijn over het behouden van werk. Daarnaast heeft een therapieprogramma dat niet optimaal aansluit bij de patiënt, een belemmerend effect op het team omdat de patiënt hierdoor niet gemotiveerd is om het programma af te ronden. Dit belemmert de doelstelling van de medewerkers, namelijk dat de kans op herstel het grootst is wanneer patiënten direct de juiste zorg krijgen.

PROBLEEMSTELLING

Op basis van de probleemanalyse heeft de onderzoeksgroep de volgende onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen beschreven.

Onderzoeksvraag

Hoe kan de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek het therapieprogramma optimaliseren zodat uitval van patiënten in de toekomst verminderd wordt?

Doelstelling

Dit onderzoek maakt inzichtelijk op welke manier de medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek het therapieprogramma binnen de afdeling kan optimaliseren aan de hand van de aanbevelingen die de onderzoeksgroep heeft beschreven.

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag heeft zijn er deelvragen opgesteld. Deze deelvragen hebben geholpen om structuur aan te brengen in dit onderzoek.

Deelvragen

1. Wat is de visie achter het therapieprogramma volgens de medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek?
2. Waar liggen de knelpunten en succesfactoren binnen het therapieprogramma volgens patiënten van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek?
3. Waar liggen de knelpunten en succesfactoren binnen het therapieprogramma volgens medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek?
4. Welke factoren zijn nodig zodat patiënten het therapieprogramma afronden?

In het eerste hoofdstuk van dit onderzoeksrapport wordt het praktijkprobleem dat Vincent van Gogh ervaart met betrekking tot het therapieprogramma geanalyseerd en zal een definitieve beschrijving van het praktijkprobleem geformuleerd worden. Na de analyse zijn de onderzoeksvraag, de doelstelling en de deelvragen geformuleerd. In hoofdstuk twee wordt de onderzoeksmethode beschreven, wat de totstandkoming van het onderzoek inzichtelijk maakt. In het derde hoofdstuk zijn de verzamelde data geanalyseerd vanuit zowel de praktijk als de literatuur. In hoofdstuk vier vindt u de conclusie. Daaropvolgend vindt u in hoofdstuk vijf de discussie en tenslotte vindt u in hoofdstuk zes de aanbevelingen.

HOOFDSTUK 1. METHODE VAN ONDERZOEK

1.1 Onderzoeksbenadering

Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering die zich richt op de belevingswereld van werknemers en de organisatie, door middel van hun interpretaties (Migchelbrink, 2013). Deze manier van onderzoek sluit het beste aan op de doelstelling, namelijk: het inzichtelijk maken op welke manier de medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek het therapieprogramma kunnen optimaliseren. De visies en meningen van respondenten zijn onderzocht door middel van interviews. Tevens is er literatuuronderzoek gedaan.

1.2 Databronnen

Om antwoord te geven op de vraagstelling, is gebruikt gemaakt van interviewresultaten en literatuuronderzoek. Deze fungeren als databronnen voor het onderzoek. Het gebruik van meerdere databronnen is een kwaliteitseis die betrekking heeft op triangulatie van dataverzamelingstechnieken (Migchelbrink, 2013). De onderzoeksgroep heeft interviews afgenomen met zowel patiënten als medewerkers. Met de term 'respondenten' worden patiënten en medewerkers aangeduid. De respondenten bestaan uit zeven patiënten en vier medewerkers. Dit betreft een afdelingsarts, een klinisch psychologe, een systeemtherapeute en een psychomotorisch therapeute. De medewerkers zijn allemaal vrouwen en de patiënten zijn zowel mannen als vrouwen. Deze respondenten zijn gekozen zodat er vanuit verschillende perspectieven antwoord gegeven kan worden op de vraagstelling. De namen van de respondenten zijn in de verslaglegging van de resultaten gecodeerd. Dit is gedaan vanwege de privacy van de respondenten. In de bronvermelding wordt verwezen naar de respondent. De letter M staat voor medewerker en de letter P staat voor patiënt. Het cijfer dat na de letter M of P volgt geeft aan om welke medewerker of patiënt het gaat. Hierdoor heeft iedere respondent een unieke code.

Interviews

Er is gebruik gemaakt van gestructureerde open interviews. Een gestructureerd open interview houdt in dat er voorafgaand aan het interview, vragen opgesteld zijn die in een vaste volgorde worden voorgelegd. Daarnaast zijn er enkel open vragen geformuleerd, waardoor er geen antwoordrubrieken zijn. Er is gekozen voor een open gestructureerd interview zodat de respondenten geheel vrij zijn in de beantwoording van de vragen. Tijdens het formuleren van de interviewvragen is rekening gehouden met de kwaliteitscriteria voor het formuleren van interviewvragen die Migchelbrink stelt (Migchelbrink, 2013).

Naast structuur en houvast is 'routing' tevens een belangrijke factor om een gestructureerd open interview op te stellen. Met 'routing' wordt de volgorde van de vraagstelling bedoeld (Migchelbrink, 2013). De vragenlijst behoort opgesteld te zijn uit ten eerste motiverende vragen, ten tweede moeilijke vragen en tot slot makkelijke vragen. De routing van de vragenlijst is bedoeld om de respondenten te motiveren, stimuleren en na te laten denken. De interviews zijn afgenomen op de locatie Vincent van Gogh te Venlo. Hiervoor is gekozen omdat zowel medewerkers als patiënten hier bekend zijn. De plek

waar interviews afgenomen worden, kan van invloed zijn op de manier waarop medewerkers en patiënten de vragen beantwoorden. Tot slot is deze locatie vanuit een praktisch oogpunt gekozen. Alle patiënten waren ten tijde van het interview nog in behandeling binnen Vincent van Gogh te Venlo. Daarnaast zijn alle medewerkers werkzaam op deze locatie. De onderzoekers hebben de interviews in tweetallen afgenomen. Bij elk interview was één respondent aanwezig.

Steekproef

Alle respondenten zijn gekozen op basis van een gerichte steekproef. Kenmerkend voor een gerichte steekproef is dat er gewerkt wordt naar een bepaalde samenstelling (selectie) van de steekproef. Op grond van een aantal inhoudelijke redeneringen of overwegingen, worden er bepaalde personen geselecteerd (Migchelbrink, 2013). Voor de gerichte steekproef is gekozen omdat medewerkers betrokken zijn bij het opzetten en het uitvoeren van het therapieprogramma. Tevens hebben de patiënten het therapieprogramma gevolgd en afgerond.

1.3 Betrouwbaarheid

Om te voorkomen dat zaken verloren gaan en om vertekening te voorkomen, is er tijdens dit onderzoek gebruik gemaakt van opnames voor dataregistratie en data-analyse. De respondenten zijn per tweetallen geïnterviewd. Vervolgens zijn de interviews binnen één week getranscribeerd. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is er gebruik gemaakt van peer-examination (Verhoeven, 2011). De analyses van iedere onderzoeker zijn door de andere drie onderzoekers nagelezen, beoordeeld en vervolgens besproken.

1.4 Validiteit

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten, zijn de interviewvragen aan de respondenten voorafgaand aan de interviews geoperationaliseerd. Dit is gedaan om de abstracte begrippen uit de interviews meetbaar te maken (Migchelbrink 2013).

1.5 Bruikbaarheid

Om de bruikbaarheid van het onderzoek zo hoog mogelijk te maken, zijn er een aantal kwaliteitseisen die betrekking hebben op bruikbaarheid. In dit onderzoek is aan een aantal kwaliteitseisen voldaan. Ten eerste zijn de opdrachtgevers voortdurend bij het onderzoek betrokken geweest. Dit heeft ervoor gezorgd dat het draagvlak hoog was. De opdrachtgevers hebben regelmatig feedback gegeven op de aangeleverde stukken. Daarnaast is het contact zowel face-to-face, als via de e-mail verlopen. Ten tweede is dit onderzoek concreet bruikbaar, gezien de aanbevelingen die uit dit onderzoek voortkomen. Tijdens het formuleren van de aanbevelingen is er expliciet op gelet om deze aanbevelingen laagdrempelig te houden. De onderzoeksgroep vond het van belang aanbevelingen te formuleren die concreet uitvoerbaar zijn om hiermee de bruikbaarheid te vergroten. Ten derde is het onderzoek voor iedere lezer begrijpelijk weergegeven. Om dit na te gaan heeft de onderzoeksgroep verscheidene mensen naar dit onderzoek laten kijken. Dit zijn mensen die niet werkzaam zijn in de sociale sector. Bovenstaande kwaliteitseisen maken dit onderzoek bruikbaar.

1.6 Triangulatie

Bij triangulatie wordt hetzelfde verschijnsel vanuit verschillende perspectieven onderzocht. Er worden drie vormen van triangulatie onderscheiden: triangulatie van databronnen, triangulatie van dataverzamelingstechnieken en triangulatie van onderzoekers (Migchelbrink, 2013). Tijdens het onderzoek is er een combinatie van de drie vormen van triangulatie gebruikt.

Triangulatie van databronnen

Tijdens het onderzoek is gebruik gemaakt van een inhoudsanalyse. Dit houdt in dat er verschillende tekstbronnen zijn gebruikt, waardoor de vraagstelling vanuit meerdere perspectieven onderzocht is. Er is gevarieerd in het gebruik van (vak)literatuur. Dit is gedaan door verschillende (inter)nationale literatuurbronnen te raadplegen, zoals wetenschappelijke artikelen via Google Scholar en relevante (studie)boeken. Voor het onderzoek zijn zoektermen zoals: 'Verslaving', 'Evidence-based behandelmethodes in de verslavingszorg', 'Belangrijke factoren bij de behandeling van verslaving', 'Detox' en 'Gevolgen verslaving' gebruikt. Daarnaast zijn er verschillende respondenten geraadpleegd, namelijk: patiënten die het therapieprogramma volgen of hebben gevolgd en medewerkers die werkzaam zijn binnen de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek.

Onderzoek triangulatie

Het onderzoek wordt uitgevoerd door vier onderzoekers. Alle interviews zijn in tweetallen afgenomen. Tijdens de interviews hadden alle interviewers een uitvoerende rol zodat de scores en de uitkomsten minder beïnvloed werden. Alle interviews zijn op dezelfde manier afgenomen. Dit is gedaan zodat de data op een eenduidige manier verzameld werden. De interviews zijn individueel getranscribeerd en tijdens het coderen zijn de transcripties tussen de onderzoekers uitgewisseld. De gecodeerde transcripties werden door alle onderzoeksleden geanalyseerd.

1.7 Onderzoeksontwerp

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksontwerp weergegeven in een matrix. Vervolgens wordt er onder de matrix toegelicht op welke manier de deelvragen, afzonderlijk van elkaar, zijn geanalyseerd.

Deelvraag:	Databron:	Dataverzamelings- techniek:	Onderzoeksvorm:
1. Wat is de visie achter het therapieprogramma volgens de medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek?	Literatuuronderzoek Informatiefolder voor verwijzers, Personen: klinisch psycholoog, verslavingsarts, systeemtherapeut en psychomotorische therapeut	Bestuderen d.m.v. literatuuronderzoek (visie van VVG en therapieprogramma) Bevragen d.m.v. interviews	Beschrijvend
2. Waar liggen de knelpunten en succesfactoren binnen het therapieprogramma volgens patiënten van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek?	Personen: patiënten van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek (waar vinden zij dat knelpunten en succesfactoren binnen het therapieprogramma liggen?)	Bevragen d.m.v. interviews	Beschrijvend
3. Waar liggen de knelpunten en succesfactoren binnen het therapieprogramma volgens medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek?	Personen: klinisch psycholoog, verslavingsarts, systeemtherapeut en psychomotorische therapeut (waar vinden zij dat knelpunten en succesfactoren binnen het therapieprogramma liggen?)	Bevragen d.m.v. interviews	Beschrijvend

4. Welke factoren zijn nodig zodat patiënten het therapieprogramma afronden?	Literatuuronderzoek Personen: klinisch psycholoog, verslavingsarts, systeemtherapeut, psychomotorische therapeut en patiënten van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek.	Bestuderen d.m.v. literatuuronderzoek en bevragen d.m.v. interviews	Beschrijvend en vergelijkend
--	---	---	------------------------------

Analyse

Om antwoord te geven op de deelvragen is gebruik gemaakt van twee verschillende dataverzamelingstechnieken, namelijk literatuuronderzoek en praktijkonderzoek in de vorm van interviews. Ten eerste zijn de interviews getranscribeerd. Dit houdt het letterlijk overtypen van gesproken teksten in (Eyclo, z.d.) Deze transcripties zijn gebruikt om de uitspraken van de respondenten te analyseren. Ten tweede zijn deze transcripties gecodeerd. Dit is gedaan door middel van kleuren. Er is gebruik gemaakt van vijf kleuren. Elke deelvraag heeft een kleur toegewezen gekregen. Daarnaast is er één kleur gebruikt voor 'overige informatie'. Deze codering is terug te vinden in bijlage 2 'Coderen onderzoeksvraag en deelvragen'. Ten derde is er gebruik gemaakt van relevante (inter)nationale literatuurstudie, waarmee antwoord gegeven wordt op de deelvragen. Ten vierde zijn de gecodeerde transcripties geordend per deelvraag. Hierbij is gekeken welke stukken relevant waren voor de deelvragen. Deze stukken zijn allemaal onder elkaar gezet en vervolgens zijn ze geanalyseerd. Dit is gedaan door verschillende uitspraken te markeren. Al deze gemarkeerde stukken zijn onderverdeeld in thema's. Het thema van deelvraag 1 betreft de visie van de medewerkers. De thema's van deelvraag 2 en 3 zijn onderverdeeld in knelpunten en succesfactoren. Bij deelvraag 4 zijn er tien thema's. In deelvraag 4 zijn de gemarkeerde stukken geteld. Er is onderscheid gemaakt in thema's die veel besproken zijn en thema's waar minder over gesproken is. De twee thema's die het meeste zijn besproken, zijn verder toegelicht. Een overzichtelijk schema hiervan is te vinden in bijlage 3 'Analyse interviews verschillende thema's'. Ten vijfde heeft er een koppeling tussen de (inter)nationale literatuurstudie en de interviews plaatsgevonden. Er is geanalyseerd of de respondenten de literatuur bevestigen of tegenspreken. Tevens is geanalyseerd welke veranderingen of aanbevelingen respondenten willen zien.

HOOFDSTUK 2. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van de eerder opgestelde deelvragen. De belangrijkste resultaten zullen per deelvraag specifiek worden weergegeven. Hierdoor ontstaat een duidelijk beeld wat betreft de beantwoording van de deelvragen. De resultaten zullen weergegeven worden op basis van literatuur en citaten vanuit praktijkonderzoek. De citaten zijn zoveel mogelijk overgenomen vanuit de transcripties. Hiervoor is gekozen om de respondenten recht aan te doen. Echter bevordert dit niet altijd de leesbaarheid van de resultaten van dit onderzoek. De deelvragen zijn onderverdeeld in paragrafen. In paragraaf 2.1 staat de visie achter het therapieprogramma volgens medewerkers beschreven. De knelpunten en succesfactoren volgens patiënten zijn beschreven in paragraaf 2.2. In paragraaf 2.3 zijn de knelpunten en succesfactoren volgens de medewerkers beschreven. Tot slot staan in paragraaf 2.4 de factoren beschreven die bevorderen dat een patiënt het therapieprogramma afrondt.

2.1 Wat is de visie achter het therapieprogramma volgens de medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek?

2.1.1 Visie

De medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek werken vanuit de visie dat patiënten bewust worden gemaakt dat er een keuze is om wel of niet verslaafd door het leven te gaan. Het bewust maken hiervan doen zij onder andere door het inzetten van het biopsychosociaal model. Tevens blijkt motiverende gespreksvoering een bewezen effectieve methodiek (Miller & Rollnick, 2002). Dat maakt dat motiverende gespreksvoering naast het biopsychosociaal model ingezet wordt om de visie van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek na te streven. Om antwoord te geven op deze deelvraag worden de elementen voor de visie van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek hieronder toegelicht.

2.1.2 Biopsychosociaal model

De medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek werken volgens het biopsychosociaal model. Het biopsychosociaal model kijkt een verslaving als hersenziekte, waarbij biologische, psychologische en sociale factoren een belangrijke rol spelen (Vincent van Gogh, 2015). Het biopsychosociaal model kijkt verslaving vanuit bovenstaande drie factoren die elkaar beïnvloeden. De visie van het biopsychosociaal model is onder andere dat verslaving een ziekte is die zich niet beperkt tot één factor (het lichaam of de geest), maar samenhangt met meerdere factoren in het leven van de patiënt. Het gaat bij de behandeling om heel de mens (Engel, 1977). Volgens respondent M3, die het therapieprogramma mede heeft opgesteld, is het belangrijk dat het biopsychosociaal model voldoende terugkomt in het therapieprogramma. Hier is zij op dit moment tevreden over.

2.1.3 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is een belangrijk element van het biopsychosociaal model. De afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek zet cognitieve gedragstherapie in binnen het

therapieprogramma. Cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat problemen beïnvloed en in stand gehouden worden door iemands gedachten en gedrag. Door het onderzoeken en veranderen van dat gedrag en die gedachten, nemen de psychische klachten af (Mentaalbeter, z.d.). De medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek zetten cognitieve gedragstherapie in door patiënten te ondersteunen in het bewust worden van de ernst van de afhankelijkheid en de consequenties van het middelengebruik. Hierbij staat vraaggericht werken centraal. De problemen en behoeften die de patiënt aangeeft en ervaart, zijn hierbij het uitgangspunt (Vincent van Gogh, 2015). Zo geeft een respondent het volgende aan: "Ik vind het belangrijk dat ze wat inzicht opdoen van hoe de problematiek bij hen werkt". Om de patiënt inzicht te geven in hoe de problematiek bij zichzelf werkt, zetten medewerkers psycho-educatie in. Psycho-educatie is een techniek die bij cognitieve gedragstherapie vaak gebruik wordt (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.). Het gaat hierbij om het geven van voorlichting en instructies aan de cliënt en/of de ouder(s), partners of andere gezinsleden. Psycho-educatie kan gaan over de symptomen en gevolgen van de psychiatrische problematiek (Mear, z.d.).

Volgens respondent M5 is cognitieve gedragstherapie het belangrijkste middel van het therapieprogramma. Respondent M5 geeft aan dat het belangrijk is dat patiënten meer inzicht krijgen in hun eigen problematiek en stoornis, zodat ze inzien dat ze goed kunnen functioneren zonder middelen. Dit zou de motivatie voor het nastreven van abstinentie vergroten. Respondent M5 hoopt dat patiënten door psycho-educatie zelf gaan beseffen dat ze de middelen niet nodig hebben om goed te kunnen functioneren. Respondent M3 hoopt dat patiënten door cognitieve gedragstherapie naar zichzelf en hun verslaving kunnen kijken, zodat ze hun gedrag meer in eigen hand nemen. Ze hoopt dat patiënten met cognitieve gedragstherapie het gevoel krijgen dat ze hun eigen gedragstherapeut worden. Met cognitieve gedragstherapie leren patiënten dat zij niet overgeleverd zijn aan hun verslaving, maar dat zij zelf kunnen beslissen of zij wel of niet gebruiken. Wanneer zij beseffen dat ze zelf kunnen beslissen of ze wel of niet gebruiken, vermindert dit de kans op terugval. Wanneer dit leidt tot een vermindering van terugval, is respondent M3 tevreden. Om de kans op terugval te minimaliseren is structuur een belangrijke factor. Het terugvinden van een gezonde dagstructuur en leefgewoonte is de basis van een verslavingsbehandeling. Respondent M3 geeft aan: "Het vasthouden aan een vaste structuur is noodzakelijk omdat patiënten die een verslaving hebben vaak alleen bezig zijn met hun gebruik, zij missen de dagelijkse structuur". Mensen met een verslaving zijn veel aan het piekeren, wat vervolgens weer leidt tot zucht. Orde en structuur geven rust in het denkproces van de patiënt (Chopra, 2006). De dagelijkse structuur binnen het therapieprogramma is terug te zien in de verschillende onderdelen die elke dag van de week terug komen zoals: ontbijt, medicatie, lunch, avondeten, koffie/thee en iedere dag op hetzelfde tijdstip naar bed gaan (Vincent van Gogh, 2015).

2.1.4 Motiverende gespreksvoering

Naast het biopsychosociaal model wordt motiverende gespreksvoering ingezet om de visie van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek na te streven. Motiverende gespreksvoering is een veelgebruikte methode om cliënten te stimuleren om hulp voor hun problemen te zoeken of hun ongezonde levenswijze aan te pakken. De kern van deze benadering is dat mensen gaan inzien dat zij een probleem hebben en gemotiveerd raken om dit aan te pakken (Bartelink, 2013). De medewerkers

van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek maken gebruik van motiverende gespreksvoering omdat zij hoop en vertrouwen aan patiënten willen geven, zodat zij beseffen dat vooruitgang en verandering haalbaar is (Vincent van Gogh, 2015). De interventies die de medewerkers verrichten tijdens motiverende gespreksvoering zijn gericht op informeren, motiveren en activeren (Vincent van Gogh, 2015).

“Het belangrijkste uitgangspunt van motiverende gespreksvoering is dat bereidheid tot verandering niet gezien wordt als een vaststaand kenmerk van een cliënt, maar als een variërend resultaat van interpersoonlijke interactie” (Bartelink, 2013). De medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek zijn zich er bewust van dat motivatie niet een vaststaand kenmerk is. Een respondent vertelt het volgende hierover: “In mijn ogen is motivatie niet iets statisch. Dus het is niet als een lengte wat je kunt meten en dat is morgen en overmorgen hetzelfde. Motivatie is erg wisselend, je kunt vandaag ongemotiveerd zijn maar morgen toch gemotiveerd raken. En ook iemand die heel erg gemotiveerd is, kan morgen totaal niet meer gemotiveerd zijn. Dus het is iets variabels, iets wat te beïnvloeden is”. Een andere respondent vertelt dat ze zich bewust is van het belang van de interpersoonlijke interactie. “Je zegt nooit ‘kom we gaan het zo doen’. Dan verlies je. Een gemotiveerde patiënt zal jou aangeven waar hij behoefte aan heeft en daar ga je dan mee werken, dan sluit je daarop aan”. De medewerkers onderzoeken middels motiverende gespreksvoering waar de hulpvragen, belangen en lasten van de patiënten zitten om hier vervolgens samen naar te kijken. Binnen motiverende gespreksvoering vinden de medewerkers de gelijkwaardigheid tussen de patiënten en medewerkers het belangrijkste. Respondent M5 vertelt dat de medewerkers proberen om op een gelijkwaardig niveau met de patiënten in contact te zijn. Dit doen zij op een respectvolle manier en met een onbevooroordeelde houding. “Mensen zijn al genoeg door de maatschappij veroordeeld”. Medewerkers proberen een andere gedachtenwijze tegenover die van de patiënt te zetten. Hiermee dagen ze de patiënt uit om anders te gaan denken.

Nu de vraag ‘Wat is de visie achter het therapieprogramma volgens de medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek?’ beantwoord is, wordt er in paragraaf 2.2 gekeken naar de knelpunten en succesfactoren van het therapieprogramma volgens de patiënten.

2.2 Waar liggen de knelpunten en succesfactoren binnen het therapieprogramma volgens patiënten van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek?

Om antwoord op de bovenstaande deelvraag te krijgen zijn zeven patiënten geïnterviewd. Tijdens de interviews is aan de respondenten gevraagd welke knelpunten en succesfactoren zij in het therapieprogramma ervaren. In deze deelvraag wordt onderscheid gemaakt tussen knelpunten en succesfactoren. Onder knelpunten vallen de thema's: programma, sport en beweging, avondbesteding, detox, verslavingensoorten scheiden, individuele contactmomenten met de begeleiding, interieur, diagnose uitslag, psycho-educatie bij dubbel diagnose, bezoeken en persoonlijke tijd. Onder succesfactoren vallen de thema's: structuur, cognitieve gedragstherapie, creatieve therapie, koffiemomenten, motto-bespreking, psychomotorische therapie, medewerkers en groepsdynamica.

Knelpunten

2.2.1 Programma

Een zinvolle dagbesteding draagt bij aan een verbetering van de leefsituatie van de patiënt en zijn gevoel voor een betere kwaliteit van leven. Volgens Tielemans en Jong (2007) levert het ondernemen van plezierige activiteiten positieve gevoelens op. Een te kort aan leuke activiteiten kan leiden tot verveling, eenzaamheid en somberheid. Uit de interviews blijkt dat patiënten behoefte hebben aan verruiming van aanbod en variatie in het therapieprogramma. Verschillende respondenten benoemen zes knelpunten en suggesties over het bestaande aanbod binnen het therapieprogramma en geven aan wat ze hierin missen. Als eerste geeft één van de respondenten aan moeite te hebben met de hoeveelheid koffiemomenten op een dag. Een tweede geeft aan behoefte te hebben aan een spelonderdeel in het therapieprogramma. Op die manier ben je volgens de respondent als groep met elkaar bezig en ontstaat hierdoor meer eenheid. Ten derde zegt een andere respondent vaker een informatieve video te willen zien. Als vierde geven meerdere respondenten aan meer zorg op maat te willen. Wanneer patiënten bepaalde onderdelen niet kunnen volgen of hier een andere behandeling voor nodig hebben, vinden de respondenten het fijn als hier individueel meer naar gekeken wordt. Als vijfde knelpunt wordt het missen van een dagprogramma op de zaterdag en zondag aangegeven. Door het missen van een dagprogramma zijn de dagen volgens de respondenten lang. Als zesde blijkt uit de interviews dat de therapieonderdelen in het programma beter verspreid kunnen worden over de week. Op bepaalde dagen hebben patiënten veel therapieën en afspraken achter elkaar en andere dagen hebben zij weinig tot geen afspraken of therapieën. De voorkeur gaat volgens de respondenten uit naar het verplaatsen van de afspraken naar de ochtend, zodat ze in de middag meer tijd voor zichzelf hebben of een wandeling kunnen maken. Ook kwam één van de respondenten met de suggestie om bepaalde gesprekken naar de avond te verplaatsen. Hierdoor is in de middag meer tijd over om een leuke activiteit met de groep te kunnen doen.

2.2.2 Sport en beweging

Uit de interviews blijkt dat meerdere respondenten behoefte hebben aan meer sport en beweging. Eén van de respondenten kwam met het idee om onder begeleiding te gaan sporten in de gymzaal. Ook geven de respondenten aan dat het op die manier fijn is om even van de afdeling af te kunnen zijn. “Het zou fijn zijn om ook een keer gebruik te kunnen maken van de sportzaal. Mensen die yoga oefeningen willen doen, zouden ook naar een andere ruimte moeten kunnen. Het is prettig als je een keer naar het sportcentrum zou kunnen lopen of een andere ruimte. Dan heb je even iets anders om je heen. Het zijn toch zeven dagen dat je hier zit en dan kom je nergens anders dan alleen in de huiskamer en slaapruijnte”. Daarnaast geven de respondenten aan buiten meer sport en beweging te willen doen. Eén van de respondenten vertelt vaak gebruik te maken van de hometrainer, maar miste daarbij het buiten zijn. Enkele respondenten geven aan bij mooi weer vaker naar buiten te willen gaan. Daarnaast geeft één van de respondenten aan behoefte te hebben om zelfstandig een wandeling buiten het ziekenhuis te kunnen maken. “Toch de vrije uurtjes die je hebt, buiten het ziekenhuis te mogen zijn of een wandelingetje zelf kunnen maken. Dat je gewoon eens echt op jezelf kunt zijn en kunt nadenken over bepaalde zaken”.

2.2.3 Avondbesteding

Uit de interviews blijkt dat de respondenten knelpunten zien in het avondprogramma. Een onderdeel dat herhaaldelijk terugkwam was het 20.00 uur journaal. De respondenten geven aan het journaal het minst leuke onderdeel van het therapieprogramma te vinden. Ze willen de mogelijkheid hebben om op het journaal te reageren. Dit vergroot de betrokkenheid van de groep volgens de respondenten. Eén van de respondenten benoemt het volgende: “Of gewoon leuker nieuws dan bijvoorbeeld de NOS. Dat is echt saai altijd om 20.00 zo statisch elke dag hetzelfde. Dus misschien het RTL4 nieuws van 19.30 en dan bijvoorbeeld dat je daar wel op reageert. Ik snap op zich wel dat het nieuws belangrijk is. Dat je wel iets van de buitenwereld ziet. En dan bijvoorbeeld om 20.00 pauze. Dan heb je ook langer tijd voor jezelf daarna”. Uit de interviews blijkt dat de respondenten baat hebben bij een andere avondinvulling waarbij ze meer tijd hebben voor zichzelf. Zo blijkt uit de interviews dat de respondenten het laatste koffiemoment na het journaal onnodig vinden en dat ze liever tijd voor zichzelf willen. Tevens blijkt uit de interviews dat niet iedereen 's avonds graag televisie kijkt. Daarnaast blijkt uit de interviews dat de patiënten één gezamenlijke televisietoestel delen. Patiënten willen graag ieder een eigen toestel zodat ze zelf kunnen bepalen welke programma's ze willen zien. Daarnaast blijkt uit de interviews dat de respondenten de behoefte hebben om 's avonds op zichzelf te kunnen zijn om zo een eigen invulling aan hun avond te geven. Eén van de respondenten zegt het volgende hierover: “Ja dat je 's avonds zelf kan weten wat je wilt doen. Dat is thuis ook. Overdag heb je ook geen regie dan word je ook geleid door een leidinggevende en dat gevoel had ik daar ook. En dan is het 's avonds maar al te fijn om op jezelf te zijn. Ik denk dat dan therapie beter zal zijn. Dat je bijvoorbeeld tot 21.30 uur op de groep blijft en dan iets voor jezelf mag doen. En dat je daarna je eigen programma op je kamer kan kijken. Dat zou het voor iedereen makkelijker maken. Het is ook geen makkelijk proces. En dat vind ik toch wel echt het punt, dat we veel meer vrijheden moeten hebben”.

2.2.4 Detox

Uit de interviews blijkt dat respondenten de detox te kort vinden duren. Dit vertelden respondenten die op de afdeling Stabilisatie en Diagnostiek hadden gezeten. Wanneer zij het Stabilisatie en Diagnostiek programma niet aansluitend op de detox hadden gevolgd, achtten ze de kans groot terug te vallen in hun verslaving. Eén van de respondenten zegt: “Ik kom hier voor de eerste keer en als je dan hoort hoe weinig mensen geen terugval of een nieuwe opname hebben, is maar 5%. Dat is wel heel weinig. Dat vond ik heel demotiverend. Ik dacht, ik begin er aan en die kans is zo klein”.

2.2.5 Verslavingen scheiden

Uit de interviews blijkt dat de verschillende verslavingen op de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek volgens respondenten meer van elkaar mogen worden gescheiden. Volgens één van de respondenten werkt het stimulerend om in een groep te zitten waarin iedereen dezelfde verslaving heeft. De respondent vindt het averechts werken als er mensen in de groep zitten met een zwaardere drugsverslaving die al langer standhoudt dan haar eigen alcoholverslaving. “Ik denk dat je iedereen met dezelfde verslaving bij elkaar moet zetten. Er was bijvoorbeeld een jongen met een heroïneverslaving. Die weet totaal niet waar hij over spreekt en was heel erg verstrooid. En dan zit je met z’n allen een beetje positief te zijn en dat wordt dan toch behoorlijk verstoord door iemand met een andere verslaving. Hij wordt er geen ander mens door, maar hij heeft toch net een iets andere behandeling nodig. Hij heeft bijvoorbeeld 33 jaar heroïne gebruikt en dan kom ik aan met mijn negen maanden alcohol. Dat is toch wel een te groot verschil en ik vind dat averechts werken”. Daarnaast blijkt uit de interviews dat de respondenten met een alcoholverslaving het verloren tijd vinden om video’s te kijken over drugsgebruik. Dit is volgens de respondenten een hoop informatie waaraan zij geen boodschap hebben.

2.2.6 Individuele contactmomenten met de begeleiding

Uit de interviews blijkt dat de respondenten behoefte hebben aan meer individuele gesprekken met de begeleiders. De respondenten geven aan niet allemaal even makkelijk te kunnen praten over hun problemen. Zij geven aan dat ze vaker individuele gesprekken met de begeleiding willen hebben. Voor één van de respondenten die dit had aangegeven zijn meer individuele gesprekken ingepland. De respondent gaf aan hier veel aan te hebben gehad en dacht dat andere patiënten hier ook veel aan kunnen hebben. Volgens de respondent kunnen de individuele gesprekken aan het begin van de opname als opstapje fungeren om daarna makkelijker te praten in groepssessies. Respondent P1 zegt hierover het volgende: “Natuurlijk is het wel goed dat mensen dat in een groep leren maar ja ik denk als opstapje ja. We zijn in het begin natuurlijk heel opstandig en als je dan één op één even het gesprek aan gaat misschien vereenvoudigd het”.

2.2.7 Interieur

Uit de interviews blijkt dat de respondenten behoefte hebben aan meer stoelen en banken in de woonkamer. Dit zorgt volgens de respondenten voor meer eenheid in de groep. Respondent P1 zegt hierover het volgende: “We hadden met de kerst een tafel aan elkaar gezet. Ja en dan heb je toch meer een eenheid van die groep. Dan heb je toch meer contact met elkaar en dan heb je ook meer aan elkaar. Ik denk dat het makkelijker voor hun is als het aan één tafel zit. Of een ronde tafel”. Daarnaast blijkt uit de interviews dat respondenten vonden dat de slaapkamer geen uitstraling had.

2.2.8 Diagnose Uitslag

Uit de interviews blijkt dat de uitslag van de diagnose van patiënten te lang duurt. Een voorstel van een respondent is om thuis op de uitslag te wachten en dit telefonisch af te handelen. De respondenten vonden hun aanwezigheid na het diagnoseonderzoek niet meer noodzakelijk. Bovendien merkte één van de respondenten op dat zijn onrust, in de week dat hij moest wachten, de rest van de groep niet ten goede kwam. Een andere respondent was graag het weekend na het onderzoek naar huis gegaan.

2.2.9 Psycho-educatie bij dubbel diagnose

“Veel patiënten beseffen niet dat ze psychiatrisch ziek zijn. Doorgaans beseffen ze wel dat ze allerlei vervelende problemen hebben waardoor ze de oorzaak buiten zichzelf zoeken. Voorlichting kan inzicht in het ziektebesef vergroten door aan te geven dat een groot aantal problemen wordt veroorzaakt door ziekteverschijnselen als: apathie, onrust, concentratiestoornissen, contactstoornissen, geheugenstoornissen” (Tielemans & Jong, 2007). Uit de interviews blijkt dat de respondenten behoefte hebben aan meer voorlichting over de uitkomsten van de diagnose. Patiënten willen voorlichting over de IQ test, de persoonlijkheidsstoornissen en stoornissen zoals AD(H)D en Autisme Spectrum Stoornis. Het geven van deze voorlichting wordt ook wel psycho-educatie genoemd. Psycho-educatie bestaat uit gestructureerde informatie, training en voorlichting aan patiënten. Doel is om de kennis, acceptatie en begrip over ziektebeeld, diagnostiek en behandelmogelijkheden te vergroten. Hierbij staat het persoonlijke perspectief van de cliënt centraal. Op die manier kan de deelnemer de informatie op zijn eigen situatie betrekken en toepassen in zijn eigen leven (LEDD, 2012). Het is belangrijk om de patiënt het inzicht te geven dat een stoornis en de middelenproblematiek samenhangen en elkaar beïnvloeden door middel van psycho-educatie. Samen met de patiënt moet worden onderzocht hoe de klachten precies samenhangen en wat de functie van het gebruik is. Dit kan de patiënt motiveren om beide klachten te laten behandelen (Snoeks, Wits & Meulders, 2012). Uit de interviews blijkt dat er zowel behoefte aan individuele als groepsgerichte voorlichting is. Eén van de respondenten benoemt: “Er kan gewoon een algemene uitleg zijn of sessie, dat je daar gewoon over kunt praten dan weet je al misschien iets over borderline, maar dan weet je nog niet of dat er bij mij uitkomt. Maar dan krijg je er al uitleg over, dan weet je ook als je de uitslag krijgt, bij mij is borderline geconstateerd of ADHD, dan weet je al heel veel informatie”. Een andere reden om deze uitleg in groepsverband te krijgen was volgens de respondent om zo van andere patiënten te kunnen leren. Deze respondent benoemt: “Misschien zijn er ook sessies of onderdelen in dat programma, dat ze die onderwerpen allemaal kunnen behandelen: borderline en ADHD. Niet dat ik dat heb, maar dan kun je ook zien wat anderen mensen beleven. En

omdat je in een groepsverband zit dat als iemand met borderline geconstateerd wordt, je daar ook die mensen mee kunt helpen, of zelf weer van kunt leren. Als een groepsmede kandidaat met borderline geconstateerd wordt, zou het me ook interesseren om daar iets meer van te kunnen weten. Dat je ook in het contact met die persoon rekening kunt houden en kunt weten wat hij voelt. Die uitleg van de uitslagen zou meer in de behandeling terug mogen komen“.

2.2.10 Bezoekuren

Uit de interviews blijkt dat de respondenten behoefte hebben aan meer contactmomenten met het thuisfront. “De contactmomenten met thuis vind ik erg weinig. Ze kunnen komen op woensdagavond en zondagmiddag en voor de rest is er geen mogelijkheid. In een gewoon ziekenhuis krijg je iedere avond bezoek. Daar is die mogelijkheid er wel”. Daarnaast vonden sommige respondenten het lastig om na het bezoek nog verplichtingen te hebben. Wanneer je bezoek krijgt kunnen er emotionele momenten zijn en is het fijn als je hierna volgens de respondenten niet al teveel meer hoeft te doen.

2.2.11 Persoonlijke tijd

Uit de interviews blijkt dat veel respondenten meer tijd voor zichzelf willen hebben. Eén van de respondenten zegt hierover het volgende: “Soms heb je heel weinig tijd voor jezelf. Daar mogen ze wel iets meer ruimte in geven. Het is best wel intensief en je bent natuurlijk bezig met afkicken, dus je bent heel moe. Dus dan is het wel prettig om even op jezelf te kunnen zijn”. Een tweede respondent gaf tevens aan behoefte te hebben aan meer persoonlijke tijd, bijvoorbeeld op zijn kamer. Een derde respondent gaf het volgende aan: “Er waren voor sommige, ik had er niet zoveel last van, heel soms wel, dat je even een dutje wil doen dat je helemaal op bent zeg maar, van een therapie of dat je een slechte dag hebt of zo. Dan kon je niet echt lang even wat rust nemen, want dan moest je weer door naar de volgende”.

Succesfactoren

2.2.12 Structuur

Volgens Chopra (2006) missen verslaafden gedurende hun verslaving een dagelijkse structuur. Hij stelt dat wanneer een verslaafde (opnieuw) orde en structuur in zijn leven brengt, hij al een hele stap in de goede richting zet. Uit de interviews blijkt dat de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek deze dagelijkse structuur gedurende het therapieprogramma hanteert en dat de respondenten deze structuur als prettig ervaren. “De structuur vond ik schitterend! Het houdt je de hele dag bezig, het geeft je rust en je komt weer een beetje in het ritme van hoe het hoort. Doordat ik structuur had was het net of ik een nieuw leven begonnen was!”. Een andere respondent vertelde dat hij veel van de structuur had geleerd en dat hij deze thuis ook heeft doorgezet. “Nu ben ik toch wel meer in staat om te zeggen van nu eet ik ‘s ochtends een boterham en eet ik ‘s middags een boterham. Daar neem ik nu de tijd voor en dat deed ik eerst niet. Toen had ik dagen dat ik niet at”.

2.2.13 Cognitieve Gedragstherapie

Uit de interviews blijkt dat meerdere respondenten positief over de cognitieve gedragstherapie zijn. Eén van de respondenten geeft aan: “Ik vond de cognitieve gedragstherapie echt fijn! Ze gaan diep in op de verslaving en daar had ik echt iets aan. Het is de eerste keer dat ik hulp heb gezocht dus ik wist ook niet precies hoe het werkte, vooral in je hersenen hoe dat allemaal ging. Dit kregen we met cognitieve gedragstherapie en daar leer je wel echt wat het doet met je hersenen en dat het een ziekte is”. Gevraagd is aan de respondenten om specifieke aspecten op te noemen die ze goed vonden aan de therapie. Hierop antwoordde één van de respondenten het volgende: “De gesprekken waarop je gewezen wordt, bijvoorbeeld wat zijn de gevolgen van, hoe komt het dat je verslaafd bent. Ook de voorlichting die is gewoon heel erg goed”.

2.2.14 Creatieve therapie

Uit de interviews blijken de meningen over de creatieve therapie verdeeld. Respondenten die de creatieve therapie minder leuk vinden, snappen echter wel waarom de creatieve therapie wordt gegeven: “Creatieve therapie vond ik persoonlijk niet leuk om te doen maar er was wel veel uit te halen en dat is wel een hele kundige vrouw die dat doet en die heeft wel super snel in de gaten hoe je bepaalde dingen aanpakt en verwerkt en zo”. Een positieve reactie van een respondent over de creatieve therapie was als volgt: “De creatieve therapie vind ik ook erg prettig. Ik vind daar zelf erg veel rust in en ik kan daar iets mee. Ik zie aan mijn groepsgenoten dat zij daar ook iets mee kunnen in het samenspel. Dat mag van mij ook meer”. Een opmerking die de respondent hieraan toevoegde was: “Volgens mij hebben ze vorige week op de detox een stukje muziektherapie gehad, als vervanging omdat de creatieve therapie uitviel. En toen had ik zoiets van ja laat maar komen, want ik hou ook van muziek dus ik zou dat echt meer willen”.

2.2.15 Koffiemomenten

Uit de interviews blijkt dat één van de respondenten de koffiemomenten kon waarderen. “Ik vind de koffiemomenten heel belangrijk, vooral aan de detox kant want daar heb je heel weinig programma. Als je die momenten dan ook niet hebt, dan zit iedereen op zijn kamer. Dus ik vind het wel belangrijk dat die momenten er zijn”.

2.2.16 Motto-bespreking

Tijdens de opname is de motto-bespreking een regelmatig terugkerend onderdeel van de behandeling. Het zijn gespreksrondes die patiënten de gelegenheid bieden om in gesprek te gaan over verschillende onderwerpen (Vincent van Gogh, 2015). Eén van de respondenten vertelde de motto-bespreking als prettig te hebben ervaren. “Je krijgt informatie van anderen die in hetzelfde schuitje zitten en je kunt ook als je langer zit en er zitten weer nieuwe mensen bij die wat korter zitten hun weer een toevoeging geven aan van allerlei dingen en dat vond ik heel erg prettig. Je steekt iets van anderen op en je kunt ook je eigen verhaal weer kwijt en wat anderen van jou kunnen leren en wat jij hebt ervaren”.

2.2.17 Psychomotorische therapie

Eén van de respondenten vertelde de psychomotorische therapie (PMT) erg fijn te hebben gevonden. “Ja ik vond die PMT wel echt fijn, voor mij had ik daar wel veel aan tenminste dat ik lekker fysiek bezig kon zijn”. Een andere respondent zei het volgende over PMT: “Daar zie ik het nut qua therapie niet echt van in, maar ik vind het wel fijn om even je ding eruit te gooien”.

2.2.18 Medewerkers

Eén van de positieve punten die tijdens de interviews het meest terugkomen zijn de medewerkers. Eén van de respondenten zegt het volgende over zijn ervaring met de medewerkers: “Ja, kon je heel goed mee in gesprek gaan. Soms is het moeilijk omdat je in zo'n fase zit van thuissituatie, opname en dan bij mij was het geval van ik ben een moeilijke prater over het algemeen, een beetje een binnenvetter dus dan is het moeilijk om die stap te nemen om met iemand in gesprek te gaan. Maar hun doen dat zo open en zo gemoedelijk, zeg maar, dat je heel gemakkelijk die stap kunt nemen. Hun zeggen ook van we pakken gewoon een onderwerp en we komen vanzelf wel in een gesprek ergens op een punt waar je wilt zijn eigenlijk”.

Een tweede respondent zegt het volgende over de begeleiding: “Ik denk dat er hier heel veel kwaliteiten rondlopen. Ik werk zelf ook in de zorg, dus ik denk dat ik wat dat betreft wel een beetje uit ervaring mag spreken, maar ik denk dat hier aan therapeuten en qua inzicht, hoe mensen worden benaderd, vind ik het gewoon petje af. Als je een moeilijk gesprek hebt gehad, die dag erna even terug van: hoe gaat het nou? Niet zo van terloops, maar echt de tijd nemen. Je blijft gezien. Dat vond ik heel prettig”.

Een derde respondent benadrukt de ervaring van de begeleiding: “Ja, ze moeten kundig zijn en ze moeten weten hoe wij (verslaafden) zijn en hoe wij dingen kunnen verdoezelen. Bij de detox is er begeleider die zelf verslaafd is geweest, en die man weet gewoon wat de triggers zijn. Zo eentje die door je heen kijkt. Dat moet ik wel zeggen, de meeste waarbij ik hier in contact ben die hebben dat. Ik ken vier therapeuten van beneden die in de detox zitten en die zijn in mijn ogen ook zeer kundig. Dus wat dat betreft schort het hier niet aan kennis en kunde. In mijn ogen zijn het kwalitatief hoog opgeleide mensen. Er zijn natuurlijk altijd favorieten en minder favorieten maar dat heb je overal. Maar in ieder geval, wat ze in huis moeten hebben, hebben ze hier. Als er wat is, worden we op de hoogte gehouden wat de afspraken zijn enz.”.

2.2.19 Groepsdynamica

Volgens Remmerswaal (2006) benadrukken veel auteurs over groepstrainingen het belang van een klimaat van veiligheid en vertrouwen in de groep. “Alleen in een veilig basisklimaat in de groep durven groepsleden te oefenen met nieuwe gedrag. Egan (1976) zegt dat vertrouwen op meerdere manieren omschreven kan worden:

- het kan vertrouwelijkheid betekenen, met andere woorden de zekerheid dat groepsleden niet met buitenstaanders zullen praten over wat er in de groep gebeurd is;

- het kan betrouwbaarheid betekenen, met andere woorden de verwachting dat je kunt bouwen op wat een ander zegt;

- het kan empathie (inlevingsvermogen) betekenen, met andere woorden de verwachting dat de ander moeite zal doen om mij te begrijpen en daar tot op zekere hoogte ook in zal slagen. Vertrouwen is in een groep alleen mogelijk wanneer men elkaar accepteert en wederzijds steunt” (Remmerswaal, 2006, p. 396).

Uit onderstaande citaten blijkt dat drie van de respondenten deze drie manieren van vertrouwen herkennen in de manier waarop de groep met elkaar omgaat: “Wij gingen allemaal goed in harmonie met elkaar om. Iedereen helpt elkaar, praat met elkaar. Als iemand geen zin had om te praten werd dat ook geaccepteerd. Ik leer daar iedere week van de ervaring van anderen. Daar heb ik het meeste aan. De erkenning van zie je wel: dat heb ik niet fout gezien. Een stukje erkenning van wat je zocht toch een plaats kunnen geven. Dus ja dat ging heel goed”. De tweede respondent zegt het volgende: “Iedereen helpt elkaar. Als iemand een moeilijke dag heeft dan heeft diegene ook geen corvee. De een ziet het van de ander en het wordt gewoon overgenomen. De derde respondent vertelt het volgende: “Ook met ontbijten en buiten zitten, dat is gewoon goed. We zijn ook geïnteresseerd in elkaar. We zijn hier allemaal met een probleem en we zitten hier binnen op een veilige plek. En alles wat hier binnen wordt gedaan of besproken blijft ook hier binnen, dat wordt afgesproken”.

Niet alleen patiënten, maar ook medewerkers ervaren knelpunten en succesfactoren in het therapieprogramma. De knelpunten en succesfactoren van het therapieprogramma volgens de medewerkers worden in paragraaf 2.3 verder toegelicht.

2.3 Waar liggen de knelpunten en succesfactoren binnen het therapieprogramma volgens medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek?

Om antwoord op bovenstaande deelvraag te krijgen zijn er vier medewerkers geïnterviewd. Tijdens de interviews is er aan de respondenten gevraagd welke knelpunten en succesfactoren zij in het therapieprogramma ervaren. In de analyse van deelvraag 3 wordt onderscheid gemaakt in knelpunten en succesfactoren. Onder knelpunten vallen de volgende thema's: geldmiddelen en tijd, groepsdynamica, betrokkenheid sociale netwerk, benadering en programmaonderdelen. Onder succesfactoren vallen de thema's: ervaringsdeskundigen en programmaonderdelen.

Knelpunten

2.3.1 Geldmiddelen en tijd

Uit de interviews is gebleken dat geldmiddelen een rol spelen voor medewerkers in het therapieprogramma. Volgens enkele respondenten is er onvoldoende geld beschikbaar om voldoende contactmomenten met de patiënten te hebben. Deze contactmomenten bestaan uit individuele, psychologie of evaluatie contacten. “Patiënten die verslaafd zijn en daarnaast lijden aan ADHD of autisme, hebben specifieke hulpvragen en zorgbehoeften. Zij hebben meer en meer omvangrijke behoeften dan patiënten met alleen een verslaving. Daarom is het belangrijk om, naast de subjectieve aspecten van de kwaliteit van leven, de objectieve behoeften en het functioneren van de patiënt in kaart

te brengen als start van een integrale behandeling” (Kronenberg, 2015). Respondent M3 geeft aan dat zij vijftien minuten per patiënt de tijd heeft voor een gesprek. Volgens deze respondent zijn de contactmomenten met patiënten, zowel individueel als in een groep, belangrijk. Patiënten zouden volgens haar individueel op indicatie nog een stuk therapie moeten hebben zoals een ADHD-coaching of een traumabehandeling op maat. Door het tekort aan uren kan dit niet gerealiseerd worden. Doordat er te weinig tijd is voor contactmomenten merkt respondent M3 dat er onrust heerst onder de patiënten. Die onrust bij patiënten op de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek uit zich in agressief gedrag. Dit gedrag wordt tijdens de vergaderingen besproken. Om die reden hechten medewerkers belang aan voldoende contactmomenten met de patiënten. Volgens medewerkers zijn patiënten geholpen met individuele contactmomenten met medewerkers. Tijdens deze contactmomenten hebben patiënten de gelegenheid om zich te uiten. De medewerker merkt tijdens dit contactmoment hoe de patiënt zich voelt en wat hij nodig heeft. Respondent M3 geeft aan dat alle programmaonderdelen van het therapieprogramma van belang zijn, maar dat hier geen geldmiddelen voor zijn. Geldmiddelen zouden bijdragen aan optimalisatie van het therapieprogramma.

2.3.2 Groepsdynamica

”De groepsdynamica is de tak van de sociale wetenschappen die zich richt op vermeerderen van onze kennis over de aard van het leven in groepen. Kennis van de groepsdynamica kan de wijze van denken over groepen veranderen en als gevolg daarvan ons functioneren in groepen veranderen” (Johnson & Johnson, 2008). Respondent M5 vindt dat patiënten elkaar kunnen meetrokken in negatief gedrag wanneer er in een groep gewerkt wordt. “Als een patiënt een bepaalde verpleegkundige of een afspraak vindt, kan diegene dat gevoel bij een andere patiënt versterken”. Sommige patiënten van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek kenden elkaar al voordat ze in behandeling kwamen bij Vincent van Gogh. Dat is volgens respondent M5 niet altijd positief. Volgens dezelfde respondent is de sfeer in de groep afhankelijk van de ervaringen die patiënten buiten de afdeling met elkaar hebben en hoe daar in de groep mee wordt omgegaan. Volgens verscheidene respondenten zijn patiënten in het begin van het therapieprogramma bang om in een groep met verslaafden terecht te komen. De patiënten hebben een vertekend beeld van het werken in een groep. De reeds aangehaalde respondent zegt hierover het volgende: “Dit verschilt per groep, er zijn groepen waarin er veel onderling gedoe is en er zijn groepen die elkaar positief vooruit helpen”. Volgens respondent M2 is de sfeer in de groep afhankelijk van welke persoonlijkheden er in de groep zitten.

2.3.3 Betrokkenheid sociale netwerk

Een gedeelte van de patiënten op de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek krijgt aansluitend op het detox-gedeelte van het therapieprogramma, psychodiagnostisch onderzoek. Een psychodiagnostisch onderzoek geeft een helder beeld van het effect van de verslaving op de persoonlijkheid van de patiënt en bijbehorende psychiatrische ziektebeelden (Mondriaan, z.d.). Nadat er een eventuele diagnose is gesteld, volgt een bespreking met de patiënt over de uitkomsten. In de informatiebrochures voor verwijzers staat: “Familieleden en naasten worden conform familiebeleid in overleg met de patiënt bij de behandeling betrokken om te komen tot een goede samenwerking tussen

patiënt, familie en hulpverleners” (Vincent van Gogh, 2015). Respondent M1 geeft aan dat zij de partners, ouders en familieleden mist bij de diagnostiekbepreking. Volgens haar is het vanzelfsprekend dat het sociale netwerk van de patiënt bij de bespreking van de diagnostiek wordt betrokken. “Het sociale netwerk heeft invloed op het zelfvertrouwen, waarden en normen en structuur in het leven” (In voor zorg, 2011).

2.3.4 Benadering

Op de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek zijn naast verslaafde patiënten ook patiënten met een verslaving in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis opgenomen. Door de diversiteit aan stoornissen moeten medewerkers weten welke benadering zij moeten toepassen. Volgens respondent M2 komt het behandelingsbeleid op de afdeling overeen met de benadering van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Respondent M2 geeft hierbij aan: “De afdeling is erg gestructureerd met veel regels”. Er mag volgens respondent M2 meer aangesloten worden bij de behoefte van de patiënt, bijvoorbeeld door middel van gespreksvoering. Respondent M5 benoemt dat er steeds meer patiënten opgenomen worden met een verstandelijke beperking. Daarentegen is het therapieprogramma volgens respondent M5 niet ingericht voor mensen met een verstandelijke beperking en hierdoor kan deze doelgroep niet goed meekomen met de rest van de groep. Volgens respondent M5 kunnen sommige programmaonderdelen simpeler en inzichtelijker. Tevens kan het therapieprogramma volgens respondent M5 meer toegespitst worden op de laagbegaafde doelgroep. Eén van de respondenten zegt hierover het volgende: “De laagbegaafde doelgroep zal het therapieprogramma gemakkelijker kunnen volgen wanneer er psycho-educatie op maat wordt gegeven”.

2.3.5 Programmaonderdelen

Uit de interviews zijn vijf knelpunten naar voren gekomen die betrekking hebben op verschillende onderdelen van het therapieprogramma. Als eerste geeft respondent M2 aan dat bepaalde programmaonderdelen meer gespreid kunnen worden. Het therapieprogramma speelt zich doordeweeks af. In het weekend zijn er geen therapieonderdelen. Patiënten geven bij medewerkers aan dat ze weinig afleiding hebben in het weekend, omdat er weinig tot niks te doen is. Het gevolg hiervan is dat er spanning en onrust heerst binnen de groep na het weekend. Zo geeft een respondent aan: “Op maandagochtend is er spanning en onrust, omdat patiënten in het weekend weinig te doen hebben”. Respondent M3 geeft als tweede knelpunt aan dat het therapieprogramma verbeterd wordt wanneer er effectmetingen worden ingebouwd. Respondent M3 introduceert het idee om onder patiënten aan het begin en aan het eind van het therapieprogramma een klachtenlijst, patiënttevredenheidslijst of ROM-vragenlijst af te nemen om te beoordelen of het therapieprogramma geoptimaliseerd kan worden. “Door middel van een ROM-vragenlijst wordt de ernst en de voor- of achteruitgang van de patiënt in beeld gebracht. Alle instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg in Nederland werken met deze ROM-vragenlijsten” (GGZ WNB, z.d.). Respondent M3 geeft aan dat het lastig is om een ROM-vragenlijst af te nemen wanneer patiënten overgaan naar de Stabilisatie en Diagnostiek afdeling. Dat is meestal na de eerste week. De hersenen zijn nog niet optimaal hersteld van het gebruik na één week opname. Dit betekent dat de antwoorden van de ROM-vragenlijst dus niet betrouwbaar zijn. Doordat de antwoorden nog niet betrouwbaar zijn, is het afnemen van de ROM-

vragenlijst dus niet effectief. De eerder genoemde respondent M2 geeft als derde punt, het advies om meer te coachen tijdens het sporten. Bepaalde patiënten moeten volgens M2 meer gestimuleerd worden, terwijl andere patiënten juist begrenzing nodig hebben. “Op dit moment staan er een aantal fitnessapparaten in een recreatieruimte op de afdeling en daar wordt door een groep patiënten gebruik van gemaakt. Patiënten kunnen hier misbruik van maken door grenzeloos te gaan sporten”. Als vierde knelpunt wordt genoemd dat er geen intakegesprekken meer plaatsvinden voorafgaand aan de opname op de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek. Afschaffing van intakegesprekken komt door bezuinigingen. Tevens werden intakegesprekken door medewerkers als drempelverhogend gezien, want patiënten moesten naar Venlo komen voor het intakegesprek. Dit zou een reden zijn om niet te komen. Tijdens het intakegesprek werden patiënten voorgelicht over het therapieprogramma en werd duidelijk wat patiënten van het therapieprogramma konden verwachten. Doordat de intakegesprekken niet meer op de afdeling plaatsvinden, zijn ambulante medewerkers verantwoordelijk geworden voor het afnemen van de intakegesprekken. Afname van intakegesprekken door ambulante medewerkers wordt volgens respondent M5 niet structureel gedaan. “Dat betekent dat het stukje voorlichting ondergeschikt raakt”. Respondent M5 geeft als vijfde knelpunt aan dat de video over middelenverslaving die één keer per week wordt bekeken met de patiënten niet aansluit bij de behoefte van patiënten. Respondent M5 geeft aan dat er bijvoorbeeld een video wordt bekeken over alcohol, terwijl niet iedere patiënt een alcoholverslaving heeft. Respondent M5 stelt dat het hierdoor lastig is voor patiënten om een video aandachtig te bekijken die niet aansluit bij de eigen verslaving.

Succesfactoren

2.3.6 Ervaringsdeskundigen

Het therapieprogramma wordt door verscheidene professionals uitgevoerd. Er is vanuit medisch, psychologisch en sociaal oogpunt aandacht voor de patiënt. Volgens respondent M5 is het goed dat ervaringsdeskundigen bij het therapieprogramma worden betrokken. Volgens M5 zorgt het inzetten van ervaringsdeskundigen voor zorg op maat.

2.3.7 Programmaonderdelen

Uit de interviews zijn vier succesfactoren naar voren gekomen die betrekking hebben op verscheidene onderdelen van het therapieprogramma. Als eerste zijn de respondenten positief over de programmaonderdelen zoals psychomotorische therapie en cognitieve gedragstherapie. Respondent M2 benoemt dat psychomotorische therapie van belang is zodat patiënten door middel van concentratieoefeningen en aandachtsoefeningen hun (oog-hand) coördinatie verbeteren. Respondent M2 zegt hierover het volgende: “Door middel van cognitieve fitness worden er dingen verbeterd die aangetast zijn door het middelengebruik”. Andere onderdelen van psychomotorische therapie zijn mindfulness en ontspanningsoefeningen. Volgens respondent M2 zijn dit waardevolle onderdelen. Als tweede succesfactor geeft respondent M1 aan dat er goed is nagedacht over de verscheidene programmaonderdelen. Volgens haar hebben alle programmaonderdelen op hun eigen manier een meerwaarde. “Wanneer programmaonderdelen geschrapt zouden worden, worden er gaten gemaakt in het therapieprogramma”. Als derde succesfactor wordt volgens respondent M5 genoemd dat de

mottobespreking het beste aansluit bij de patiënt. De reden hiervan is dat de patiënt zelf een thema mag kiezen. Patiënten kiezen tijdens de mottobespreking een thema dat op dat moment belangrijk voor hen is. Tijdens de opname op de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek is mottobespreking een regelmatig terugkerend onderdeel. Als vierde succesfactor wordt aangegeven dat de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek bezig is met het ontwikkelen van nieuwe programmaonderdelen om het therapieprogramma te optimaliseren. Op dit moment wordt er onderzoek gedaan naar nieuwe trainingen zoals E-health en Joy-stick. "E-health staat voor elektronische gezondheid, ofwel zorg via internet. Steeds meer aandacht gaat uit naar het zogeheten 'blended care', waarbij reguliere face-to-face gesprekken gecombineerd worden met online interventies zoals chat, beeldbellen, online behandelmodules en online inzage in het eigen gezondheidsdossier" (GGZ Nederland, z.d.-a). Joy-stick is een training die bestaat uit computertaken. Door middel van Joy-Stick duwen mensen met een verslaving afbeeldingen die gerelateerd zijn aan alcohol of drugs van zich af (RU, 2011).

Naast de knelpunten en succesfactoren zoals door medewerkers omschreven, zijn er ook factoren die er juist aan bijdragen dat een patiënt het therapieprogramma afrondt. Deze factoren worden in paragraaf 2.4 verder toegelicht.

2.4 Welke factoren zijn nodig zodat patiënten het therapieprogramma afronden?

Om antwoord te geven op de vraag: 'Welke factoren zijn nodig zodat patiënten het therapieprogramma afronden?', worden allereerst drie behandelmethoden toegelicht. Deze behandelmethoden zijn, volgens de literatuur, factoren die patiënten stimuleren om het therapieprogramma af te ronden. In paragraaf 2.4.2 worden de motivatiestadia van Proschaska en DiClemente met betrekking tot de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek uitgelegd. Daarna wordt de waarde van de hulpverleningsrelatie uitgelegd. De waarden van de hulpverleningsrelatie worden getoetst door resultaten vanuit de respondenten te vergelijken met de literatuur. In paragraaf 2.4.6 worden op- en aanmerkingen over het therapieprogramma vanuit de respondenten uiteengezet.

2.4.1 Behandelmethoden

De eerste factor die het afronden van het therapieprogramma bevordert is cognitieve gedragstherapie. Dit is een effectieve behandelmethode voor de behandeling van drugsafhankelijkheid. Dit is de meest aangewezen behandelmethode (Emmelkamp & Vedel, 2007). Vincent van Gogh hanteert de cognitieve gedragstherapie om gedragsverandering tot stand te brengen. Er worden vaardigheden aangeleerd die nodig zijn om nieuw gedrag, abstinentie of gecontroleerd gebruik teweeg te brengen. De aandacht gaat hierbij uit naar verlangen, gedachten en gedrag van de patiënt om de kans op het gebruik te verminderen (Raistrick & Tober, 2005).

De tweede factor die het afronden van het therapieprogramma bevordert, is motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2002). Motiverende gespreksvoering is een gesprekstechniek waarbij het stimuleren van verandering centraal staat. De patiënt moet zelf tot gedragsverandering komen en dient er, met behulp van motiverende gesprekstechnieken, achter te komen hoe dit gewenste

gedrag tot stand kan worden gebracht (Miller & Rollnick, 2002). Motiverende gespreksvoering wordt bij veel verslavingsklinieken in grote of minder grote mate toegepast en blijkt effectief te zijn. Vooral direct na de behandeling en tot zes maanden later lijkt een behandeling met motiverende gespreksvoering effectiever te zijn dan geen behandeling (Smedslund, Berg, Hammerstrom, Steiro, Leiknes, Dahl & Karlsen, 2011). Motiverende gespreksvoering is vooral effectief bij minder ernstige vormen van overmatig middelengebruik en afhankelijkheid. Bij patiënten met ernstige problemen is motiverende gespreksvoering voornamelijk van belang om de motivatie voor de therapietrouw tijdens de behandeling te verhogen. Onderzoek toont aan dat een combinatie van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie het meest effectief blijkt te zijn (Miller & Rollnick, 2002). Uit een ander onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering na twaalf maanden nog steeds effectief zijn (Boensma, 2015).

De derde factor die het afronden van het therapieprogramma bevordert is contingentie management. Dit is één van de krachtigste interventies om deelname aan de behandeling te bevorderen en uitval te voorkomen. Contingentiemanagement heeft positieve effecten op deelname aan de behandeling en het verminderen van uitval bewezen (Lussier, Heil, Mongeon, Badger & Higgings, 2006). Contingentiemanagement is een interventie die berust op de principes van operante conditionering en richt zich op het bekrachtigen van wenselijk gedrag, zoals abstinentie of het bijwonen van therapie. Operante conditionering is een vorm van stimulus-responsleren waarbij de kans op een respons verandert door de gevolgen ervan, oftewel door de stimuli die op de respons volgen (Zimbardo, Johnson en McCann, 2013). In de verslavingszorg wordt de bekrachtiging vormgegeven door gedrag direct te belonen met geld of vouchers. De vouchers, toenemend in waarde bij elk volgend gewenst gedrag, zijn inwisselbaar voor goederen of diensten die een vooraf gesteld therapeutisch doel stimuleren. Gesteld kan worden dat patiënten die op deze manier beloond worden, extrinsiek gemotiveerd zijn. Extrinsieke motivatie betekent het verlangen om een activiteit uit te voeren omwille van een externe consequentie, zoals een beloning (Zimbardo, et al., 2013). Daartegenover wordt gesteld dat patiënten uiteindelijk beter gemotiveerd worden tot abstinentie wanneer de motivatie intrinsiek is. Intrinsieke motivatie betekent de mate waarin een individu zelf gemotiveerd is om problematisch gedrag te veranderen (Carey, Purnine, Maisto & Carey, 1999). Abstinentedrag houdt wel degelijk aan zodra de extrinsieke motivatie, in de vorm van beloningen, wegvalt. Vanderplasschen, Broekaert, Goossens, Thienpondt en Vandevelde (2009) bevestigen dat een recente overzichtsstudie heeft aangetoond dat de effecten wel degelijk beklijven mits een therapieprogramma, dat gebaseerd is op extrinsieke motivatie, gecombineerd wordt met intensieve begeleiding. Continuïteit van zorg en het bieden van aangepaste ondersteuning volgend op de initiële behandeling zijn noodzakelijk om tijdig en adequaat in te kunnen spelen op patiënten indien zij dreigen te stoppen met het therapieprogramma. In ditzelfde onderzoek wordt niet beschreven dat de intrinsieke motivatie geactiveerd wordt op het moment dat de extrinsieke motivatie wegvalt.

2.4.2 Motivatiestadia

Naast de drie hierboven beschreven behandelmethodes die bijdragen aan het volbrengen van het therapieprogramma hanteert de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek tevens een randvoorwaarde tijdens de opname. Deze randvoorwaarde heeft betrekking op het theoretische model

van Proschaska en DiClemente (Movisie, 2017). De randvoorwaarde houdt in dat de patiënt zich op het moment van opname minimaal in stadium 2; 'de overweging fase' bevindt. Dit is zo besloten, omdat stadium 1; 'de voor-overweging fase', volgens de afdeling te weinig motivatie bevat, waardoor de kans groter is dat patiënten het therapieprogramma niet afronden. Zodra een patiënt nadenkt over mogelijke gedragsverandering bevindt hij zich in het tweede stadium. In de overweging fase maakt de patiënt de balans op van de voor- en nadelen van verandering. Ook maakt hij een inschatting van de mate waarin hij zichzelf in staat acht de gedragsverandering uit te voeren (Jonge, Schaap & Schippers, 2002). Deze inschatting draagt bij aan het volbrengen van het therapieprogramma. Echter, het is onzeker of een gedragsverandering daadwerkelijk in vaste fasen, waar het trans theoretische model vanuit gaat, verloopt.

2.4.3. Hulpverleningsrelatie

Naast drie effectieve behandelmethoden en de juiste motivatie, is de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie minstens zo belangrijk voor de werkzaamheid van de behandeling en het afronden van het therapieprogramma. Uit de interviews met de respondenten is gebleken dat de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek knelpunten ervaart in de hulpverleningsrelatie. In paragraaf 2.4.5 wordt dit uiteengezet. Individuele aandacht, het betrekken van familieleden bij de therapie, empathie tonen en echtheid zorgen voor bevordering van de hulpverleningsrelatie, dat indirect de behandelingsuitkomsten positief beïnvloedt (Vanderplasschen et al., 2009).

2.4.4 Analyse interviews

Uit praktijkonderzoek zijn negen thema's te onderscheiden, namelijk: andere therapievorm, communicatie tussen medewerker en patiënt, privé omgeving, interne vaardigheden, normen en waarden binnen kliniek, verveling, op- en aanmerkingen over het therapieprogramma, diagnostiek en vrijheid. Deze thema's hebben allemaal betrekking op de vraag: Welke factoren zijn nodig zodat patiënten het therapieprogramma afronden? Sommige thema's kwamen tijdens de interviews vaker aan bod dan andere thema's. Opmerkelijk zijn de thema's: 'Communicatie tussen medewerker en patiënt' en 'Op- en aanmerkingen over het programma'. Beide thema's hebben ogenschijnlijk een belangrijke invloed op het afronden van het therapieprogramma. De inhoud van de thema's met bijbehorende citaten vanuit de respondenten zijn terug te vinden in een schema in bijlage 3 'Analyse interviews verschillende thema's'.

Om antwoord te geven op de deelvraag: 'Welke factoren zijn nodig zodat patiënten het therapieprogramma afronden?' en tegelijkertijd een bijdrage te leveren aan de hoofdvraag worden de thema's 'Communicatie tussen medewerker en patiënt' en 'Op- en aanmerkingen over het programma' verder uitgediept.

2.4.5. Communicatie tussen medewerker en patiënt

Door de respondenten zijn tien uitspraken gedaan. Er valt onderscheid te maken tussen communicatie die als prettig en onprettig wordt ervaren. Prettige communicatie, volgens respondenten, bevat ten eerste: in gesprek gaan met de patiënt bij weerstand. Ten tweede: het in gesprek gaan met de patiënt

bij twijfels om het therapieprogramma af te ronden. Ten derde wordt de inzet van 'Shared Decision' door de medewerkers als prettig ervaren. Bij 'Shared Decision' beslissen de medewerker en patiënt samen wat de speerpunten binnen de therapie van de patiënt zijn. Ten vierde moet de medewerker niet in de stress raken als patiënten uitspraken doen die erop duiden dat ze weg willen gaan. Ten vijfde moet de medewerker aan de patiënten uitleggen dat ze niet vast te binden zijn. Ten zesde merken medewerkers dat het woord 'samen' in gesprekken met patiënten als prettig wordt ervaren.

Onprettige communicatie bevat ten eerste: empathisch-confronterend zijn. Respondent M3 zegt: "Een voorbeeld hiervan is: 'Als je de therapie al niet kunt volhouden, hoe wil je dan ooit voor je kinderen kunnen zorgen?'" Echter, medewerkers ervaren 'empathisch-confronterend' ook als onprettige communicatie, maar tegelijkertijd als werkend. Ten tweede moet de therapeut volgens patiënten minder over zichzelf praten en meer interesse tonen in hen. Ten derde moeten therapeuten niet te lief zijn, volgens patiënten. "Een harde spiegel voorhouden" werkt in positieve zin. Ten vierde moeten medewerkers volgens patiënten beter aansluiten bij een laag begaafde doelgroep.

2.4.6. Op- en aanmerkingen over het therapieprogramma

Er zijn tien uitspraken gedaan door de respondenten. Er valt onderscheid te maken tussen materiële en immateriële op- en aanmerkingen over het therapieprogramma. Materiële op- en aanmerkingen zijn ten eerste: een goede voorbereiding/voorlichting voorafgaand aan het therapieprogramma. Patiënten willen weten wat ze te wachten staat tijdens de therapie. Ten tweede zegt respondent M5: "We missen een maatschappelijk werker op de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek en deze zal zeker bijdragen aan het verbeteren van het therapieprogramma". Ten derde zorgt de functieanalyse voor spanningen en roept dit zucht op waardoor een enkeling is gestopt met het therapieprogramma. De functieanalyse inventariseert de aanleidingen, gedachten, gevoelens en omstandigheden die het gebruik stimuleren (Roozen, 2006). Ten vierde geven respondenten aan dat zij meer willen sporten en meer buiten willen zijn. Dit wordt bevestigd door respondent M2: "Ik vind het heel belangrijk dat ze door middel van sport wat meer vertrouwen gaan krijgen in hun lichaam. Ik vind het ook belangrijk dat ze gemotiveerd zijn vanuit concentratie, coördinatie en aandacht. Hiermee kunnen zij hun vervolgtraject wel of niet ingaan." Desalniettemin vinden patiënten het wel belangrijk dat er voldoende privacy is tijdens het sporten. Hiermee wordt bedoeld dat patiënten het als onprettig ervaren wanneer zij tijdens een wandeling herkend worden door mensen van buiten de kliniek. Ten vijfde wordt de kosten-baten analyse als heel prettig ervaren door zowel medewerkers als patiënten, omdat op die manier duidelijk in kaart wordt gebracht waarom patiënten het therapieprogramma volgen.

Immateriële op- en aanmerkingen zijn ten eerste: patiënten hebben behoefte om informatie te krijgen die betrekking heeft op de eigen verslaving, doch niet over de verslaving van andere patiënten. Ten tweede heerst er angst onder patiënten voor de EMDR therapie, waardoor patiënten gedachten hebben om te stoppen met het therapieprogramma. Ten derde is maatwerk in de vorm van een mentor volgens patiënten een prettige manier van therapie.

HOOFDSTUK 3. CONCLUSIE

In dit hoofdstuk zal de conclusie op de onderzoeksvraag: 'Hoe kan de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek het therapieprogramma optimaliseren zodat uitval van patiënten in de toekomst verminderd wordt?' beantwoord worden. Op basis van de deelvragen kunnen er twee conclusies worden getrokken. In het eerste gedeelte van de conclusie worden de aspecten beschreven die het therapieprogramma volgens het onderzoek optimaliseren. In het tweede gedeelte van de conclusie worden de aspecten beschreven die het therapieprogramma volgens het onderzoek niet optimaliseren.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijken de volgende aspecten het therapieprogramma te optimaliseren. Allereerst wordt cognitieve gedragstherapie door zowel medewerkers als patiënten als één van de succesfactoren van het therapieprogramma gezien. Patiënten en medewerkers benoemen dat cognitieve gedragstherapie een waardevol en leerzaam onderdeel van het therapieprogramma is (M3). Ook vanuit de literatuur blijkt dat cognitieve gedragstherapie de meest aangewezen behandelmethode is (Emmelkamp & Vedel, 2007). Naast cognitieve gedragstherapie is motiverende gespreksvoering bewezen effectief. Bovendien toont onderzoek aan dat een combinatie van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie het meest effectief blijkt te zijn (Miller & Rollnick, 2002). Een ander aspect dat het therapieprogramma optimaliseert, is de dagelijkse structuur voor patiënten. Om de kans op terugval te minimaliseren, is structuur een belangrijke factor. Een gezonde dagstructuur en leefgewoontes vormen de basis van een verslavingsbehandeling (Chopra, 2006). Andere succesfactoren die uit de resultaten van dit onderzoek naar voren komen, zijn; de professionaliteit van medewerkers, creatieve therapie, koffiemomenten, psychomotorische therapie, mottobespreking en groepsdynamica. Zowel medewerkers als patiënten geven aan dat dit waardevolle onderdelen van het therapieprogramma zijn. Wanneer deze programmaonderdelen worden behouden, is de kans op uitval kleiner. Om deze redenen is het van belang dat de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek bovenstaande aspecten terug laat komen in het therapieprogramma.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijken medewerkers het minst tevreden te zijn over de volgende thema's: geld en tijd zijn volgens medewerkers knelpunten binnen het therapieprogramma. Volgens medewerkers is er onvoldoende tijd en geldmiddelen beschikbaar voor het therapieprogramma. Andere thema's die medewerkers als knelpunten ervaren zijn de benadering naar patiënten en de betrokkenheid van het sociale netwerk van de patiënt. Daarnaast kan uit de resultaten van dit onderzoek geconcludeerd worden dat er vijf knelpunten zijn die betrekking hebben op het therapieprogramma. Tevens is uit de resultaten van dit onderzoek geconcludeerd dat patiënten het minst tevreden zijn over de volgende thema's: het programma, sport en beweging, avondbesteding, detox, verslavingen scheiden, individuele contactmomenten met de begeleiding, interieur, diagnose uitslag, psycho-educatie bij dubbel diagnose, bezoeken en persoonlijke tijd. Een ander veel besproken knelpunt is de sport en beweging op de afdeling.

Wanneer deze knelpunten worden verbeterd, wordt het therapieprogramma geoptimaliseerd. Bovendien wordt de kans op uitval van patiënten verminderd. Om deze redenen is het van belang dat

de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek bovenstaande aspecten verbetert. Om deze knelpunten te optimaliseren, heeft de onderzoeksgroep aanbevelingen ontwikkeld. Deze aanbevelingen zijn terug vinden in hoofdstuk 4.

HOOFDSTUK 4. DISCUSSIE

Ondanks het feit dat dit onderzoek met grote zorgvuldigheid is uitgevoerd blijven er enige punten over ter discussie. Deze punten worden in dit hoofdstuk uiteengezet.

Tijdsplanning

Het eerste discussiepunt is dat het inplannen van de interviews met de medewerkers twee en halve week heeft geduurd. Een medewerker merkte op dat de e-mail met de uitnodiging voor de interviews in haar spambox terecht kwam. Mogelijk heeft dit eraan bijgedragen dat het inplannen van de interviews langer duurde. In een volgend onderzoek zouden brieven per post wellicht bijdragen aan de versnelling van dit proces. Het inplannen van de interviews met de patiënten heeft daarentegen enkel één week geduurd. De interviews met de patiënten zijn ingepland in samenwerking met één contactpersoon. In een volgend onderzoek zouden de interviews met alle respondenten via één contactpersoon gerealiseerd kunnen worden.

Een tweede discussiepunt wat de tijdsplanning betreft, is dat er tijdens de beginfase gekozen is om het onderwerp van het onderzoek te veranderen. In de eerste twee weken van de onderwijseenheid Onderzoek & Innovatie had de onderzoeksgroep in overleg met de opdrachtgever gekozen om onderzoek te doen naar ambulante detox. Na week twee heeft de onderzoeksgroep er samen met de opdrachtgevers voor gekozen om onderzoek te gaan doen naar een ander onderwerp, namelijk: het therapieprogramma van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek. Hiervoor is gekozen vanwege de beperkte aanwezige evidence-based literatuur en de beperkte mogelijkheden tot praktijkonderzoek in de vorm van interviews, enquêtes en observaties.

Het derde discussiepunt betreft de volgorde van dit onderzoek. De volgorde heeft namelijk niet op de gebruikelijke manier plaatsgevonden. Het plan van aanpak is gemaakt in de negende week van het onderzoek, terwijl dit in de tweede week had moeten gebeuren. Echter heeft dit de resultaten van het onderzoek niet beïnvloed. Bovendien heeft het inplannen van de interviews enige tijd geduurd, waardoor deze volgorde van handelen het proces van het onderzoek juist heeft bevorderd.

Respondenten

Naast de discussiepunten die betrekking hebben op de tijdsplanning, dienen er ook punten met betrekking tot de respondenten ter discussie gesteld te worden. De onderzoeksgroep heeft namelijk minder medewerkers geïnterviewd dan in eerste instantie was gepland. Er is aan zes medewerkers gevraagd of zij geïnterviewd wilden worden. Vier medewerkers zijn uiteindelijk geïnterviewd. Eén medewerker heeft geen respons gegeven op de e-mail met de uitnodiging en op een 'reminder-e-mail'. Eén medewerker heeft op de dag van zijn ingeplande interview een e-mail gestuurd dat hij wegens omstandigheden niet meer kon deelnemen aan het interview.

Niet alleen het aantal deelnemende medewerkers wordt ter discussie gesteld. Eén patiënt die is geïnterviewd, is ook een punt van discussie. Ten tijde van de interviews met de patiënten waren zes van de zeven klaar met het therapieprogramma en volgden op dat moment een vervolgtraject op een andere afdeling binnen Vincent van Gogh. Eén van de zeven patiënten volgde het therapieprogramma

op de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek. De ervaringen van deze enkele respondent zijn dus nog niet gebaseerd op het gehele therapieprogramma. Mogelijk beïnvloedt dit de resultaten.

De verpleegkundigen behoren eigenlijk niet tot het kopje respondenten. De verpleegkundigen van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek zijn namelijk niet bevraagd. In een volgend onderzoek kunnen deze verpleegkundigen mogelijk wel bevraagd worden omdat zij naast de bevraagde respondenten ook werken met het therapieprogramma en tevens knelpunten en succesfactoren opmerken.

Tot slot is er naast de discussiepunten over de medewerkers, patiënten en verpleegkundigen een kanttekening die betrekking heeft op de betrouwbaarheid van dit onderzoek. De resultaten zullen namelijk mogelijk verschillend zijn wanneer toekomstige patiënten van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek bevraagd worden. De regelmatige doorstroom van patiënten maakt dat de antwoorden op de interview vragen in een volgend onderzoek anders kunnen zijn omdat toekomstig patiënten het therapieprogramma wellicht anders ervaren.

Literatuur

Naast de discussiepunten rondom tijdsplanning en respondenten, valt de literatuur ook ter discussie te stellen. De resultaten bij deelvraag 2 en 3 zijn voornamelijk gebaseerd op informatie vanuit de respondenten. Dit komt doordat deze deelvragen beantwoord worden vanuit de ervaringen en gevoelens van medewerkers en patiënten. Dit betekent dat de resultaten van deelvraag 2 en 3 minder zijn vergeleken met de literatuur dan deelvraag 1 en 4. In een volgend onderzoek kunnen deelvraag 2 en 3 sterker geanalyseerd worden door de resultaten vanuit de praktijk te vergelijken met de literatuur.

Thema's praktijkonderzoek

Het laatste punt wat ter discussie gesteld wordt, heeft betrekking op de thema's van het praktijkonderzoek. Uit interviews bleek namelijk dat sommige uitspraken van respondenten eenmalig aan bod kwamen. Daarentegen kwamen andere thema's vaker aan bod. De meest besproken thema's zijn geanalyseerd. Hiervoor is gekozen om een concreet antwoord te geven op de hoofdvraag. Desalniettemin zijn de thema's die eenmalig voorkwamen, wel benoemd. Echter om een volledige analyse te krijgen waarin geen enkel thema is uitgesloten, moeten in een volgend onderzoek alle thema's geanalyseerd worden.

HOOFDSTUK 5. AANBEVELINGEN

Op basis van de resultaten van dit onderzoek zijn er aanbevelingen ontwikkeld. Deze aanbevelingen bestaan uit concrete voorstellen die het therapieprogramma van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek optimaliseren. Deze aanbevelingen zijn gericht aan de hoofdbehandelaar (klinisch psychologe), de medewerkers en de verpleegkundigen van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek. De hoofdbehandelaar en de medewerkers behoren tot de respondenten van dit onderzoek.

Aanbeveling 1: Betrek het sociale netwerk van de patiënt bij de diagnostiekbepreking.

Uit de interviews is gebleken dat medewerkers ervaren dat het sociale netwerk van de patiënt te weinig bij de diagnostiekbepreking betrokken wordt. De onderzoeksgroep beveelt aan om patiënten de mogelijkheid te bieden om hun sociale netwerk bij de diagnostiekbepreking te betrekken. Het advies vanuit de onderzoeksgroep is dat medewerkers van de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek in overleg met de patiënt het sociale netwerk, zoals ouders en/of partners, van de patiënt uitnodigen bij de diagnostiekbepreking. De patiënt heeft de vrijheid om dit advies niet op te volgen.

Aanbeveling 2: Neem een patiënttevredenheidslijst af in week vijf en negen van het therapieprogramma.

Uit de interviews is gebleken dat het therapieprogramma verbetert op het moment dat er patiënttevredenheidslijsten met betrekking tot het therapieprogramma afgenomen worden. De onderzoeksgroep beveelt aan om de tevredenheid na week vijf en aan het eind van het therapieprogramma (rond week negen) te toetsen. Patiënten kunnen in de patiënttevredenheidslijst aangeven hoe zij het therapieprogramma ervaren. De patiënttevredenheidslijst biedt de medewerkers de mogelijkheid om het therapieprogramma te evalueren en indien mogelijk te optimaliseren.

Aanbeveling 3: Geef voorafgaand aan de opname op de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek voorlichting.

Uit de interviews is gebleken dat intakegesprekken met ambulante medewerkers voorafgaand aan de opname op de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek plaatsvinden. Deze intakegesprekken gebeuren niet structureel. De verandering van intakegesprekken hebben ervoor gezorgd dat er geen voorlichting wordt gegeven aan patiënten over het therapieprogramma. De patiënten weten hierdoor niet wat zij kunnen verwachten tijdens de opname. De onderzoeksgroep beveelt aan om patiënten, voorafgaand aan de opname, voorlichting te geven over het therapieprogramma.

Aanbeveling 4: Geef psycho-educatie over dubbeldiagnoses.

Uit de interviews is gebleken dat patiënten meer behoefte hebben aan voorlichting over de uitkomsten van de diagnose. Patiënten willen voorlichting over de IQ test, de persoonlijkheidsstoornissen en stoornissen zoals AD(H)D en autisme. De onderzoeksgroep beveelt aan om naast de bestaande psycho-educatie, ook psycho-educatie over dubbeldiagnose aan te bieden. De psycho-educatie kan de patiënt op zijn eigen situatie betrekken en toepassen in zijn eigen leven (LEDD, 2012). Door middel van

psycho-educatie over dubbeldiagnose leert de patiënt dat een stoornis en de middelenproblematiek samenhangen en elkaar tevens beïnvloeden (Snoeks, et al., 2012).

Aanbeveling 5: Plan meer persoonlijke tijd voor de patiënten in tijdens het therapieprogramma.

Uit de interviews is gebleken dat patiënten meer behoefte hebben aan persoonlijke tijd naast de therapieën die zij verplicht volgen. Persoonlijke tijd houdt in dat de patiënt zich terug kan trekken voor of na de therapie. De patiënt mag zelf weten hoe hij deze persoonlijke tijd invult. De onderzoeksgroep beveelt aan om meer persoonlijke tijd voor de patiënt in te plannen. Patiënten geven aan dat door de ingeplande persoonlijke tijd zij tot rust komen en zich beter kunnen voorbereiden op de therapie.

Aanbeveling 6: Plan meer sport- en bewegingsactiviteiten in tijdens het therapieprogramma.

Uit de interviews is gebleken dat patiënten behoefte hebben aan meer sport en beweging op een andere plek dan de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek. De voorkeur van patiënten gaat uit naar buitenactiviteiten. Door buitenactiviteiten bevinden patiënten zich niet de hele dag in dezelfde omgeving. De onderzoeksgroep beveelt aan om meer sport en bewegingsmomenten buiten de kliniek in te plannen. Op deze manier wordt de variatie in het therapieprogramma bevorderd.

Aanbeveling 7: Plan meer individuele contactmomenten tussen medewerkers en patiënten in tijdens het therapieprogramma.

Uit de interviews is gebleken dat medewerkers opmerken dat patiënten onrustig worden van het feit dat zij te weinig individuele contactmomenten met de medewerkers hebben. Volgens de medewerkers leidt deze onrust tot agressie. De onderzoeksgroep beveelt aan om meer individuele contactmomenten tussen de medewerkers en patiënten in te plannen zodat onrust onder de patiënten wordt weggenomen. De afname van onrust zorgt volgens de medewerkers voor afname van agressie op de afdeling Klinische Detox/Stabilisatie en Diagnostiek.

LITERATUURLIJST

Abstinentie. (z.d.). In *Encyclo*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <http://www.encyclo.nl/begrip/abstinentie>

Algemeen Nederlands Woordenboek. (z.d.) *Abstinentie 1.0*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <http://anw.inl.nl/article/abstinentie>

Bartelink, C. (2013). *Wat werkt: Motiverende gespreksvoering?* Geraadpleegd op 11 mei 2017, van [http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf](http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf)

Boensma, J. (2015). *Evaluatie van verslavingsbehandelingen: Middelengebruik, lichamelijke klachten en deelname aan de maatschappij voorafgaand aan de behandeling en negen maanden na de intake*. (Masterthese). Positieve psychologie en Technologie, Universiteit van Twente, Twente.

Buitink, J. (Projectleider). (2010). *Beroepscode voor de maatschappelijk werker*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.

Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., & Carey, M. P. (1999). Assessing Readiness to Change Substance Abuse: A Critical Review of Instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 245-266. Geraadpleegd op 20 mei 2017, van <https://experts.syr.edu/en/publications/assessing-readiness-to-change-substance-abuse-a-critical-review-o>

Castle Craig. (2017). *Detoxificatie*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <https://www.castlecraig.nl/verslavingszorg/detox-detoxificatie>

Chopra, D. (2006). *Het geluk in jezelf*. Haarlem: Altamira.

Donk, C. van der, & Lanen, B. van. (2013). *Praktijkonderzoek in Zorg en Welzijn* (3e druk). Bussum: Coutinho.

Emmelkamp P. M. G., & Vedel, E. (2007). *Alcohol en drugsverslaving; een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Engel, G. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <http://www.healtorture.org/sites/healtorture.org/files/The%20Need%20for%20a%20New%20Medical%20Model%20A%20Challenge%20for%20Biomedicine%20by%20George%20L.%20Engel.pdf>

GGZ Nederland. (z.d.-a). *E-health*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <http://www.ggz nederland.nl/themas/e-health>

GGZ Nederland. (z.d.-b). *Verslavingszorg*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <http://www.ggz nederland.nl/themas/verslavingszorg>

GGZ WNB. (z.d.). *Vragenlijsten (ROM)*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <https://www.ggzwnb.nl/informatie-vragenlijsten-rom.html>

Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaar, S. van. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

In voor zorg. (24 juni 2011). *Betekenis van sociale netwerken*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <http://www.invoorzorg.nl/ivz/informatie-betekenis-van-sociale-netwerken.html>

Johnson, W., & Johnson, P. (2008). *Groepsdynamica: Theorie en vaardigheden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Jonge, J. M. de, Schaap, C. P. D. R., & Schippers, G.M. (2002). Motivatie voor verandering: Een Nederlandse versie van de University of Rhode Island Change Assessment (URICA-NL). *Diagnostiek-wijzer*, 3, 114-112. Geraadpleegd op 20 mei 2017, van https://www.researchgate.net/publication/254774910_Motivatatie_voor_verandering_een_Nederlandse_versie_van_de_University_of_Rhode_Island_Change_Assessment_URICA-NL

Kronenberg, L. (2015, 28 september). *Verpleegkundige zorg voor verslaafden met ADHD of autisme kan beter*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van http://www.ggztotaal.nl/nw-29166-73596233/nieuws/verpleegkundige_zorg_voor_verslaafden_met_adhd_of_autisme_kan_beter.html

Ledd: Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose. (2012). *Interventies en methodieken bij de behandeling en begeleiding van mensen met een dubbele diagnose*. Geraadpleegd op 12 mei 2017, van <http://ledd.nl/images/documents/downloads/eindversietoolkitversie2.pdf>

Lussier. J. P., Heil S. H., Mongeon. J. A., Badger. G. J., & Higgings, S. T. A. (2006). Meta-analysis of voucherbased reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101, 192-203. Geraadpleegd op 20 mei 2017, van http://www.readcube.com/articles/10.1111/j.1360-0443.2006.01311.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER

Mear. (z.d.). *Psycho-educatie*. Geraadpleegd op 8 mei 2017, van <http://www.mear.nl/aanbod/psycho-educatie>

Mentaal Beter. (z.d.). *Cognitieve gedragstherapie*. Geraadpleegd op 3 mei 2017, van <https://www.mentaalbeter.nl/nl-NL/Mentaal-Beter-Volwassen/Ons-zorgaanbod-volwassenen/Cognitieve-gedragstherapie>

Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek: Zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: SWP.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (2nd edition). New York: The Guilford Press.

Mondriaan. (z.d.). *Diagnostiek van verslaving*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <http://www.mondriaan.eu/nl/patienten/ziektebeelden/305/volwassenen/diagnostiek-van-verslaving>

Morgan, M.Y., Landron, F., & Lehert, P. (2004). Improvement in Quality of Life after Treatment for Alcohol Dependence with Acamprosate and Psychosocial Support. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*. 28(1), 64-77. Geraadpleegd op 20 mei 2017, van <http://essay.utwente.nl/69382/1/Boensma%2C%20J.%20-%20s1235893%20%28verslag%29.pdf>

Movisie. (2017). *Cirkel van gedragsverandering*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <https://www.movisie.nl/tools/cirkel-gedragsverandering>

Movisie. (2010, december). *Participatie ontward: Vormen van patricipatie uitgelicht*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Participatie%20ontward%20%5BMOV-222582-0.3%5D.pdf

Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Wat werkt bij cognitieve gedragstherapie?* Geraadpleegd op 3 mei 2017, van <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Wat-werkt/Wat-werkt-onderwerpen/Wat-werkt-bij-cognitieve-gedragstherapie>

Raistrick, D., & Tober, G. (2005). *Psychosocial interventions*. BMC Health Services Research. DOI: 10.1186/1472-6963-12-249

Remmerswaal, J. (2006). *Begeleiden van groepen: Groepsdynamica in praktijk*. P. 396. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Roozen, H. (2006). De Community Reinforcement Approach (CRA): Operante leerprincipes, sociale-systeembenadering en gedragsfarmacologie. *Verslaving*, 2, 3-18. Geraadpleegd op 20 mei 2017, van <http://www.communityreinforcement.nl/wp-content/uploads/2012/06/Roozen-CRA-Verslaving.pdf>

RU: Radboud Universiteit. (2011, 3 maart). *Joystick-methode tegen alcoholverslaving*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <http://www.ru.nl/onderzoek/over/wetenschappelijke-topgebieden/infectieziekten-en-immunologie/meer-info/joystickmethode-breed-inzetbare-therapie/@801074/joystick-methode-alcoholverslaving/>

Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. H., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane database of systematic reviews. DOI: 10.1002/14651858.CD008063

Snoek, A., Wits, E., & Meulders, W. (2012). *Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen*. Geraadpleegd op 9 mei 2017 van <http://www.resultatenscoren.nl/data/upload/Publication/files/middelenmisbruik-of---afhankelijkheid-en-angststoornissen---richtlijnangst-en-verslaving-incl-voorblad-voorwoord-en-colofon.pdf>

Tielemans, L.I.G., Jong, C. A. J. de. (2007). *Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231341_EN_NL06_Case%20managers%20in%20de%20VZ.pdf

Transcriberen. (z.d.). In *Encyclo*. Geraadpleegd op 22 mei 2017, van <http://www.encyclo.nl/begrip/transcriberen>

Trimbos-instituut. (2014). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2013/2014*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <https://assets.trimbos.nl/docs/ec565950-3566-48fb-adda-8406b0b7e26d.pdf>

Vanderplasschen, W., Broekaert, E., Goossens, K., Thienpondt, J., & Vandeveld, D. (2009). Belonen misschien niet effectief volgens de Zelf-Determinatie Theorie, maar het kan wel werken. *Tijdschrift psychopraktijk*. DOI:10.1007/BF03337930

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Amsterdam: Boom Lemma.

Verslavingszorg. (z.d.). *Verslavingszorg in Nederland*. Geraadpleegd op 20 mei 2017, van <http://www.verslaving.nu/html/verslavingszorg.htm>

Vincent van Gogh. (z.d.). *Afdeling Stabilisatie en Diagnostiek*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <http://www.vvgi.nl/ggz/pid-170-taalkeuze>
1/Vincent+van+Gogh+voor+geestelijke+gezondheidszorg/Over+ons///Nieuws.html?opt=1&newsid=31

Vincent van Gogh. (2015). *Afdeling Stabilisatie en Diagnostiek: Informatie voor verwijzers VVG*. Venlo: Auteur.

Zimbardo, P. G., Johnson, R. L., & McCann V. (2013). *Psychologie: Een inleiding* (7e editie). Amsterdam: Pearson Benelux.