

Motiveert inzicht mij om te herstellen?

Een kwalitatief onderzoek naar de invloed van inzicht op de motivatie van cliënten met comorbide problematiek tijdens het herstellen van middelengebruik

Mark Nuwenhoud

Fontys Hogeschool Sociale Studies

Progresscode: 89D4G-AFOZ

Naam: Mark Nuwenhoud

Studentnummer: 2753375

Klas: 4D1G

Afstudeerrichting: GGZ Agoog

Toets verantwoordelijke: Van Dinteren, Lydia

Inleverdatum tweede beoordeling: 23 augustus 2019

Samenvatting

De verslavingszorg heeft de afgelopen jaren veel veranderingen doorgemaakt. Naar aanleiding van de ambulantisering is er voor deze sector veel veranderd. Daarnaast is het zelfmanagement, waarbij de cliënt meer eigen regie krijgt in het hulpverleningstraject, steeds belangrijker geworden.

Wat echter nog niet veranderd is, zijn de hoge recidivecijfers in de verslavingszorg.

Dit onderzoek gaat in op de invloed van inzicht op de motivatie van de cliënt om te herstellen van middelengebruik en er is antwoord gegeven op de volgende hoofdvraag:

Hoe kan de sociaal agoog de cliënt met comorbide problematiek ondersteunen bij het verkrijgen van inzicht in de behandeling en bij het ontwikkelen en/of behouden van motivatie tijdens het herstellen van middelengebruik, waarbij de cliënt zelf de regie houdt in het proces?

Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek waar de invloed van de respondenten van grote waarde wordt gezien. Er is in dit onderzoek gekeken naar de visie van de cliënt, maar ook naar de visie van de sociaal agoog en de rol van de organisatie in het geheel. Om antwoord te krijgen op de hoofdvraag, is onderzoek gedaan naar de volgende deelvragen:

1. Wat is de invloed van inzicht op de motivatie van de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X om te herstellen van middelengebruik?
2. Wat is de rol van de sociaal agoog van organisatie X bij het ontwikkelen en/of behouden van motivatie van de cliënt tijdens het herstellen van middelengebruik?
3. Wat heeft de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X nodig om zijn motivatie te ontwikkelen en/of te behouden tijdens het herstellen van middelengebruik?
4. Welke middelen, attitude, vaardigheden of kennis kan de sociaal agoog inzetten of ontwikkelen om de motivatie van de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X te behouden of te verhogen?

Uit de literatuurstudie en de interviews met cliënten en sociaal agogen, is gebleken dat de sociaal agoog wel degelijk een invloed kan hebben op de motivatie van de cliënt tijdens het herstellen van middelengebruik. Vanuit meerdere theoretische kaders is onderzocht wat de invloed van motivatie is op het herstelproces en welke vaardigheden er nodig zijn om hier een meerwaarde in te creëren. Het inzichtelijk maken van het hulpverleningsproces is een belangrijke eerste stap om motivatie te ontwikkelen en herstelproces verder vorm te geven.

Afsluitend zijn er aanbevelingen gedaan om de sociaal agogen ontwikkelingen aan te bieden om hun vaardigheden op peil te houden en aan te blijven sluiten bij de behoeften van de cliënt. Hierbij hebben de sociaal agogen en de organisatie een essentiële rol. Daarnaast is het advies om een instrument te zoeken waardoor de cliënt inzicht krijgt in het hulpverleningsproces. Als laatste aanbeveling is er geadviseerd om vervolgonderzoek te doen naar de rol van het (sociaal) netwerk van de cliënt.

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het afstudeeronderzoek 'Motiveert inzicht mij om te herstellen?'. Dit afstudeeronderzoek is uitgevoerd aan de Fontys Hogeschool van Eindhoven voor de opleiding Sociale Studies, met de afstudeerrichting GGZ Agoog. In februari van dit jaar ben ik gestart met dit afstudeeronderzoek en het schrijven van deze scriptie.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen de zorginstelling waar ik gedurende deze opleiding werkzaam ben geweest, in dit onderzoek benoemd tot organisatie X. Het is een zorginstelling die als doel heeft om cliënten te ondersteunen om een zo zelfstandig mogelijk leven te leiden en daarbij de eigen regie zover als mogelijk te benutten. De focus ligt op de mogelijkheden en krachten van de cliënt.

De cliënten die verblijven binnen deze beschermde woonvorm zijn gediagnosticeerd met comorbide problematiek, waarbij alle cliënten kampen met verslavingsproblematiek. De visie van organisatie X is gericht op het herstellen van middelengebruik, waarbij het einddoel is dat de cliënt weer zelfstandig zonder problemen kan functioneren en actief kan deelnemen aan de maatschappij.

Echter, de tijd en ook de literatuur leert ons dat het herstellen van middelengebruik een moeizaam traject is en recidive vaak voorkomt. Het doel van dit onderzoek is dan ook om kennis en inzicht te verzamelen over wat de invloed van inzicht op de comorbide cliënt is en wat hij/zij nodig heeft om gemotiveerd te werken aan herstel. Dit om handvatten te formuleren voor de sociaal agoog om de cliënt te motiveren/stimuleren om zijn herstelproces vorm te geven en op een juiste wijze begeleiding te bieden aan dit proces waarin de cliënt zoveel mogelijk eigen regie kan behouden.

Ik wil alle respondenten bedanken voor hun actieve bijdrage om dit onderzoek tot een succes af te ronden. Hun openheid, actieve houding en kwetsbare opstelling hebben ervoor gezorgd dat ik dit onderzoek kan afsluiten met het doen van concrete aanbevelingen om de zorg te verbeteren. Daarnaast wil ik graag mijn docenten bedanken voor hun tijd, energie, concrete feedback en de stimulans om een krachtig onderzoek neer te zetten. Ook wil ik mijn peergroep bedanken voor hun steun en feedback gedurende dit proces.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van dit onderzoeksverslag.

Mark Nuwenhoud

Augustus 2019, Waalre

Inhoudsopgave

Inleiding	1
1. Context en probleemschets	2
1.1 Context van het onderzoek	2
1.2 Probleemanalyse	3
Macro: Rijksoverheid	3
Meso: Organisatie X en gemeente Best	4
Micro: De cliënt	5
Conclusie	7
1.2 Probleemstelling	7
1.3 Doelstelling	8
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	8
Hoofdvraag:	8
Deelvragen:	8
1.5 Begripsafbakening	8
2. Theoretisch kader	11
2.1 Doelgroep beschrijving: Cliënten met comorbide problematiek	11
2.2 Motivatie	13
2.3 Zelfregie	14
2.4 Fasen van verandering: De cirkel van verandering	15
2.5 Oplossingsgerichte therapie	16
2.6 Zelfinzicht van cliënten vergroten	17
3. Methodologie	19
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef	19
Onderzoekspopulatie	19
Steekproef	20
3.2 Dataverzamelingsmethode	20
3.3 Meetinstrument	22
3.4 Data-analyse	22
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit	23
Betrouwbaarheid	23
Validiteit	24
4. Resultaten	25
Hoofdvraag:	25
Deelvragen:	25
4.1 Resultaten deelvraag 1	25
4.2 Resultaten deelvraag 2	27

4.3 Resultaten deelvraag 3	28
4.4 Resultaten deelvraag 4	30
5. Conclusie en aanbevelingen	33
5.1 Conclusie deelvragen	33
5.2 Conclusie hoofdvraag en aanbevelingen.....	36
6. Discussie	38
6.1 Betekenis en bruikbaarheid	38
6.2 Sterke- en zwakteanalyse.....	39
Literatuurlijst	40
Bijlagen	43
Bijlage 1. Topiclijst	43
Bijlage 2. Codeboom.....	44

Inleiding

“Een metafoor die vaak gebruikt wordt, is die van de ruiter en het paard. Het paard staat voor onze impulsen en driften, die – als het goed is – door de ruiter in bedwang worden gehouden. Iemand met een verslaving heeft een op hol geslagen paard: de ruiter heeft geen controle meer. Hierdoor komen ze nooit op de plek van bestemming aan. Het paard laaft zich aan de bloemen in de wei en de ruiter raakt het vertrouwen kwijt dat hij het paard op de weg kan houden.

De meeste verslavingsbehandelingen, die ‘evidence-based’ zijn, stellen dat je niet veel meer hoeft te doen dan het paard lang genoeg op de weg te houden om de ruiter weer aan vertrouwen te laten winnen en het paard te leren dat de beloning die wat verderop ligt (kilo’s haver, een merrie om te dekken, meedoen aan een toernooi etc.) meer waard is dan dat laffe bloemetje in de wei. Klinkt logisch. Werkt helaas lang niet altijd.” (Hari, 2017)

Hari (2017) heeft zich verdiept in de praktijk van verslavingsproblematiek en beschrijft met zijn citaat de weg, die een cliënt aflegt in zijn herstelproces en de moeilijkheidsgraad van het vinden van een juiste weg met de juiste ondersteuning. In dit onderzoek wordt nader ingezoomd op het probleem, dat ervaren wordt in de dagelijkse praktijk van de verslavingszorg door zowel de cliënt als de professional.

Onderzocht wordt wat de rol van inzicht is op de motivatie van de cliënt om te herstellen van middelengebruik. Ook wordt er stilgestaan bij de invloed van de zelfregie. Hoe ervaart de cliënt dit fenomeen en hoe gaat de sociaal agoog hiermee om?

Dit onderzoeksverslag wordt afgesloten met aanbevelingen om de sociaal agoog handvatten te bieden om aan te sluiten bij de behoeften van de cliënt. Deze behoeften zijn middels dit kwalitatief onderzoek inzichtelijk geworden.

Naast de behoeften van de cliënt, is er in dit onderzoek ook stilgestaan bij de ervaringen van de sociaal agoog en de ketenzorgpartners. Deze visies, meningen en ervaringen zijn gebundeld en vormen de beantwoording op de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek.

Heeft de sociaal agoog nu daadwerkelijk invloed op het ontwikkelen- of behouden van motivatie om een cliënt te laten herstellen van middelengebruik? Of, wat heeft de cliënt nu echt nodig?

1. Context en probleemschets

In dit hoofdstuk zijn de context en de probleemanalyse van dit onderzoek te lezen.

Het hoofdstuk is als volgt onderverdeeld:

- Paragraaf 1.1: de context
- Paragraaf 1.2: de probleemanalyse op macro-, meso- en microniveau
- Paragraaf 1.3: de probleemstelling
- Paragraaf 1.4: de doelstelling
- Paragraaf 1.5: de hoofd- en deelvragen
- Paragraaf 1.6: de begripsafbakening.

1.1 Context van het onderzoek

Dit onderzoek richt zich op de verslavingszorg. Van der Stel (2017) heeft, in opdracht van GGZ Nederland, onderzoek gedaan naar het uitgebreide netwerk aan voorzieningen voor de verslavingszorg in Nederland, zowel medisch als sociaal, die zich richten op zowel de behandeling als het voorkomen van problematisch gebruik van middelen. In tegenstelling tot het feit, dat het bereiken van een middelenvrij bestaan het enige primaire doel is in de verslavingszorg, stelt Van der Stel (2017), dat het verbeteren van het lichamelijke en maatschappelijke functioneren ook behoort tot de behandeling van comorbide problematiek. Van der Stel (2017) stelt dat er voor iedereen kans op herstel is waarbij voor de gebruiker de mogelijkheid bestaat om de progressie van een ongunstige ontwikkeling te stoppen.

Men hoeft dus niet ‘genezen’ te zijn om een positieve verandering door te kunnen maken. Door de focus te leggen op ontwikkelingsfasen en individuele kenmerken neemt de kans toe dat er in de toekomst nog effectievere zorg aangeboden kan worden aan deze doelgroep en hogere tevredenheid behaald kan worden. Van der Stel (2017) benadrukt ook het belang van de hulp, die erop gericht is dat de cliënt de aansluiting met de maatschappij (en het sociaal netwerk) niet verliest dan wel herstelt. Meinema (2017) heeft voor kennisinstituut Movisie (z.d.) kennis verzameld over het begrip ‘eigen regie’. Aanvullend op Van der Stel (2017) schrijft zij over de overlevering aan zorg, waarbij de cliënt is overgeleverd aan wat de hulpverlener vindt dat er moet gebeuren. Binnen de zorgsector heeft een transitie plaatsgevonden, waarbij de eigen regie van de cliënt toeneemt. Dit houdt in dat de cliënt, eventueel bijgestaan door naasten of professionals, zelf bepaalt wie welke hulp of ondersteuning biedt en op welke wijze dit plaatsvindt. Dit in tegenstelling tot hoe de zorg de afgelopen decennia vorm heeft gekregen, namelijk dat de hulpverlening sturend dan wel bepalend was in het hulpverleningstraject. Dom, Dijkhuizen, Van der Hoorn, e.a. (2013) schrijven in het handboek voor ‘Dubbele diagnose’ dat het van belang is om de eigen regie van de cliënten in de verslavingszorg te stimuleren. Hierin staat beschreven hoe een cliënt werkt aan zijn herstelproces en welke fasering hij/zij doorloopt. Aansluitend bij Van der Stel (2017) schrijven zij dat een herstelproces meerdere fases kent, waarbij de eindfase niet altijd ‘genezing’ hoeft te betekenen, maar ook gericht kan zijn op een positieve verandering. Bij

cliënten met een verslaving kan dit ook de verandering van problematisch naar aanvaardbaar gebruik betekenen. Meinema (2017) verwijst naar de werkzame elementen bij eigen regie: eigenaarschap, kracht, motivatie en contacten. In dit onderzoek wordt verder ingegaan op de invloed van het derde element: de motivatie.

1.2 Probleemanalyse

Macro: Rijksoverheid

Oudejans en Spits (2016), gespecialiseerd in de psychosociale- en verslavingszorg, beschrijven de invloed van de financiers van de zorg, te weten de zorgverzekeraars en de gemeenten. Zij beschrijven, dat cliënttevredenheid steeds hoger in het vaandel komt te staan bij zorgverzekeraars. Door het keuzerecht in het zorgstelsel hechten de financiers veel waarde aan het oordeel van de cliënt aangezien hij/zij de zorgafnemer is. De zorgverzekeraars en de gemeenten maken de keuzes welke zorg gefinancierd gaat worden. Voor de zorgsector is het dan ook van groot belang om aan te sluiten bij de visie op zorg van zorgverzekeraars en gemeenten. Oudejans en Spits (2016) benadrukken ook het belang van een goede samenwerking, waarbij de zorgaanbieders hun aanbod van zorg zichtbaar maken en aan laten sluiten bij de behoeften van de cliënt.

Een belangrijke verandering die zich de afgelopen jaren heeft voorgedaan in het Nederlandse zorgstelsel, is de ambulantisering (GGZ Nederland, z.d.). Op de website van de Rijksoverheid (2013) is de troonrede van 2013 te lezen, waarin de term 'participatiesamenleving' wordt geïntroduceerd. Dit houdt in dat iedere burger verantwoordelijk wordt gehouden voor zijn/haar eigen leven en diens omgeving. Movisie (2015) deed twee jaar later onderzoek naar deze participatiesamenleving. Uit dit onderzoek is gebleken dat niet iedere burger de vaardigheden bezit of een netwerk om zich heen heeft om de juiste ondersteuning en zorg te bewerkstelligen.

Op de website van GGZ Nederland (z.d.) staat de samenhang beschreven tussen de participatiesamenleving en de ambulantisering. Er is sprake van een afbouwbeleid van de intramurale zorg, dat door de regering is ingesteld, namelijk het verminderen van klinische bedden voor 2020. Om intramurale voorzieningen te kunnen verminderen, moesten er alternatieve vormen van zorg gezocht en aangeboden worden. Op de website van GGZ Nederland (z.d.) is te lezen, dat deze alternatieve vormen van zorg nog niet in alle disciplines van de tweedelijns hulpverlening bekend zijn, terwijl de gemeenten al wel keuzes moeten maken over het behandeltraject. De gemeenten hebben hierin een belangrijke rol gekregen, aangezien zij verantwoordelijk zijn geworden voor de financiering en vormgeving van zorg. Op de website van de Zorgwijzer (2019) is te lezen dat de gemeenten de rol van consultant op zich nemen om de problemen in te schatten en te besluiten welke zorg noodzakelijk is. De kern van deze verandering is, dat de cliënt zelf duidelijk aan moet geven waar hij/zij behoefte aan heeft met betrekking tot zorg en dat er niet langer een standaardaanbod bestaat waar de cliënt uit kan kiezen. Tevens wordt de samenleving in zijn geheel verantwoordelijk gemaakt voor het kenbaar maken van de problematiek en het op zoek gaan naar oplossingen. De participatiesamenleving en de ambulantisering zijn erop gericht dat zowel de cliënt als diens omgeving, verantwoordelijk zijn voor het proces. Movisie (2015) laat in onderzoeksverslagen de positieve invloed van zelfregie op de motivatie zien, wat aansluit bij het nemen van eigen verantwoordelijkheid door de cliënt voor het zorgproces.

De afspraken in het bestuurlijk akkoord GGZ (GGZ Nederland, 2013) bepalen voor de komende jaren de inrichting van de zorg voor zowel de GGZ als de verslavingszorg. Centraal uitgangspunt hierbij is, dat de zorg naar de cliënt toekomt en niet langer andersom. De cliënt wordt medeverantwoordelijk gemaakt voor de organisatie van de juiste zorg. De achterliggende gedachte is dat de cliënten deel uit blijven maken van de samenleving, waardoor hun perspectief op volwaardig burgerschap groter is dan wanneer zij worden opgenomen in een kliniek. De tegenhanger is echter dat de maatschappij ook langer en vaker geconfronteerd zal worden met de problematiek die een verslaving met zich meebrengt. Aangezien de problematiek in de verslavingszorg zo divers is, kan de overlast groot zijn (Goossens, 2012).

Wanneer het voor een cliënt onduidelijk is welke zorg hij nodig heeft en wat er voor nodig zal zijn om deze hulp op de juiste wijze te organiseren, blijft er overlast voor de maatschappij bestaan.

Meso: Organisatie X en gemeente Best

“We kunnen de ruiter wel meer trucs aanleren om dat paard in bedwang te houden, of het paard leren dat de bloemetjes op langere termijn echt zo goed niet meer smaken. Maar hoe zorgen we dat de ruiter en het paard krijgen wat ze nodig hebben?” (Hari, 2017)

De kerntaak van de hulpverleners in de verslavingszorg is het behandelen en begeleiden van mensen met diverse verslavingsproblemen. De hulpverleners hebben een breed scala aan kennis nodig om deze doelgroep de juiste hulp te kunnen bieden, omdat de hulpvraag vaak breder is dan alleen de verslavingsproblematiek en gepaard gaat met problemen op verschillende levensgebieden (Van der Stel, 2017). Door de ambulantisering is niet alleen de inhoud van de zorg, maar ook de rol van de zorginstellingen veranderd. Er bestaan momenteel nog klinische bedden voor de ontwenning van middelenafhankelijkheid en het tijdelijk middelenvrij houden van een cliënt (GGZ Nederland, 2013), maar de doelgroep is breder. Doordat cliënten vaak een brede zorgvraag hebben is er behoefte aan een breder aanbod van zorg. GGZ Nederland (2013) stelt, dat zorginstellingen voor de uitdaging staan om hun aanbod van zorg kenbaar te maken aan de juiste doelgroep en te zorgen voor goede vindbaarheid. De drempel voor de cliënt om zelf de zorg te organiseren, is hoog, een uitdaging waar de zorginstellingen mee aan de slag moeten. Er is een goede samenwerking noodzakelijk met de gemeenten, want deze bepalen de budgetten om hulp te kunnen verlenen aan deze doelgroep. Dit alles is vastgelegd in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

Bij iedere gemeente bestaat echter speelruimte bij de invulling van deze wet, maar vraagt de zorginstellingen wel om verantwoording van de geleverde dan wel de te leveren zorg, het stellen van doelen en het meetbaar maken van deze doelstellingen (Rijksoverheid, 2019). Dit vergt concretere uitwerking van plannen en een heldere omschrijving van doelstellingen van de zorginstelling. De gemeente Best heeft ervoor gekozen alle zorg onder te brengen in de Bestwijzer (2015). De Bestwijzer geeft alle inwoners van de gemeente Best inzicht in de beschikbare voorzieningen op het gebied van zorg en welzijn die aangeboden worden door zorgaanbieders die een samenwerkingscontract hebben met de gemeente. De gemeente heeft een 25-tal zorgorganisaties aan zich gebonden met wie zij nauwe samenwerkingsverbanden hebben ontwikkeld, waarvan organisatie X er één is. In het contract met de gemeente is vastgelegd dat organisatie X zorg in natura aan mag bieden aan cliënten en dat de gemeente een ondersteunende en verwijzende rol heeft. De

Rijksoverheid (z.d.) legt uit dat dit voor de cliënt inhoudt dat de gemeente bepaalt welke zorg er afgenomen kan worden en dat de cliënt vervolgens in gesprek met de zorgaanbieder afspraken kan maken over hoe deze zorg/ondersteuning er in de praktijk uit zal zien. Wanneer er, uit welke hoek dan ook, signalen komen dat iemand zorg of ondersteuning nodig heeft die geboden zou kunnen worden door organisatie X (passend bij hun missie en visie), dan zal de gemeente een activerende rol hebben waarin zij een gerichte verwijzing zal doen naar deze organisatie.

Organisatie X is een beschermde woonvorm en biedt zorg aan cliënten met comorbide problematiek; dit is verslavingsproblematiek met een onderliggende, of uit de verslaving voortgekomen, psychiatrische beperking. Hier wordt gewerkt vanuit een zorgplan, waarin bij opname o.a. een Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) (z.d.) wordt ingevuld door de hulpverlener, samen met de cliënt. De ZRM (z.d.) geeft inzicht in alle levensdomeinen van de cliënt en maakt duidelijk waar een cliënt hulp of ondersteuning bij nodig heeft. Daardoor ontstaan doelen binnen de levensdomeinen waar de cliënt onvoldoende zelfredzaam is. Aan de hand van deze opgestelde doelen wordt gerapporteerd. De ZRM wordt halfjaarlijks door de hulpverlener geëvalueerd aan de hand van de rapportages. Vervolgens wordt deze, als verantwoording van de financiering van zorg zoals bepaald in de WMO (Rijksoverheid, 2018), in het bijzijn van de betreffende cliënt overlegd aan de gemeente. De ZRM blijkt echter een middel dat met name inzicht biedt aan de hulpverlening en aan de financier, maar in mindere mate tussentijdse vorderingen of stagnaties in behandeling laat zien aan de cliënt (Movisie, 2018). De cliënt heeft dus zelf te weinig of geen inzicht in de vooruitgang van zijn ontwikkeling in de, mede door hem, opgestelde doelen.

Organisatie X gebruikt de ZRM om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de behoeften van de cliënt. De visie van organisatie X (z.d.) is als volgt:

“.. Is een zorginstelling gespecialiseerd op mensen met een verslaving en een diagnose. Het is onze kracht om samen met de cliënten een uitdaging aan te gaan om het anders te doen. Ervoor te zorgen dat het goed met je gaat. De zorg is continu in beweging. Ieder mens heeft recht om deel te nemen aan de maatschappij. We leggen het accent op wat iemand kan in plaats van wat iemand niet kan. Lees verder op onze website om te zien wat we voor je kunnen betekenen (z.d.).”

De kern van de visie van organisatie X is dat iedere cliënt krachten en sterke eigenschappen heeft en daardoor in zijn of haar eigen kracht kan worden gezet. Organisatie X heeft als doel om daar zo dicht mogelijk bij aan te sluiten en de regie zoveel mogelijk bij de cliënt te laten.

De organisatie heeft zich de afgelopen jaren aangepast aan de veranderingen van de zorg door meer proactief te laten horen wat zij te bieden hebben en situaties op te zoeken waar zorgzoekenden zich begeven, zoals beschreven wordt in de Bestwijzer (z.d.). De ZRM (z.d.) geeft zowel organisatie X als de gemeente handvatten om de zorg te regisseren en vorm te geven, maar dit instrument blijkt niet voldoende helpend te zijn voor de cliënt.

Micro: De cliënt

De cliënt wordt in het huidige zorgstelsel verantwoordelijk gemaakt voor het beslismoment om daadwerkelijk ondersteuning of zorg in te schakelen en het vormgeven van de zorg. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, afgekort WRR (2017), heeft onderzoek gedaan

naar wat een realistisch perspectief kan zijn met betrekking tot de redzaamheid. De WRR (2017) signaleert in 2017, dat niet alle burgers gelijke mogelijkheden hebben als het gaat om zelfredzaamheid, door het verschil tussen het denkvermogen en het doenvermogen. Uit hun onderzoek blijkt, dat de Nederlandse overheid de gemiddelde burger overschat met betrekking tot het doenvermogen. Met de vormgeving van de huidige participatiesamenleving wordt van de cliënt verwacht dat zij, op momenten dat zij mentaal belast of hulpbehoevend zijn, zelf in staat zijn om in actie te komen om zorg te regelen. Naast de druk om te beseffen dat er problematisch gedrag is waar zij ondersteuning bij nodig hebben, wordt verwacht dat cliënten ook zelf keuzes maken voor interventies van hulpverleners. Meinema (2017) onderschrijft dit door een kritische vraag te stellen over de mogelijkheden van zelfregie. Zo beschrijft zij het dilemma dat de acties die een cliënt kiest wellicht niet voldoen aan de verwachtingen van de Nederlandse overheid. De WRR (2017) schetst een realistisch perspectief als vertaling van de gedragswetenschappelijke bevindingen van hun onderzoek, waaruit blijkt dat mensen niet altijd handelen, ondanks hun goede voornemens. Men kan dus wel onderkennen dat er een probleem is (en dat is al een hele belangrijke dan wel de belangrijkste stap), maar zijn cliënten ook in staat om de juiste keuzes te maken met betrekking tot vormen van hulpverlening? De WRR (2017) concludeert dat weten niet altijd leidt tot doen. Het beleid van de Nederlandse overheid betekent volgens de WRR (2017) dat de overheid ervan uitgaat dat een cliënt met een visie op problematiek, automatisch ook kiest voor de juiste acties om met deze problematiek om te gaan. Wanneer deze twee perspectieven vergeleken worden, wordt duidelijk dat het uitgangspunt hetzelfde is, namelijk het hebben van eigen verantwoordelijkheid en zelfregie. Bij cliënten met comorbide problematiek is het echter de vraag of zij überhaupt wel in staat zijn om zelfregie te voeren, want het ontbreekt hen vaak aan ziekte-inzicht en dientengevolge ook aan motivatie. In een klinische setting hebben zij zich veilig en beschermd gevoeld. Maar als zij daarna teruggeworpen worden op zichzelf, blijken er te hoge verwachtingen aan hen gesteld te worden, waar ze niet aan kunnen voldoen. De kans op terugval, recidive, is dan ook groot.

De WRR (2017) beveelt zorginstellingen aan om bij de uitvoering van het beleid vroegtijdig contact met cliënten te zoeken, wanneer er sprake lijkt te zijn van onrust of verminderde mentale omstandigheden. Zo kan er beter onderscheid gemaakt worden tussen cliënten die niet willen en cliënten die niet kunnen en kan er bijgestuurd worden op de momenten dat er nog voldoende mentale ruimte is om helder na te denken en in actie te komen. Voor de cliënt houdt dit in dat er bij de vroeg signalering al ondersteuning in beeld moet komen, waarbij het belang van zelfinzicht merkbaar wordt. Niet kunnen en niet willen liggen in deze context dicht bij elkaar: heeft een cliënt het vermogen niet omdat hij niet wil of wil een cliënt niet, omdat hij niet weet hoe het moet?

Psycholoog Mischel heeft in 1970 de Marshmallow-test ontwikkeld, waarbij kleuters aan een test onderworpen werden om te onderzoeken of zij het vermogen bezaten om hun behoeftebevrediging uit te stellen. Zij werden blootgesteld aan één marshmallow en kregen de uitdaging om te wachten tot de onderzoeksleider terugkwam van korte afwezigheid om dan een tweede marshmallow in ontvangst te nemen, of om de verleiding niet te kunnen weerstaan en genoeg te nemen met één marshmallow. Dit onderzoek is op een later tijdstip vaak gekoppeld aan de behoeftebevrediging van cliënten met verslavingsproblematiek en staat dan ook beschreven in het handboek Verslaving van Franken en van

den Brink (2011). Dit onderzoek sluit aan bij de twijfels, die voortkomen uit het onderzoek van de WRR, namelijk of de cliënt in staat is om de juiste keuzes te maken. Oftewel, is het doenvermogen sterk genoeg ontwikkeld of wat is hierin nodig?

Uit diverse cliënttevredenheidsmetingen van organisatie X komt naar voren, dat cliënten het inzicht in gemaakte stappen van behandeling missen. Uit deze metingen is gebleken, dat cliënten het inzicht missen en welke acties er nodig zijn om het einddoel van de behandeling te behalen. Dit sluit aan op bovenstaande onderzoeken van Meinema (2017) en de WRR (2017).

“De verslaving heeft misschien niet zozeer sec te maken met de afhankelijkheid van een bepaalde stof, maar meer met het gebrek aan verbinding.” (Hari, 2017)

Uit dit citaat van Hari (2017) komt nogmaals de nadruk van de verslaving naar voren, wat aansluit op het onderzoek van de behoeftebevrediging van Mischel (2011). Hari (2017) schetst met zijn citaat het beeld uit de praktijk, waarbij cliënten missen welke acties leiden tot bepaalde gedragsveranderingen. Het lukt hen niet om het doenvermogen in verbinding te brengen met het denkvermogen en daarbij ook nog eens de juiste keuzes te maken, die leiden tot herstel of positieve veranderingen.

Conclusie

Uit onderzoeken, uitgevoerd door GGZ Nederland (2013), is gebleken, dat behandeling voor cliënten met comorbide problematiek effectiever kan worden door betere aansluiting te zoeken bij de fase van de verslaving. Hiervoor heeft de cliënt inzicht in zijn of haar problematiek nodig en dient hij/zij over denkvermogen te beschikken om acties te overzien (WRR, 2017). In het handboek Verslaving van Franken en van den Brink (2011) staat het proces beschreven wat doorgemaakt dient te worden om een cliënt te motiveren tot het aangaan van het werken aan herstel van de verslaving en de bijbehorende fasen. Het verkrijgen van deze motivatie zou kunnen leiden tot een actievere houding van de cliënt om zich daadwerkelijk in te zetten om tot verandering te komen. Franken en van den Brink (2011) stellen dat wanneer er geen aandacht is voor de motivatie van de cliënt, de kans groter wordt, dat een herstelproces door de cliënt als niet succesvol wordt beschouwd. Dit kan leiden tot recidive in gebruik wat demotiverend werkt om verder het (herstel)proces in te gaan.

1.2 Probleemstelling

Het is uit bestaande onderzoeken niet voldoende duidelijk geworden wat de cliënt nodig heeft om de juiste ondersteuning of hulp in te schakelen, dan wel het zorgproces op een juiste wijze zelfstandig vorm te geven. De kennis van het probleem zorgt er niet automatisch voor, dat de cliënt in staat is om het zorgproces op effectieve wijze vorm te geven. De probleemstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

Cliënten met comorbide problematiek worden in het huidige zorgstelsel zelf verantwoordelijk gemaakt voor het vormgeven van het zorgproces en voor het inschakelen van de ondersteuning, die zij daarbij nodig hebben. Uit diverse onderzoeken is gebleken, dat cliënten hier niet altijd toe in staat zijn, met als gevolg veel recidive en stagnatie in het herstelproces. Het is onduidelijk wat er nodig is om cliënten wel in staat te stellen om meer zelfregie te laten nemen in het zorgproces en de juiste acties uit te laten zetten, die leiden tot een positief

herstelproces op lange termijn.

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om kennis en inzicht te verzamelen over de invloed van inzicht op de comorbide cliënt en wat hij/zij nodig heeft om motivatie te bereiken, om te komen tot het werken aan herstel. Dit om handvatten te formuleren voor de sociaal agoog om de cliënt te motiveren/stimuleren om zijn herstelproces vorm te geven en op een juiste wijze begeleiding te bieden aan dit proces, waarbij de cliënt zoveel mogelijk eigen regie kan behouden.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag:

Hoe kan de sociaal agoog de cliënt met comorbide problematiek ondersteunen bij het verkrijgen van inzicht in de behandeling en bij het ontwikkelen en/of behouden van motivatie tijdens het herstellen van middelengebruik, waarbij de cliënt zelf de regie houdt in het proces?

Deelvragen:

1. Wat is de invloed van inzicht op de motivatie van de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X om te herstellen van middelengebruik?
2. Wat is de rol van de sociaal agoog van organisatie X bij het ontwikkelen en/of behouden van motivatie van de cliënt tijdens het herstellen van middelengebruik?
3. Wat heeft de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X nodig om zijn motivatie te ontwikkelen en/of te behouden tijdens het herstellen van middelengebruik?
4. Welke middelen, attitude, vaardigheden of kennis kan de sociaal agoog inzetten of ontwikkelen om de motivatie van de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X te behouden of te verhogen?

1.5 Begripsafbakening

Sociaal agoog:

Binnen de context van dit onderzoek wordt met de sociaal agoog de woonbegeleider bedoeld, die, conform de taakomschrijving, de volgende taken uitvoert binnen de betreffende instelling (z.d.):

- De begeleider observeert, begeleidt en stimuleert de cliënten die zelfstandig wonen;
- Het stimuleren van zelfredzaamheid van de cliënt;
- De begeleider maakt een zorgplan. Vanuit het behandelplan ga je te werk;
- De begeleider verhoogt de zelfredzaamheid van cliënten door hen te begeleiden op het gebied van financiële, administratieve en sociaal-emotionele aspecten;
- De begeleider stimuleert de sociale omgeving om cliënt te helpen en houdt contact met het netwerk rondom de cliënt.

Cliënt met comorbide problematiek:

Op de website van GGZ standaarden (z.d.) staan alle zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen beschreven voor de geestelijke gezondheidszorg. Zij omschrijven, dat bij deze doelgroep meerdere stoornissen of aandoeningen tegelijkertijd voorkomen bij één persoon, maatschappelijke- en sociale problematiek inclusief. In dit onderzoek wordt verwezen naar de cliënt met een verslaving en

een psychiatrische stoornis in zowel AS1-, AS2-, en AS4 van de DSM 5, het landelijke classificatiesysteem voor psychische stoornissen (2017).

Verslaving:

De DSM 5 (2017) heeft elf criteria opgesteld waaraan voldaan moet worden om de diagnose verslaving te krijgen. De DSM 5 (2017) stelt een milde verslaving vast als een cliënt voldoet aan twee of drie criteria, bij vier of vijf criteria is er sprake van een gematigde stoornis en bij zes of meer symptomen is er sprake van een ernstige stoornis.

Zorginstelling Organisatie X:

Organisatie X is een kleinschalige zorginstelling, die een beschermde woonvorm biedt aan cliënten met comorbide problematiek (z.d.). Er wordt gewerkt vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, deze bepaalt het zorgzwaartepakket in de vorm van een indicatie en toekenningsbeschikking van een zorgpakket. Organisatie X werkt alleen met een “Beschermd wonen midden pakket”; dit houdt in, dat de cliënt voldoende zelfredzaam is om te voorzien in zijn eerste levensbehoeften en zelf zorg kan dragen voor het uitvoeren van de eerste, basale taken die hierbij horen (Bestwijzer, 2015). Deze indicatie biedt geen mogelijkheid tot nachtelijk toezicht, de begeleiding is dan ook in de vorm van woondiensten, die tijdens de dag en avond worden uitgevoerd.

Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO):

De WMO is een onderdeel van de Participatiewet, die met ingang van 1 januari 2015 ten uitvoer is gebracht (Rijksoverheid, 2018). Deze wet zegt, dat de gemeente verantwoordelijk is voor het uitvoeren van ondersteuning van inwoners van hun gemeente, in de vorm van zorg in natura (ZIN), of persoonsgebonden budget (PGB). Het verschil is dat een PGB door de cliënt wordt ingezet om zelf zorg in te kopen bij een aanbieder naar keuze en ZIN wordt ingezet door een zorgverlener die een overeenkomst heeft met de gemeente in de vorm van een aanbesteding om zorg te verlenen binnen de betreffende gemeente, in dit geval gemeente Best (z.d.). Hierbij wordt, in tegenstelling tot PGB, geen verantwoording gevraagd in het aantal geleverde uren zorg, maar in het verantwoorden van het werken aan of het behalen van gestelde doelen.

Beschermd wonen:

GGZ Oost-Brabant omschrijft beschermd wonen als volgt: *“In een beschermde woonvorm woont een cliënt samen met anderen, soms met continue begeleiding en soms met begeleiding op afstand. De nadruk ligt op ondersteuning en bevorderen van zelfstandigheid. Beschermd wonen is bedoeld voor mensen met een redelijk stabiel psychiatrisch beeld, die echter wel langdurige ondersteuning, maar geen behandelplek nodig hebben.”* (z.d.)

Inzicht:

Het encyclopedisch kennisplatform 'Ensie' (z.d.) omschrijft het begrip inzicht als volgt:

"Inzicht is de toestand dat men iets begrijpt of als men snapt hoe iets in elkaar zit. Het is een vorm van zelfbewustzijn; hoe iemand ergens naar kijkt. 'Inzicht' is het psychotherapeutisch begrip voor het emotionele/verstandige begrijpen van de eigen psychische toestand."

Herstel:

Op de website van GGZ (z.d.) wordt het begrip 'herstel' als volgt omschreven:

"'Herstel' is een uniek en persoonlijk proces waarbij men toewerkt naar een volwaardig en zinvol leven - ondanks de beperkingen die (alcohol)problemen kunnen geven. Het gaat daarom ook om het – naar het oordeel van de patiënt - psychisch en sociaal weer goed kunnen functioneren en het kunnen deelnemen aan de maatschappij. Dat laatste kan natuurlijk alleen in een samenleving die voldoende kansen biedt. Er is meer oog gekomen voor de persoonlijke ontwikkeling van mensen met een verslaving. Uiteindelijk is het hún leven. Zij zijn – met hulp vanuit de zorg – aan zet. De verslavingszorg ondersteunt hun persoonlijke herstelproces. Dat richt zich onder andere op het ontwikkelen van een positieve identiteit, het vestigen van hoop op verandering en een betere toekomst, het praten over wat men zelf belangrijk vindt in het leven en het onder ogen zien van het eigen levensverhaal."

Behandeling:

In het kader van dit onderzoek bedoelen we met het begrip 'behandelen' een verzameling van interventies om bepaalde behandeldoelstellingen te behalen. Het begrip beschrijft het proces van het werken aan deze doelstellingen zoals ook beschreven staat op de website van GGZ Standaarden (z.d.).

Motiveren:

Ensie (z.d.) omschrijft motiveren als datgene wat het individu drijft tot bepaald gedrag. In dit onderzoek zoomen we in op de vaardigheden die nodig zijn om deze gedragingen te bereiken en wordt inhoudelijk onderzocht wat een cliënt nodig heeft om tot verandering te komen.

Middel:

In het kader van dit onderzoek wordt er gezocht naar een aanbeveling voor een praktische opvolging van de onderzoeksvraag, waarbij onderzocht kan worden hoe praktisch invulling te geven aan het probleem. Er zal daarom onderzoek gedaan worden naar een 'middel', wat ook wel omschreven kan worden als concrete omschrijving van een actie om tot een doel te komen.

Zelfmanagement:

Is het zodanig omgaan met een chronische aandoening, dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven en dat de cliënt de benodigde handelingen, in relatie tot zijn aandoening, zelfstandig en op de juiste wijze kan uitvoeren.

2. Theoretisch kader

Het theoretisch kader is onderverdeeld in de volgende paragrafen:

- Paragraaf 2.1: Doelgroep beschrijving: Cliënten met comorbide problematiek
- Paragraaf 2.2: Motivatie
- Paragraaf 2.3: Zelfregie
- Paragraaf 2.4: Fasen van verandering: De cirkel van verandering
- Paragraaf 2.5: Oplossingsgerichte therapie
- Paragraaf 2.6: Zelfinzicht van cliënten vergroten

In dit theoretisch kader is een samenvattende weergave te lezen van een literatuurstudie, die is uitgevoerd ter voorbereiding van de interviews. In dit kwalitatief onderzoek is ervoor gekozen om meerdere databronnen te onderzoeken, waarvan de wetenschappelijke literatuur een onderdeel is (Baarda et al., 2014).

Allereerst wordt de doelgroep vanuit de literatuur nader bekeken, cliënten met comorbide problematiek, waarvan verslaving een onderdeel is. Vervolgens worden, vanuit de literatuur, modellen en methodieken beschreven, die ondersteunend zijn bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag. De theorie geeft deels inzicht in wat de invloed van inzicht op de motivatie van de behandeling is en hoe de zelfregie van de cliënt gestimuleerd of behouden kan worden.

2.1 Doelgroep beschrijving: Cliënten met comorbide problematiek

Allereerst is er voor dit onderzoek een literatuurstudie gedaan naar de doelgroep, namelijk cliënten met comorbide problematiek. Comorbiditeit is het voorkomen van twee of meer stoornissen of aandoeningen tegelijkertijd. In dit onderzoek is er bij alle cliënten sprake van verslavingsproblematiek. In het handboek 'Dubbele diagnose' (2013) wordt duidelijkheid gegeven over dit comorbiditeit. De classificatie van psychiatrische stoornissen, de DSM-V-classificatie, wordt hiervoor als uitgangspunt genomen. Dit classificatiesysteem wordt, zowel door de GGZ als door de verslavingszorg, gebruikt om diagnoses vast te stellen. De financiering van zorg is hier eveneens op afgestemd.

Van der Stel (2013) beschrijft comorbiditeit als volgt:

“Bij comorbiditeit is er goed beschouwd sprake van het samen oplopen van twee aandoeningen die al dan niet een interactie met elkaar aangaan, of van twee of meer ziekten die uit elkaar zijn ontstaan maar een eigen leven zijn gaan leiden.”

Naast het feit, dat erbij comorbiditeit sprake is van meerdere aandoeningen, kan er dus ook sprake zijn van een interactie met elkaar. In bovengenoemd handboek wordt specifiek ingezoomd op comorbide stoornissen, waarbij een interactie plaatsvindt met verslavingsproblematiek. De meest voorkomende aandoeningen die gepaard gaan met een verslaving, zijn angst-, trauma-, ADHD- of stemmingsklachten.

Mueser, K., Noordsy, D., Drake R., & Fox L. (2011) hebben een richtlijn ontwikkeld voor het aanbieden van effectieve behandeling aan cliënten met comorbide problematiek. Zij beschrijven de ontwikkelingen, die de verslavingszorg de afgelopen jaren heeft doorgemaakt. Hierbij is gebleken, dat het apart behandelen van stoornissen niet effectief is gebleken op de lange termijn. Zij benadrukken dan ook het belang om de stoornissen gelijktijdig te behandelen. Zo is uit onderzoek gebleken, dat mensen met (ernstige) psychiatrische problematiek een veel groter risico lopen op het ontwikkelen van een verslaving. Dit is te verklaren aan de hand van de volgende modellen:

- Secundair-middelenmisbruikmodel: Dit model gaat ervan uit, dat de verslavingsproblematiek het gevolg is van een primair psychiatrische stoornis. Volgens het model van Khantzian (Mueser et al., 2011) zijn mensen met een psychiatrische stoornis gevoelig voor het ontwikkelen van verslavingsproblematiek vanwege het verschijnsel 'zelfmedicatie'. Men ziet het middel als medicatie voor het primaire probleem, wat door het gebrek aan cognitief vermogen door de psychiatrische stoornis, niet meer onderscheiden kan worden van niet-problematisch gebruik. Cliënten zien de gevolgen van het middelengebruik niet als problematisch, waardoor de ontwikkeling van een verslaving op de loer ligt, wat op lange termijn kan leiden tot problematisch gedrag.
- Hypergevoeligheidsmodel: Dit model beschrijft de invloed van biologische kwetsbaarheid, die bepaald wordt door een combinatie van genetische factoren, gebeurtenissen in de directe omgeving en/of stress, die voortkomt uit de psychiatrische stoornis. De aanwezigheid van deze kwetsbaarheid maakt dat cliënten met psychiatrische stoornissen de (negatieve) gevolgen van middelengebruik niet kunnen overzien, wat kan leiden tot problematisch gebruik oftewel een verslaving. Mueser et al. (2011) benadrukken het belang om cliënten te informeren over hun biologische kwetsbaarheid om zo inzicht te creëren in oorzaak en gevolg van de gedragingen.
- Secundaire-psychopathologiemodel: Dit model gaat ervan uit, dat middelengebruik op lange termijn leidt tot of aanleiding geeft tot een langdurige psychiatrische stoornis, die zich anders niet zou hebben ontwikkeld. De psychiatrische stoornis zou versneld of in stand worden gehouden door het middelengebruik.

Bij het ontwikkelen van een richtlijn voor effectieve behandeling is geconstateerd, dat het hebben van inzicht in de factoren die bijdragen aan het ontstaan en voortzetten van de verslaving, nuttige aanwijzingen op kan leveren voor de behandeling van de comorbide problematiek. Met betrekking tot de comorbide problematiek wordt vastgesteld, dat de dubbele diagnose als belemmerende factor kan leiden voor het herstelproces, aangezien dit meer problematiek met zich meebrengt, die niet losgelaten kan worden in de behandeling. Door de complexiteit van deze problematiek is het volgens Mueser et al. (2011) van belang om stil te staan bij de motivatie voor de verandering. Zij stellen dat, om comorbide problematiek zo effectief mogelijk te behandelen, interventies plaats moeten vinden op basis van motivatie, gericht op de behoefte van de cliënt om tot verandering te komen.

2.2 Motivatie

Mueser et al. (2011) benadrukken het belang van het inzicht in de motivatie van de cliënt, om te kunnen komen tot verandering. Verandering kan vervolgens leiden tot stappen in het herstelproces, die door cliënten met comorbide problematiek, als succes kunnen worden ervaren en opnieuw leiden tot motivatie om de behandeling voort te zetten. De basis om te komen tot de motivatie om te veranderen, is afkomstig uit de theorie van de cliëntgerichte, interpersoonlijke relatie van Rogers uit 1959. De professional dient bepaalde waarden te bezitten om verandering mogelijk te maken, namelijk empathie, belangeloze warmte en echtheid. Miller, R. & Rollnick, S. (2014) beschrijven, dat de werkzame elementen van deze theorie om te komen tot verandering zijn:

- Een cliëntgerichte, interpersoonlijke relatie, die gebaseerd is op een coöperatieve houding van de professional, waarbij empathie en ondersteuning centraal staan, is nodig om verandering te faciliteren.
- Een veranderingsproces bestaat uit verschillende fasen, waar de professional bij aan dient te sluiten, hierover volgt meer in paragraaf 2.3.
- Aandacht voor persoonlijke waarden en normen van cliënten versterkt de motivatie voor gedragsverandering, waaraan het huidige gedrag van de cliënt tegengesteld kan zijn.
- De professional dient aandacht te hebben voor het belang, dat de cliënt hecht aan verandering, het vertrouwen, dat de cliënt heeft in het slagen van de behandeling en de bereidheid om verandering aan te gaan.
- De stijl van motiverende gespreksvoering lokt meer verandertaal en minder weerstand uit bij cliënten, vergeleken met meer directieve gesprekstijlen.
- De betrokkenheid bij het veranderproces wordt vergroot, doordat het wordt gebaseerd op eigen wensen en plannen van de cliënt.

Voor dit onderzoek zijn bovenstaande elementen van belang om nader onderzocht te worden door middel van de open interviews. Door een beeld te krijgen van de bestaande, huidige situatie m.b.t. de rol en houding van de professional in de rol van motivator/ondersteuner in het herstelproces, kunnen adviezen opgesteld worden voor verbetering in de praktijk.

Naast het feit, dat de literatuur schrijft, dat motiverende gespreksvoering ondersteunend werkt in een herstelproces, is er ook veel geschreven over het gebrek aan motivatie. Mueser et al. (2011) beschrijft dit als een van de meest voorkomende problemen in het stagneren van behandeling bij cliënten met verslavingsproblematiek. Het doel van motiverende gespreksvoering is om cliënten te helpen om inzicht te krijgen in hoe hun middelenmisbruik hen belemmert om de doelen te bereiken, die zij zelf willen bereiken (dus niet de doelen van behandelaren of andere professionals). Om dit te kunnen bereiken met elkaar is er een solide werkrelatie nodig, waarin de professional zich bewust is van de ondersteunende rol om cliënten te helpen bij het verwoorden van persoonlijke doelen en na te gaan hoe middelengebruik het bereiken van deze doelen belemmert. Met betrekking tot de

verslavingsproblematiek kan volgens Miller, R. & Rollnick, S. (2014) namelijk verklaard worden, dat de cliënten te maken hebben met ambivalentie: enerzijds willen ze wel veranderen, anderzijds ook weer niet. Als professionals te veel aansturen op een, voor hen zelf gewenste verandering, schieten cliënten uit verdediging naar de andere kant, waardoor het huidige gedragspatroon juist wordt behouden. Als de professional bepaalt welke gedragsverandering ingezet moet worden, zorgt dat dus juist voor weerstand tegen de verandering en vermindert dat de motivatie.

Rovers (2010) beschrijft in zijn boek de motivatiepsychologie, waarbij hij benadrukt, dat er veel manieren zijn om cliënten te motiveren of hun motivatie te beïnvloeden. Zo wordt de techniek van het confronteren benoemd, waarbij de cliënt gespiegeld wordt met de positieve, maar ook met de negatieve gevolgen van zijn gedrag. Het confronteren heeft als doel om een cliënt bewust te maken van de gevolgen van zijn acties en om hier inzicht in te krijgen. De terugkerende confrontatie kan ook in kaart brengen, wat de negatieve gevolgen kunnen zijn als het gedrag niet aangepast wordt. Bij het confronteren dient, aldus Rovers (2010) rekening gehouden te worden met het behoud van autonomie, oftewel zelfregie. Het gevoel van zelfregie kan de motivatie om te komen tot een gedragsverandering vergroten en daarmee een positieve invloed hebben op het herstelproces. De sociaal agoog kan hierbij ondersteunen door de keuzemogelijkheden bij de cliënt te laten en iedere confrontatie af te sluiten met een duidelijk keuzemoment.

Voor de professionals houdt het werken volgens de motiverende gespreksvoering in, dat zij de aandacht verleggen van de rechtstreekse gevolgen van het middelengebruik naar het onderzoeken van de mogelijke gevolgen, vanuit het oogpunt van de cliënt zelf. Voor de professional houdt dit in, dat het begint met luisteren, onderzoeken en proberen inzicht te krijgen in de ervaringen van de cliënt door middel van een gesprek, dat vrij is van oordelen en agendapunten (Mueser et al., 2011).

Daarnaast kan het erg waardevol zijn om de persoonlijke waarden van de cliënt te onderzoeken om de verandering in leefstijl te bepalen en een punt te creëren waar de cliënt naartoe kan werken, passend bij zijn visie op een gezonde levensstijl.

2.3 Zelfregie

Motiverende gespreksvoering sluit aan bij zelfregie: als professional ondersteun je de cliënt bij het vinden van eigen oplossingen. Movisie heeft hier in 2012 allerlei visies en ervaringen over gebundeld, die ondersteunend kunnen zijn voor de professional om aan te sluiten bij deze, redelijk nieuwe vorm van zorg. Zelfregie sluit aan bij de kanteling van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving (Movisie, 2012). Cliënten worden er zelf verantwoordelijk voor gemaakt om te zorgen dat het goed met hen gaat. Bij het vergroten van de zelfregie gaat het om vier elementen: eigenaarschap, eigen kracht, motivatie en contacten. Samenvattend houdt dit in, dat je als professional met een cliënt op zoek gaat naar iemands kracht en motivatie, dat cliënten hun eigen keuzes mogen maken en dat het netwerk er meer bij betrokken moet worden.

De professional ondersteunt de cliënt bij het vinden van eigen hulpbronnen en eigen oplossingen, waarbij het van groot belang is, dat cliënten zelf hun leven bepalen en inrichten, ook op momenten dat het even minder goed met hen gaat. In het rapport van Movisie (2018) zijn een aantal handvatten beschreven om als professional om cliënten meer eigen regie te geven:

- Verwachtingsmanagement: Voor de cliënt is het belangrijk om te weten wat hij kan verwachten, wat er te halen valt, wat de taak van iedere professional is en wie welke acties onderneemt. Het is daarom aan te raden om je aanbod van zorg duidelijk vorm te geven en uit te dragen. Wanneer een cliënt weet waar hij aan toe is, wordt het verschil in macht kleiner en wordt ook de afhankelijkheid verkleind.
- Eigen kracht stimuleren: Vraag als professional naar successen uit het verleden, dit kan hoop geven voor de toekomst. Het bespreken van moeilijke situaties geeft inzicht in het probleemoplossend vermogen van de cliënt en geeft weer welke vaardigheden er reeds zijn ingezet die helpend zijn geweest en nu wellicht weer van toepassing kunnen zijn.
- Stilstaan bij motivatie: Zingeving speelt een grote rol bij het motivationele proces, waarbij het van belang is om iemands drijfveren te onderzoeken. Het doen van onderzoek naar wat iemands leven zin geeft, maakt dat je als professional aansluit bij de drijfveren van de cliënt en de cliënt reden geeft om mee te werken aan verandering.
- Fasen van verandering: Om iemand te ondersteunen bij een verandering is het van belang om aan te sluiten bij de fase van verandering, waarin iemand zich bevindt, omdat elke fase een andere benadering/ondersteuning vraagt.

2.4 Fasen van verandering: De cirkel van verandering

De cirkel van verandering van Prochaska en Diclemente (1982) maakt inzichtelijk welke stappen er doorlopen worden in een veranderingsproces. Dit model sluit aan op de motiverende gespreksvoering en is gebaseerd op de transtheoretische veranderingstheorie van Prochaska en Diclemente.

Samengevat bestaat de cirkel van verandering uit zes stappen:

1. Voorbeschouwing: Op dit niveau bestaat er nog geen intentie tot verandering, de cliënt is zich in deze fase vaak nog niet bewust van het probleem. Andere personen uit het netwerk kunnen echter het probleem al wel signaleren.
2. Overpeinzing: In deze fase is de cliënt zich bewust van het feit, dat hij een probleem heeft. De motivatie om er iets aan te doen is aanwezig, maar de cliënt onderneemt zelf nog geen actie om de situatie te veranderen.
3. Besluitvorming: Op dit niveau maakt de cliënt plannen om iets aan het gedrag te gaan doen en tot verandering te komen.
4. Actie: De cliënt onderneemt actie om het gedrag te veranderen.
5. Volhouden: De cliënt probeert de gedragsverandering te bestendigen en niet terug te vallen in oud gedrag. Het nieuwe gedrag moet een vaste plaats vinden in het leven en geïntegreerd worden.
6. Terugval: De cliënt is niet altijd in staat om de bereikte situatie vast te houden, terugval komt geregeld voor en het proces dient dan hervat te worden, ongeacht in welke fase.

Dit model kan de professional houvast geven om aan te sluiten bij de fase, waar de cliënt zich op dat

moment in bevindt, om het succes van het komen tot een gedragsverandering te vergroten. De cirkel van verandering biedt niet alleen een model wat inzicht kan bieden, maar biedt ook houvast wat ervoor kan zorgen dat bepaalde fasen niet worden overgeslagen en de verandering meer kans van slagen krijgt. Het is aan de professional om ondersteunend te zijn en de cliënt te stimuleren om de volgende fase te bereiken.

2.5 Oplossingsgerichte therapie

Naast de motiverende gespreksvoering komt ook de oplossingsgerichte therapie als geschikte therapie naar voren voor cliënten met comorbide problematiek (Mueser et al., 2011).

In de Verenigde Staten is door De Shazer, Berg en collega's van het Brief Family Therapy Center de oplossingsgerichte therapie ontwikkeld (NJI, 2013). Deze therapie is gericht op het versterken van de eigen regie van de cliënt en hun autonomie in het maken van keuzes. De aandacht gaat vooral uit naar de oplossing in plaats van naar het probleem (Bakker & Bannink, 2008). De cliënt wordt door de hulpverlener ondersteund om toe te werken naar een oplossing voor de toekomst in plaats van terug te kijken naar problemen uit het verleden. Zij stellen, dat het niet altijd nodig is om inzicht te hebben om problemen ook daadwerkelijk op te lossen. De hulpverlener krijgt de rol van vragensteller en heeft daarbij een niet-wetende houding, die de cliënt prikkelt om actief na te denken over oplossingen. Door het stellen van gerichte vragen kan onderzocht worden wat een haalbare oplossing is, die de cliënt zelf kan opstellen. De oplossingsgerichte therapie zet in op gewenste uitkomsten, die de cliënt zelf van belang vindt; de oplossingen voor het probleem liggen in wat de cliënt doet in kleine, haalbare stappen. Huibers (2007) beschrijft, dat een cliënt niet zozeer inzicht hoeft te hebben in de problematiek, maar wel inzicht moet hebben in de te maken stappen om tot een succes te komen. Dit vergt dus een andere vorm van inzicht, waarbij de rol van de sociaal agoog nadrukkelijker en duidelijker wordt vormgegeven.

In dit theoretisch kader is zowel de motiverende gespreksvoering als de oplossingsgerichte therapie naar voren gekomen als zijnde helpend bij de onderzoeksvragen. Er lijken veel overeenkomsten te zijn tussen deze twee behandelvormen, maar na onderzoek van Lewis en Osborn (2004) blijken er ook verschillen te zijn. De belangrijkste verschillen zitten in de acties van de sociaal agoog in het proces. Bij motiverende gespreksvoering ligt de focus nadrukkelijker op het motivatiestadium van de cliënt, waarbij de sociaal agoog investeert in het duidelijk krijgen van inzichten. Bij de oplossingsgerichte therapie richt de sociaal agoog zich op het stellen van vragen met als doel het vinden van kleine, haalbare stappen om tot oplossingen te komen, die direct voelbaar zijn voor de cliënt. Op dit moment wordt in de verslavingszorg vaak gebruik gemaakt van de Zelfredzaamheidsmatrix, ook wel de ZRM genoemd (Zelfredzaamheidsmatrix, z.d.). Deze tool sluit goed aan bij de oplossingsgerichte therapie, het is namelijk een tool, die door de professional wordt ingezet om te onderzoeken wat de hulpvraag van de cliënt is en waar hij/zij ondersteuning bij nodig heeft.

De motiverende gespreksvoering probeert de intrinsieke motivatie te versterken en de oplossingsgerichte therapie legt meer de nadruk op de voorkeur voor haalbare veranderingen, waarbij het stellen van doelen en bedenken van oplossingen een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van de sociaal agoog en de cliënt.

In de praktijk uit het grootste verschil zich in het feit, dat de motiverende gespreksvoering meer gericht is op de motivatie en het 'waarom' van het veranderen en de oplossingsgerichte therapie meer gericht is op hoe een cliënt kan veranderen en het daadwerkelijk ondernemen van stappen om tot verandering te komen.

Kenmerkend voor de oplossingsgerichte therapie is het vertrouwen van de hulpverlener in de mogelijkheden van de cliënt om zelf positieve veranderingen te bewerkstelligen. Er zijn een aantal competenties nodig voor de sociaal agoog om de oplossingsgerichte therapie te beheersen en de cliënt te ondersteunen in zijn proces. Lewis en Osborn (2004) beschrijven het belang van het stellen van de juiste vragen, gericht op het onderzoek naar oplossingen. Het stellen van de 'wondervraag' kan daarbij ondersteunend zijn. De belangrijkste taak van de sociaal agoog zal zijn om het intrinsieke potentieel te helpen ontdekken en de cliënt in een positieve richting te leiden om tot oplossingen te komen. De therapie is gericht op de sterke kanten van de cliënt, omdat uit theorie is gebleken dat het tot betere resultaten leidt wanneer een sociaal agoog de sterke kanten benadrukt. De sociaal agoog krijgt ook de taak om het netwerk te betrekken en samen met de cliënt te onderzoeken op welke manier het netwerk helpend kan zijn. De sociaal agoog heeft een rol in het bevorderen van een constructieve samenwerkingsrelatie, wat er, op termijn, voor zal zorgen, dat de cliënt vertrouwen in en respect voor de hulpverlener krijgt (Cepeda & Davenport, 2006).

Met het oog op de verandering van de verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving (Rijksoverheid, 2013) is de rol van de professional in de oplossingsgerichte therapie te proactief en sluit de rol in de motiverende gespreksvoering beter aan bij de verwachtingen van de overheid.

2.6 Zelfinzicht van cliënten vergroten

Naast deze theorieën over hoe de professional aan kan sluiten om de zelfregie van de cliënt te vergroten, de cliënt inzicht te bieden in de fasen van verandering en stil te staan bij de motivatie van de cliënt om te veranderen, is er ook literatuuronderzoek gedaan naar hulpmiddelen, die het zelfinzicht van de cliënt vergroten. Movisie heeft in 2016 een toolkit samengesteld met daarin instrumenten, die de cliënt kunnen ondersteunen om zelf zicht te krijgen op hun hulpvraag en hoe hier mee aan de slag te gaan (Movisie, 2016).

Om de gedragsverandering te stimuleren verwijzen zij naar de cirkel van gedragsverandering van Prochaska en Diclemente (1982), zoals beschreven in paragraaf 2.4. Dit geeft de cliënt inzicht in de fase waarin hij zich bevindt en kan zorgen voor bewustwording van de cliënt. Om inzicht te krijgen in wat nu precies het probleem is of om te komen tot een hulpvraag, wordt de verwijzing gemaakt naar de Zelfredzaamheidsmatrix. Dit model is onlangs doorontwikkeld naar Mijn-ZRM (Zelfredzaamheidsmatrix, 2017), waarbij de cliënt de vragenlijst zelfstandig in kan vullen in plaats van in laat vullen door de hulpverlener. Deze tool is echter nog niet geïmplementeerd in de verslavingszorg, waardoor deze bij veel cliënten nog niet bekend zal zijn. Naast Mijn-ZRM is ook de EigenKrachtWijzer ontwikkeld, die cliënten inzicht geeft in hun vragen over wonen, werken, welzijn en zorg en het vinden van zelfstandige oplossingen voor hun vraag. Deze worden echter in fasen geïmplementeerd in gemeentes en de gemeente van organisatie X zit hier niet bij. De cliënten uit dit onderzoek zijn hier dus ook nog niet mee bekend.

Movisie (2016) schrijft, dat er aandacht is voor het ontwikkelen van tools en hulpmiddelen voor cliënten om zelfinzicht te vergroten en de zelfstandigheid hierin te stimuleren, maar bemerkt ook dat dit tot op heden op weinig plekken geïmplementeerd is en beschikbaar is voor cliënten.

3. Methodologie

In dit hoofdstuk is de onderzoeksmethodologie beschreven en als volgt onderverdeeld:

- Paragraaf 3.1: Onderzoekspopulatie en steekproef
- Paragraaf 3.2: Dataverzamelmethode
- Paragraaf 3.3: Meetinstrument
- Paragraaf 3.4: Data-analyse
- Paragraaf 3.5: Betrouwbaarheid en validiteit.

Er is voor dit onderzoek gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering, die zich richt op de belevingswereld van de cliënten en de professionals. Het verkrijgen van inzichten en het belang van de ervaring staan hierin centraal (Baarda et al., 2014). Aangezien alle uitkomsten van dit onderzoek nog onbekend zijn en het niet als doel heeft om harde cijfers of feiten te verkrijgen, is een kwantitatief onderzoek uitgesloten.

Er is voor gekozen om te werken met een open onderzoeksvraag, waarbij de respondenten, middels open interviews, de ruimte krijgen om inzichten en ervaringen te delen. In dit onderzoek leent dit kwalitatief surveyonderzoek zich goed voor de procesevaluatie, omdat onder andere de ervaringen uit eerdere hulpverleningssituaties geëvalueerd zullen worden. Uit de probleemanalyse komt naar voren, dat de behoeften en mogelijkheden verschillen op macro-, meso- en microniveau, als het gaat om de vormgeving van de zorg en daarin de regie laten bij de professional of cliënt. Dit onderzoek kan helpen om de visie van de professionals en cliënten te verhelderen en antwoord te geven op de vraag, waarom een cliënt op dit moment het inzicht mist en daardoor niet volledig de zelfregie kan nemen in het proces.

Omdat het voor dit onderzoek van belang is om meerdere meningen en visies inzichtelijk te krijgen, is er gekozen voor de Delphi onderzoeksmethode (Baarda et al., p. 61, 2014). Deze methode leent zich ervoor om in verschillende rondes onderzoek te doen. In paragraaf 3.2 wordt hier uitgebreid bij stilgestaan.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Onderzoekspopulatie

De onderzoekseenheden vormen samen de onderzoekspopulatie, in dit onderzoek gaat het zowel om cliënten als om professionals. Baarda et al. (2014) benadrukken het belang om deze onderzoekspopulatie af te bakenen, zodat het onderzoeksdoel te overzien is. In dit kwalitatieve onderzoek betreft de onderzoekspopulatie sociaal agogen, werkend in de verslavingszorg of gespecialiseerde GGZ zorg waar verslavingsproblematiek voorkomt. Naast de sociaal agogen werkend bij organisatie X, worden ook sociaal agogen van ketenpartners betrokken, die met cliënten van organisatie X een samenwerkingsrelatie hebben. Hiervoor is gekozen, omdat het team van organisatie X maar uit drie agogen bestaat en dus een kleine onderzoeksgroep betreft. Het betreft

sociaal agogen in de functie van woonbegeleider of behandelaar, die allemaal een hbo-achtergrond hebben. De populatie betreft zowel mannen als vrouwen, van wie het merendeel mannen.

De andere eenheid van dit onderzoek betreft de cliënten van organisatie X. Het betreft alleen maar mannen, in de leeftijd van 18 tot 45 jaar. Bij deze cliënten is comorbide problematiek gediagnosticeerd, waarbij de verslavingsproblematiek een onderdeel is. Bij de cliënten van organisatie X is uit diverse cliënttevredenheidsonderzoeken, die in het verleden zijn uitgevoerd, naar voren gekomen, dat er een gemis is aan het behalen van successen in behandeling en dat het inzicht in gemaakte stappen als onvoldoende wordt ervaren.

Steekproef

Het begrip saturatie is van groot belang voor het onderzoek, dit betekent, dat het onderzoek doorgaat met de dataverzameling, totdat zich geen nieuwe informatie meer voordoet (Baarda et al, 2014). Bij dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef, waarbij de respondenten geselecteerd worden aan de hand van verschillende kenmerken (Boeije, 2014).

Bij de sociaal agogen is de selectie uitgevoerd met de afweging of de sociaal agoog een samenwerkingsrelatie onderhoudt met cliënten van organisatie X. Daarnaast is de functie van belang, waarbij het gaat om het uitoefenen van de functie woonbegeleider of behandelaar. Het betreft 4 respondenten uit deze onderzoekseenheid.

De respondenten uit de onderzoekseenheid cliënten zijn gekozen op basis van hun ervaringen in de hulpverlening (brede hulpverleningsgeschiedenis), leeftijd, diagnoses en huidige zorgvraag. De respondenten hebben ervaringen in de hulpverlening bij zowel organisatie X als andere instellingen of disciplines. Daarnaast betreft het volwassen cliënten, in het geval van organisatie X alleen maar mannen aangezien er geen vrouwelijke cliënten verblijven. De diagnoses zijn vastgesteld op zowel AS I als AS II (DSM 5, 2017) met daarnaast de diagnose verslaving. Uit eerdere cliënttevredenheidsonderzoeken is naar voren gekomen, dat de probleemstelling herkend wordt door cliënten. Tijdens de dataverzameling wordt nogmaals navraag gedaan of dit bij de respondenten herkenbaar is of dat zij een andere stelling nemen. Deze onderzoekseenheid betreft 6 respondenten, die allen vrijwillig hebben ingestemd om mee te werken aan dit onderzoek.

Ofschoon de doelgroep van cliënten met comorbide problematiek, waarbij verslaving een onderdeel is, groot is, is er voor dit onderzoek toch gekozen om de onderzoekspopulatie te beperken tot cliënten van organisatie X. Dit om de haalbaarheid van het onderzoek te vergroten en om de resultaten goed aan te laten sluiten bij de werkplek waar het onderzoek plaatsvindt, tevens het doel van dit onderzoek. Voor dit onderzoek wordt de zelfselectie toegepast: de onderzoeker heeft binnen organisatie X een oproep geplaatst met daarin de vraag om deel te nemen aan het onderzoek en heeft daarbij de inclusiecriteria omschreven.

3.2 Dataverzamelingsmethode

Bij het doen van kwalitatief onderzoek zijn er meerdere manieren om data te verzamelen. In dit onderzoek is gekozen om data te verzamelen middels interviews en een literatuurstudie, te lezen in hoofdstuk 2 van dit onderzoek.

Voor het verzamelen van data vanuit de interviews is er voor dit onderzoek gebruik gemaakt van de Delphi onderzoeksmethode (Baarda et al., p.61, 2014). Deze onderzoeksmethode geeft de ruimte om het onderzoek in verschillende rondes in te delen. Voor dit onderzoek is gekozen voor het werken met ongestructureerde, open interviews. Deze vorm van interviewen houdt in, dat er een open startvraag is en dat er vervolgens flexibel omgegaan kan worden met de antwoorden van de respondent en dat de richting bijgesteld kan worden. Er is gestart met de vraag of de cliënt inzicht heeft in de stappen, die gemaakt worden in de behandeling. Deze vraag refereert direct naar de beleving van de cliënt en geeft de interviewer een weergave van de ervaring. Aan de professional wordt de vraag gesteld of zij verwachten, dat de cliënt momenteel inzicht heeft in de stappen, die gemaakt worden in de behandeling, met hetzelfde doel als de vraagstelling aan de cliënt. De voordelen van deze methode zijn, dat het een respondent vriendelijke methode is, het geeft de interviewer de ruimte om het beantwoordingsproces te controleren en het biedt de mogelijkheid om ingewikkeldere vragen te stellen (Baarda et al., p. 94, 2014). De interviewer heeft de ruimte om op een natuurlijke wijze informatie te verzamelen, om door te vragen en om te verifiëren of de informatie goed is begrepen. De nadelen van deze methode zijn in dit geval, dat de anonimiteit niet optimaal is, aangezien de interviewer de respondenten kent en dit wellicht niet de ruimte geeft om volledig open te zijn in het geven van antwoorden. Ook kan de interviewer onbewust het gesprek sturen, door de non verbale signalen die van invloed kunnen zijn, zeker gezien de werkrelatie die al bestaat.

De open interviews worden in diverse rondes ingepland, zodat er doorgevraagd kan worden op visies en ervaringen, die in eerdere interviews naar voren zijn gekomen. Aangezien de interviewer de respondenten persoonlijk kent, zullen de verkregen data met zorg worden verwerkt, waarbij er vooral aandacht is voor het anoniem verwerken. Dit anoniem verwerken zal gedaan worden door de respondenten niet met naam of voorletter te omschrijven bij de uitwerking, maar te beschrijven als R1, R2, R3, etc. (respondent 1, respondent 2, respondent 3, etc.) De onderzoeker zal de verkregen informatie vervolgens opnieuw voorleggen aan andere respondenten. Door de inzet van de Delphi-methode wordt de gezamenlijke visie in fases doorontwikkeld tot één gemeenschappelijk, samenvattend oordeel over de bestaande situatie.

Om ervoor te zorgen dat de open interviews wel de lijn van het onderzoek blijven volgen, is er gebruik gemaakt van een topiclijst. Deze topiclijst is samengesteld aan de hand van terugkerende onderwerpen, die relevant zouden zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen en het komen tot de onderzoeksdoelstelling. In bijlage 1 is deze topiclijst terug te vinden. De topiclijst biedt de interviewer houvast met betrekking tot de onderwerpen die besproken worden, maar biedt tevens de ruimte om een open gesprek aan te gaan en nieuwe informatie te verzamelen, iets wat bij vooraf opgestelde of gesloten vragen lastiger is. De topiclijst geeft de interviewer ook een sturende rol, waarmee voorkomen kan worden, dat er te veel wordt afgeweken van de onderzoeksvraag en probleemstelling.

Een voordeel bij dit onderzoek is, dat er al een vertrouwensband is tussen de interviewer en respondenten, omdat zij al een samenwerkingsrelatie hebben opgebouwd als sociaal agoog en cliënt. Middels de oproep om mee te werken aan dit onderzoek is getracht om de sociaal agogen/cliënten te

enthousiasmeren en het belang van het onderzoek toe te lichten. De onderzoeker heeft geschetst hoeveel tijd gevraagd wordt van de respondent, om daarmee de zogenoemde kosten voor het onderzoek te drukken (Baarda et al., 2014). Daarnaast zal er gevraagd worden of de interviewer het gesprek op mag nemen, zodat de informatie goed geanalyseerd en verwerkt kan worden nadien. Zoals eerder beschreven wordt er zorg gedragen voor het anonimiseren van de data en worden er geen persoonsgegevens verspreid. Door de anonimiteit en privacy op deze wijze te waarborgen, is er sprake van ethische verantwoording (Boeije, 2014).

3.3 Meetinstrument

Meetinstrumenten zijn de hulpmiddelen, die ingezet worden om gegevens te verzamelen (Verhoeven, 2014). Dit onderzoek is onderverdeeld in het verzamelen van data vanuit de literatuur en vanuit de interviews. Aan de hand van de probleemanalyse is er een literatuuronderzoek gedaan. Uit de probleemanalyse is naar voren gekomen dat het onvoldoende inzichtelijk is wat een cliënt nodig heeft om inzicht te krijgen in de behandeling, waardoor hij/zij meer eigen regie in het hulpverleningsproces kan nemen, wat aansluit bij de vormgeving van zorg vanuit het macroniveau. Om dit inzicht te verkrijgen is er in het literatuuronderzoek gedaan naar de volgende thema's:

- Verdieping in de doelgroep (cliënten met comorbide problematiek, waarvan verslavingsproblematiek is een factor is)
- Het verkrijgen van inzicht in de behandeling (vanuit cliëntperspectief)
- Invloed van inzicht op de motivatie van de cliënt
- Eigen regie nemen in het vormgeven van zorg en de invloed op het herstelproces
- Herstelproces en fasen van herstel
- Rol van het netwerk/naasten

De literatuurstudie naar bovenstaande thema's is ook gebruikt om deze algemene begrippen te operationaliseren en specifiek te maken voor dit onderzoek. De literatuurstudie en beschrijving van het theoretisch kader geven achtergrondinformatie, die nodig is om het interview in de juiste richting te kunnen sturen. Zo blijkt bijvoorbeeld uit de literatuurstudie, over dat er veel informatie te vinden is instrumenten, die inzicht geven in de voortgang van de behandeling van de cliënt, doch deze instrumenten zijn ontwikkeld voor de professional en niet bedoeld om de cliënt inzicht te geven. Aan de hand van dit literatuuronderzoek is er al gedeeltelijk antwoord gekomen op de deelvragen van dit onderzoek. Echter, de beleving en de visie van de respondenten staan centraal in dit onderzoek. Vanuit het literatuuronderzoek is er daarom een topiclijst opgesteld, het meetinstrument van dit onderzoek. Deze topiclijst, te vinden in bijlage 1, bevat de geoperationaliseerde onderwerpen, die terugkerend zijn als kernbegrip voor dit onderzoek. Deze kernbegrippen zijn voortgekomen uit de literatuurstudie en vormen de leidraad voor de uitvoering van de interviews.

3.4 Data-analyse

De uitkomsten van de literatuurstudie worden beschreven in het theoretisch kader, hoofdstuk 2 van dit

onderzoek. Voor de uitwerking van de gegevens, verkregen uit de interviews, is de analyse cyclisch uitgevoerd, wat passend is bij de Delphi onderzoeksmethode. Er zal voldoende tijd tussen het afnemen van de interviews worden ingepland, waardoor de onderzoeker de ruimte krijgt om tussentijds te toetsen of de onderzoeksvragen beantwoord kunnen worden d.m.v. verzamelde informatie. Het onderzoeksproces wordt dus herhaald totdat het idee ontstaat, dat de informatie betrouwbaar is.

De interviews zijn getranscribeerd en gedocumenteerd en worden in rondes geanalyseerd. Na de uitvoering van de eerste twee interviews heeft de eerste ronde coderen plaatsgevonden, ook wel het open coderen genoemd, dit is het proces, dat telkens herhaald is tot aan het laatste interview. Het coderen van de informatie zal leiden tot de opstelling van de codeboom, te vinden in bijlage 2. Als eerste stap voor de fase van het open coderen is de tekst, vanuit de transcripties, opgedeeld in fragmenten. Baarda et al. (2014) noemt dit ook wel de informatie-eenheden, er wordt gekeken welke informatie bij elkaar hoort. Het indelen van de fragmenten bleek echter een iteratief proces, daar waar de keuze voor de informatie-eenheden gedurende het proces regelmatig is gewijzigd. Dit kwam doordat de informatie uit de interviews erg divers was.

Tijdens de tweede fase, het axiaal coderen, zijn de gegevens vanuit het open coderen nogmaals geanalyseerd. De codes worden opgesplitst waar nodig. Zo werd het begrip 'eerdere ervaringen in de hulpverlening' onderverdeeld in verschillende opties: geen, opname, ambulant of niet professioneel. Dit omdat uit de interviews bleek dat er diverse visies en ervaringen waren op dit thema.

In de derde fase, het selectief coderen, worden er verbanden gelegd tussen de begrippen uit de fase van het axiaal coderen. Er wordt waargenomen welke begrippen terugkerend zijn, welke begrippen ook naar voren komen in het literatuuronderzoek, welke uitspraken van belang zijn voor de resultaten en de onderzoeker uiteindelijk bepaald op welke codes de nadruk komt te liggen.

Na het doorlopen van deze fase wordt de codeboom definitief vastgesteld, die te vinden is in bijlage 2.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Om het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te houden, en daarmee ook de validiteit, is er rekening gehouden met een aantal aspecten:

Betrouwbaarheid

Allereerst is er gekozen voor het uitvoeren van een proefinterview. De betrouwbaarheid van het onderzoek neemt toe, doordat er ruimte is geweest voor het aanpassen van de topiclijst waar nodig. Door het toepassen van de Delphi onderzoeksmethode, waardoor er ruimte ontstond om tussentijds te toetsen of de verkregen data aansloten bij de onderzoeksvragen, werd nogmaals de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot (Baarda et al., 2014).

Verhoeven (2014) beschrijft, dat de kern van betrouwbaarheid van een onderzoek is, dat het onderzoek vrij is van toevallige feiten, daarom is er gekozen om de interviews te transcriberen. Door de interviews te transcriberen wordt voorkomen, dat informatie verloren gaat of vertekend wordt door interpretatie. De transcripties geven een letterlijke weergave van de verkregen data.

Validiteit

Baarda et al. (2014) beschrijft dat er in een kwalitatief onderzoek vaak niet wordt gesproken over het begrip validiteit, maar dat de voorkeur wordt gegeven aan het begrip geldigheid. De resultaten liggen dicht bij de dagelijkse praktijk, waardoor de geldigheid van groot belang is.

Daarnaast wordt het belang van triangulatie beschreven, wat inhoudt dat het belangrijk is om zo veel mogelijk verschillende databronnen en invalshoeken te gebruiken in een kwalitatief onderzoek. In dit onderzoek is er daarom voor gekozen om cliënten en professionals vanuit diverse invalshoeken te interviewen. Daarnaast is de doelgroep professionals ook nog uitgesplitst in sociaal agogen van organisatie X en behandelaren van ketenzorgpartners. Verder is een uitgebreid literatuuronderzoek uitgevoerd, wat ook als databron geldt voor dit onderzoek.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van dit onderzoek te lezen. Voorafgaand aan de interviews met de respondenten is een literatuurstudie gedaan aan de hand van de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek. Naar aanleiding van de gevonden theorie is er, middels de interviews, een antwoord gezocht op deze vragen, waarbij de nadruk lag op de ervaringen van de respondenten, ofwel empirisch onderzoek.

Allereerst nogmaals de onderzoeksvragen van dit onderzoek:

Hoofdvraag:

Hoe kan de sociaal agoog de cliënt met comorbide problematiek ondersteunen bij het verkrijgen van inzicht in de behandeling en bij het ontwikkelen en/of behouden van motivatie tijdens het herstellen van middelengebruik, waarbij de cliënt zelf de regie houdt in het proces?

Deelvragen:

1. Wat is de invloed van inzicht op de motivatie van de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X om te herstellen van middelengebruik?
2. Wat is de rol van de sociaal agoog van organisatie X bij het ontwikkelen en/of behouden van motivatie van de cliënt tijdens het herstellen van middelengebruik?
3. Wat heeft de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X nodig om zijn motivatie te ontwikkelen en/of te behouden tijdens het herstellen van middelengebruik?
4. Welke middelen, attitude, vaardigheden of kennis kan de sociaal agoog inzetten of ontwikkelen om de motivatie van de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X te behouden of te verhogen?

In de beschrijving van de resultaten worden citaten van de respondenten gebruikt. Deze worden weergegeven met RC1- t/m 6 en RP7- t/m10, wat staat voor Respondent Cliënt en Respondent Professional. Dit om de anonimiteit te waarborgen maar wel inzicht te geven in de rol van de respondent.

4.1 Resultaten deelvraag 1

Wat is de invloed van inzicht op de motivatie van de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X om te herstellen van middelengebruik?

Om antwoord te krijgen op de ervaringen van de respondenten met betrekking tot deze deelvraag, is het van belang om stil te staan bij de ervaringen, die cliënten hebben opgedaan in de hulpverlening. Door stil te staan bij de ervaringen met betrekking tot het (in het verleden) behalen van doelen en werken aan doelen, wordt duidelijk hoe de cliënt de hulpverlening ervaart. Hierna wordt het bruggetje gemaakt naar de invloed van inzicht op de motivatie. Wanneer, gedurende het interview, de vragen wordt ingegaan op de invloed van inzicht op de motivatie van het behalen van doelen, volgen de volgende reacties:

Respondent cliënt 1 heeft voor zichzelf in zijn huidige situatie een duidelijk doel gesteld. In gesprek

blijkt echter, dat hij het lastig vindt om inzichtelijk te krijgen wanneer dit doel behaald is voor hem of wat hij nodig heeft om het als succeservaring te bestempelen. Uit zijn antwoord komt ook naar voren wat voor hem de essentie is om te veranderen. Zo geeft hij het volgende antwoord op de vraag of hij zelf weet waar hij concreet naar toe wil werken in de toekomst:

“Voor uiteindelijk toch wel iets te bereiken zeg maar, en niet meer afhankelijk te zijn voor het spullen op pad gaan, of ja jatten, ook de controle over mezelf een beetje terug te krijgen.” (RC1)

Respondent cliënt 1 geeft meerdere malen in het interview aan, dat hij de controle over zichzelf terug wil krijgen. Dit sluit aan bij de theorie waarin het belang van de zelfregie naar voren komt en het zelf controle krijgen over je handelen. Naast het vergroten van de zelfregie, wordt door respondent client 1 de behoefte uitgesproken om duidelijk te krijgen of een doel behaald is en of dit als succeservaring gezien kan worden. Hoe belangrijk het inzicht in de gemaakte stappen voor hem is, wordt duidelijk in het volgende citaat, waar antwoord werd gegeven op de vraag of hij zelf voor ogen had hoe zijn vervolgtraject eruit zal zien:

“Ja doorstromen, dat wil ik wel, ik weet alleen niet precies wanneer of hoe, maar ik denk na de zomer, dan wordt er meer duidelijk of ik door mag stromen naar Novafarm, naar de boer.” (RC1)

Respondent cliënt 1 maakt kenbaar, dat hij wil herstellen en inzicht heeft in zijn problematiek, waarbij hij ook duidelijk aangeeft, dat hij externe partijen nodig heeft om hem inzicht te geven in de stappen van zijn herstel. Zowel RC1 als RC 2 geven in het interview aan, dat zij het motivationele proces, waarbij stil wordt gestaan bij de zingeving van de cliënt om zijn drijfveren voor verandering te onderzoeken, niet herkennen. De ervaringen van beide respondenten sluiten aan bij de verzorgingsstaat, waarbij het hulpverleningsnetwerk bepaalt aan welke doelen gewerkt gaat worden en op welke manier. Beide respondenten spreken uit geen samenwerking te ervaren bij het opstellen van- en werken aan doelen.

Voor een aantal respondenten is het lastig om de ‘ideale wereld’, die ook terugkomt in de wondervraag, goed voor zich te zien. Ze kennen een bepaalde wereld en vinden het moeilijk om een nieuw plaatje te schetsen waarin hun leven veranderd is. Er is gevraagd naar de ervaringen met oplossingsgerichte therapie, waarbij de cliënt ondersteund wordt om te kijken naar een oplossing voor de toekomst kijkt in plaats van terug te kijken naar problemen uit het verleden.

“Ik zat in een wereld waar iedereen gebruikte en dan komt er nooit iemand zeggen dat het wel goed komt op een gegeven moment.” (RC2)

Met dit citaat geeft de cliënt aan, dat hij het gemist heeft, dat er geen ondersteuning is geweest om naar andere opties voor de toekomst te kijken. Het probleem dat aan de oppervlakte lag, werd aangepakt, maar er werd niet stilgestaan bij de vervolgstappen in het herstelproces.

“Dat je weet dat het niks gaat brengen, dan kom je bij Novadic en dan kijk je neer op de normen en waarden van de maatschappij, zo werkt het niet.” (RC2)

Respondenten vertellen dat er veel wordt stilgestaan bij de probleemsituaties. In de interviews komt

terug, dat de rol van de hulpverleners, die zij tot nu toe hebben leren kennen, ondersteunend is bij het vormgeven van een nieuwe, gewenste situatie. Ze vinden het nodig om daarvoor inzicht te krijgen in hun huidige situatie en een beeld te vormen van hun nieuwe, gewenste situatie. Daar hebben ze de externe stimulans van een hulpverlener voor nodig, zo gaf ook respondent cliënt 3 aan:

“Ik had eigenlijk plannen om in het vreemdelingenlegioen te gaan, mijn toenmalige begeleiding zou graag iets anders willen, maar ik wilde daarvoor de samenwerking wel opzeggen.” (RC3)

Respondent cliënt 3 geeft inzicht in het vervolg van dit proces, waarbij de hulpverlener stil heeft gestaan bij de zingeving van de cliënt. Hij geeft aan dat er aandacht is besteed aan de achterliggende behoefte van zijn plan voor het vreemdelingenlegioen, wat inzicht heeft gegeven in zijn veranderingsbehoefte. De keuze voor het vreemdelingenlegioen was in dit geval de enige keuze, die de cliënt kende. In meerdere interviews komt naar voren dat meerdere respondenten geen kennis hebben van de keuzes, die ze hebben om hun situatie te veranderen.

“Geen keuze hebben eigenlijk. Gewoon, het was op straat wonen of ik had geen inkomen of een baan, ik wist niet eens hoe rekeningen betalen werkte, en ja, ik kwam een beetje rond van het dealen. Dus eigenlijk was dit de beste optie.” (RC4)

Uit alle interviews is naar voren gekomen, dat de extrinsieke motivatie voor het volgen van een hulpverleningstraject ook leidend kan zijn voor het proces. Een aantal van de respondenten maakt kenbaar, dat de ‘verplichting’ van begeleiding of behandeling ervoor zorgt, dat het proces wordt voortgezet, maar dat dit geen link heeft met intrinsieke motivatie.

4.2 Resultaten deelvraag 2

Wat is de rol van de sociaal agoog van organisatie X bij het ontwikkelen en/of behouden van motivatie van de cliënt tijdens het herstellen van middelengebruik?

Gedurende de interviews bleek, dat de visie van organisatie X leidend is voor de sociaal agogen in de omgang met de cliënt. Het doel dat zij willen bereiken is het herstellen van middelengebruik en de cliënt zo zelfstandig mogelijk weer deel laten nemen aan de maatschappij. Tijdens de gesprekken kwam de vraag op tafel of het doel van de organisatie wel een haalbaar doel was voor de cliënt. Over dit thema is uitgebreid verder gesproken met de respondent, specifiek wat de rol van de sociaal agoog dan precies is om dit doel te bereiken. Cliënten worden opgenomen in de beschermde woonvorm van organisatie X als zij een overeenkomst tekenen waarin staat, dat zij gezamenlijk aan het doel werken om te herstellen van middelengebruik. Hiermee komen zij dus met de zorgverlener overeen, dat zij gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het behalen van dit doel.

Respondent professional 7 geeft inzicht in hoe zij deze samenwerking proberen te concretiseren voor de cliënt:

“Voor een cliënt is het eigenlijk zo, de kleine veranderingen die wij zien in gedragingen bijvoorbeeld, die merken zij zelf slecht op, de grote dingetjes dus bijv. schuldevrij worden, dus echt een moment dat ze kunnen zien en voelen dat het daadwerkelijk is, daar hebben ze echt profijt van. De kleine dingetjes waar wij wat dat betreft op hameren als wij zien dat bijvoorbeeld het beloningssysteem dat

ze wekenlang hun beloning gehaald hebben dan kunnen wij zien dat ze wekenlang het goed gedaan hebben en dan kunnen wij dat moment zeggen van weet je, hier zijn de papieren je hebt al 5, 6 weken je beloning gehaald.” (RP7)

In deze verklaring, van respondent professional 7, komt naar voren dat het de rol van de sociaal agoog is om de cliënt inzicht te verschaffen in de stappen die hij/zij maakt in het herstelproces. Het inzichtelijk aantonen van gemaakte stappen, kan volgens RP7 de cliënt helpen in het ondervinden van voortgang van het proces en het opdoen van succeservaringen, wat een positief effect kan hebben op het herstel. Zo zegt RP7:

“Omdat ze het inhoudelijk gezien hebben en gevoeld hebben dat het beter gaat.” (RP7)

Door hen te spiegelen en te confronteren met het gedrag, krijgen zij inzicht in oud en nieuw gedrag. Dit inzicht kan leiden tot motivatie voor verandering, zo komt ook naar voren uit de theorie. Ook respondent professional 9 ziet de meerwaarde van de confrontatie:

“Ooit schrikt een cliënt van wat ik zeg, maar later zien ze in dat ik gelijk had en dat ik hen de spiegel voorhield.” (RP9)

Deze figuurlijke spiegel wordt door de sociaal agoog als ondersteunend ervaren bij het inzichtelijk maken van het probleemgedrag en de motivatie om te veranderen. Respondent professional 10 haalt het positieve effect aan van het bieden van inzicht en het aantoonbaar maken van veranderingen:

“Pas later, als de succesbeleving weer achter de rug is, en als hij weer terug thuiskomt, dan denkt ie ach fijn, dat ik vandaag dit of dit heb gedaan. Fijn dat we in het afgelopen halfjaar zo intensief naar dagbesteding hebben toegewerkt want nou voel ik me een stuk beter.” (RP10)

Wat de sociaal agogen met elkaar gemeen hebben, is het positieve effect van spiegelen en confronteren met wat zij ervaren in hun werk. Wat verder uit de interviews naar voren komt, is dat zij allen vinden, dat zij een actieve rol dienen te hebben in het komen tot probleeminzicht bij de cliënt. De cliënt motiveren om het proces voort te zetten, trachten zij te doen door de nadruk te leggen op de positieve gevolgen van dit inzicht en de stappen die de cliënt maakt.

4.3 Resultaten deelvraag 3

Wat heeft de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X nodig om zijn motivatie te ontwikkelen en/of te behouden bij het herstellen van middelengebruik?

Uit literatuurstudie is gebleken dat het allereerst van belang is dat comorbide stoornissen tegelijk worden behandeld en niet afzonderlijk van elkaar worden benaderd en behandeld (Van der Stel, 2006). Uit de etiologie blijkt namelijk, dat middelengebruik in veel gevallen een copingmechanisme betreft voor het omgaan met psychische problemen (Jellinek, 2014). Er is ingezoomd op de behoefte van de cliënt bij het ontwikkelen- of behouden van de motivatie voor het herstellen van middelengebruik. Deze uitkomsten zijn voorgelegd aan de respondent cliënten van organisatie X.

In gesprek met respondent cliënt 2 kwam naar voren hoe lastig het voor hem is geweest om geschikte hulpverlening te vinden:

“Op een gegeven moment val je onder de noemer van de gemeente, als je een bijstandsuitkering krijgt, dan is het moeilijk je eigen hulpverleners uit te kiezen. Nu heb ik wel mijn eigen hulpverleners kunnen uitzoeken waar ik een goed gevoel bij heb. Tot die tijd heb ik het gevoel gehad dat ze niet wisten waar ze mee bezig waren en wat ik eraan had. Bij de gemeente werd ik aan WIJ Eindhoven gekoppeld, als je daar dan geen klik mee hebt dan is het dweilen met de kraan open. Dus het is moeilijk de juiste hulp voor jezelf te zoeken.” (RC2)

Deze mening werd gedeeld door respondent 3, die in het interview vertelt, hoe hij het heeft ervaren om zijn toekomstplannen te delen met de hulpverlening.

“Ik heb willen stoppen met blowen omdat ik in het vreemdelingenlegioen wilde en mijn toenmalige begeleiding wilde dat ik zou stoppen en anders zou ik niet bij hen in begeleiding kunnen blijven.” (RC3)

Het wordt door meerdere respondenten herkend, dat doelen bepaald kunnen worden door de hulpverlening. Respondent cliënt 4 geeft inzicht in hoe hij hiermee om is gegaan. Hij geeft aan dat hij zich heeft gevoegd naar de verwachtingen van de hulpverlening, omdat hij bang was zijn huisvesting te verliezen en wist dat er iets moest veranderen.

“Mijn leven moet anders, ik wist niet hoe, alleen dat ik strontongelukkig werd van het gebruik.” (RC4)

Uiteindelijk heeft de terugkomende confrontatie met zijn problemen ertoe geleid, dat hij inzag waar het probleem lag. Respondent cliënt 4 kwam tot de conclusie, dat er meer problemen waren dan enkel het verslavingsgedrag, wat aansluit bij de theorie.

“Mijn stoppen met gebruiken was een noodoplossing zeg maar, omdat ik niet meer kon leven zoals ik dat deed. Ik was een enkele keer doorgeslagen omdat ik met politie en ambulance aan de weg stond omdat ik een black-out had. Toen heb ik tegen mijn begeleiding gezegd dat ik niet meer kon op deze manier.” (RC4)

Deze ervaring onderschrijft de gevonden theorie, dat het belangrijk is, dat de cliënt zelf het belang van de verandering inziet. Dit belang zorgt namelijk voor intrinsieke motivatie, die samen met de hulpverlening verder onderzocht kan worden. Zo ook in het geval van respondent cliënt 4:

“Hoe nuchterder ik was hoe meer ik last kreeg van de gedachten aan hoe mijn broertjes het hebben bij mijn moeder en dat ik niets voor ze kan doen.” (RC4)

Respondent cliënt 4 maakt de verandercirkel van Prochaska en Diclemente (1982) zichtbaar in zijn proces, waarin hij terugkeert in fase 1, de overpeinzing. Het besef dat er iets moest veranderen, deed hem opnieuw beseffen wat de intentie is om te veranderen en de verandering vol te houden.

Een andere visie, die naar voren is gekomen in de interviews, is de meerwaarde van positieve bekrachtiging. Respondent cliënt 5 spreekt het volgende uit:

“Als me wordt verteld dat ik de opdrachten van mijn behandeling goed uitvoer heb ik nog wel zin om verder te gaan. Als ik steeds hoor dat ik het niet goed doe dan zoeken ze het daar maar uit.” (RC5)

Met dit citaat benadrukt hij het belang van positieve bekrachtiging en het feit, dat er niet alleen ingezoomd moet worden op het probleemgedrag.

Samenvattend kan gesteld worden, dat de cliënt respondenten van organisatie X in het verleden gemist hebben om zeggenschap te hebben in het stellen van doelen, wat de motivatie tot verandering heeft verminderd. De motivatie wordt verbeterd wanneer zij zelf inzicht hebben in de gevolgen van het probleemgedrag en dan gesteund worden door de hulpverlening om het gedrag te herleiden en aan te pakken. Ook wordt positieve bekrachtiging als helpend ervaren om gemotiveerd te blijven.

4.4 Resultaten deelvraag 4

Welke middelen, attitude, vaardigheden of kennis kan de sociaal agoog inzetten of ontwikkelen om de motivatie van de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X te behouden of te verhogen?

Om antwoord te kunnen geven op deze deelvraag, is er in de interviews met de respondent professionals aandacht besteed aan zowel de huidige, als de gewenste manier van werken. Er is met hen onderzocht of hier verschillen in zijn en of er een duidelijk beeld is, hoe aan te sluiten bij de huidige, vernieuwde wijze van zorg. Vanuit de literatuur kwam naar voren hoe belangrijk het is om aan te sluiten bij de veranderbehoefte van de cliënt. Daarnaast is, zowel uit de literatuur als uit de interviews met de respondent cliënten, naar voren gekomen, dat de professional tijd moet besteden aan het verwachtingsmanagement. Uit de interviews met de cliënten komt naar voren, dat zij behoefte hebben aan duidelijkheid over ieders taken en verantwoordelijkheden, ook met betrekking tot het eigenaarschap van het hulpverleningsproces. Uit interviews met professionals van organisatie X komt het beloningssysteem naar voren, een middel wat zij gebruiken om cliënten te blijven motiveren zich in te zetten voor een positieve verandering:

“We hebben een stuk in het beloningssysteem zitten waarin we vragen: “hebben we vandaag drugs gebruikt?” Waarom wel, waarom niet? Die wordt afgevinkt en tevens werken we met UC’s (urinecontroles) of alcoholcontrolesets. Deze zetten we pas in als we argwaan krijgen of als ze liegen tegen ons. Over het algemeen willen we zo eerlijk mogelijk tegen elkaar zijn, dus als er gebruikt is, dat we dat dan ook op tafel gooien. Dat we daar dan ook iets mee kunnen doen in plaats van het gedrag; liegen. Daar kunnen we niks mee, als we merken dat de cliënt al langer aan het liegen is of dat we merken dat zijn gedrag aan het veranderen is, waardoor we vermoedens hebben van gebruik, dan gaan we controles doen, dat geeft een gespreksonderwerp en vanuit daar gaan we door naar behandeling.” (RP7)

Het beloningssysteem heeft als doel om de cliënt inzicht te geven in positieve stappen die gezet worden in de behandeling. Echter, door ook stil te staan bij het problematische gedrag, tracht de organisatie om met dit middel ook confronterend te zijn voor de cliënt en hen de spiegel voor te houden. Uit de interviews komt naar voren, dat het achterliggende doel is om de cliënt zelf inzicht te geven in het gedrag en het beloningssysteem op de lange termijn overbodig te maken.

“Als je zelf verantwoordelijkheid voelt voor behandeling, dan ben ik van mening dat je motivatie ook groot is om wat te bereiken. Als je 0,0 verantwoordelijkheid voelt voor je behandeling, is er ook weinig

motivatie.” (RP8)

Het beloningssysteem sluit aan bij de motivatiepsychologie, die ervoor pleit om ook stil te staan bij andere aspecten dan alleen het probleemgedrag, in dit geval de ADL-taken. Uit de interviews komt naar voren dat er met dit middel getracht wordt om ook inzicht te geven in oorzaak-gevolg situaties met betrekking tot andere levensgebieden. Wanneer ADL-taken niet uitgevoerd worden, is dit onderwerp voor gesprek.

“Het beloningssysteem staat eigenlijk alles op, alles wat er in huis moet gebeuren, alle taken, schoonmaaktaken, kooktaken, wastaken, daarmee bedoelen we meer het huishouden. Die taken zijn verdeeld, we hebben een rouleringssysteem van 6 aparte takenlijsten, waarop alle taken staat die worden verdeeld. De eerste week hebben ze lijst 1, 2 en zo verder... Zodat ze alle taken in huis gedaan hebben. Dit gaan we controleren, als ze de taken gedaan hebben, komen ze het laten afvinken, wij controleren dat, dan is het goed. Daarnaast hebben we een persoonlijke lijst, daar staan de persoonlijke taken of doelen, zoals: Dagbesteding, afspraken, drugsgebruik en alles wat er extra kan, voor mensen die moeite hebben met andere dingen. Die schrijven we erbij, zodat het een persoonlijke lijst wordt met doeltjes. Wat het meetbaar maakt.” (RP7)

Zelfregie is een term, die vaak terugkomt, zowel in de interviews als in de theorie. De respondent professionals geven inzicht, in hoe zij hieraan tegemoet willen komen, maar maken ook bespreekbaar hoe lastig het is om deze verantwoordelijkheid bij de cliënt te laten liggen:

“Ze doen het niet, zeg maar, de cliënt vraagt nagenoeg niet naar een zorgplan of na een evaluatie of naar de rapportage die geschreven worden. Daar zijn ze helemaal niet mee bezig. Of ze komen door middel van gesprekken met ons erachter dat sommige dingen beter zijn gegaan de afgelopen tijd. Zelf hebben ze er ook weinig weet van en zijn ze er eigenlijk helemaal niet mee bezig.” (RP7)

Uit de interviews komt naar voren, dat de respondent professionals op dit moment geen oplossing weten om de cliënt meer inzicht te bieden. Uit de interviews met zowel de cliënten als de professionals kwam naar voren, dat de druk van gesprekken soms als hoog wordt ervaren, waardoor een mondelinge evaluatie niet geschikt wordt geacht door de respondenten.

Om tegemoet te komen aan de behoefte van de cliënten om inzicht te krijgen in hun visie op de voortgang in de behandeling, wordt de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) ter sprake gebracht. Met de respondent professionals wordt dit middel besproken en wordt navraag gedaan of dit middel ook ingezet zou kunnen worden ten behoeve van de cliënten.

“Het zou een keuze kunnen zijn om een cliënt die te laten maken. Omdat wij misschien een ander beeld hebben van de cliënt dan hij zelf heeft, dan kan het zijn dat wij iets vinden en de cliënt het er niet mee eens is zeg maar.” (RP8)

De benaderde professional van de ketenpartner legt de nadruk vooral op het inzichtelijk maken van successen.

“Ik ga persoonlijk op zoek naar succes in de beleving van de cliënt, wat dat ook maar is. Vorig jaar heb

ik een cliënt thuis opgehaald en ben ik met hem naar een training van PSV gaan kijken. Dat hij daar was, was al een hele stap, hij was dichterbij “normale” mensen. Het is niet direct een succesbeleving, maar het geeft hem een goed gevoel.” (RP10)

In het interview met deze respondent kwam ook de complexiteit van de comorbide problematiek naar voren. De respondent maakt bespreekbaar, dat de psychische stoornis problemen geeft op meerdere vlakken, waardoor het meedoen in de maatschappij al een uitdaging kan zijn. Vanuit het meedoen in de sociale context, kijkt hij verder naar de gevolgen voor de doelen:

“Dan kunnen we kijken, wat kun je verder nog doen in plaats van de hele dag thuis drugs gebruiken, eventueel een dagbesteding.” (RP10)

Respondent 10 legt de nadruk op de vijfde fase van Prochaska en Diclemente (1982), het volhouden van de gedragsverandering. Hij geeft aan het als nuttig te zien om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de interesses van de cliënt. Het vraagt van de hulpverlener om open te staan voor de interesses van de cliënt en de ruimte te bieden om mee te gaan in diens (bekende) wereld.

5. Conclusie en aanbevelingen

Aan de hand van de beschreven resultaten in hoofdstuk 4, is in dit hoofdstuk de conclusie van dit onderzoek te lezen. In paragraaf 5.1 wordt per deelvraag de conclusie beschreven en in paragraaf 5.2 de conclusie met betrekking tot de hoofdvraag te lezen. Tot slot staan in paragraaf 5.2 de aanbevelingen beschreven.

5.1 Conclusie deelvragen

In deze paragraaf staan opnieuw de deelvragen omschreven met daaronder de conclusies van dit onderzoek. Vanuit het empirisch onderzoek heeft er een literatuurstudie plaatsgevonden, waarna door middel van een kwalitatief onderzoek onderzocht is hoe dit ervaren wordt door zowel cliënten als professionals.

1. **Wat is de invloed van inzicht op de motivatie van de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X om te herstellen van middelengebruik?**

Uit dit onderzoek is gebleken, dat er een aantal aspecten van belang zijn voor de cliënt om motivatie in zijn herstelproces te ervaren. Allereerst is er stilgestaan bij het belang van zelfregie. In de literatuur staat beschreven, dat het stimuleren van zelfregie een positieve ontwikkeling kan veroorzaken in het herstelproces van de cliënt. Dit houdt in, dat de professional met de cliënt gaat onderzoeken wat de motivatie tot verandering is, wat de krachten van de cliënt zijn, dat de cliënt zijn eigen keuzes mag maken en dat het netwerk actief betrokken wordt. Hiervoor dient stilgestaan te worden bij de zingeving, waarom wil de cliënt veranderen en wat is zijn drijfveer?

Uit de interviews is naar voren gekomen, dat cliënten het in de praktijk nog niet altijd zo ervaren. Ze voelen zich geen eigenaar van het hulpverleningsproces. Uit meerdere interviews is naar voren gekomen, dat de hulpverlening erg bepalend is voor de route van het proces.

Uit de interviews komt ook naar voren, dat de cliënt respondenten dit wijten aan het feit, dat de hulpverlening meer kennis heeft over hoe een proces vormgegeven kan worden en dat het advies vaak leidend is op de lange termijn. Cliënten geven aan, dat hun 'veilige, bekende wereld' vaak zorgt voor terugval in probleemgedrag, wat maakt dat zij de verandercirkel van Prochaska en Diclemente (1982) niet volledig kunnen doorlopen. Meerdere cliënten kunnen in de interviews kritisch naar zichzelf kijken en spreken uit, dat ze het nodig hebben, dat de hulpverlening een kritische, confronterende rol heeft. Echter, om gemotiveerd te blijven om het proces voort te zetten, hebben zij ook een andere behoefte dan de hulpverlening. De theorie van de motiverende gespreksvoering laat zien, dat het van belang is om te onderzoeken wat de onderliggende veranderbehoefte is. Dus in het geval van deze populatie, onderzoeken wat het probleem achter de verslaving is. Uit de interviews komt naar voren, dat cliënten dit probleem vaak wel erkennen, maar dat de focus op de achterliggende problematiek vaak wordt onderschat. Zo beschrijft Van der Stel (2013) het belang om zowel de verslaving als de psychische stoornis tegelijk te behandelen. Een effectieve behandeling kan volgens Van der Stel (2013) alleen bereikt worden door inzicht te krijgen in de factoren, die leiden tot het probleemgedrag.

Uit de interviews is gebleken, dat cliënten dit zelf lastig onder woorden kunnen brengen. Het doel ligt vaak meer aan de oppervlakte, ze willen de controle terug over iets wat uitgegroeid is tot een

probleem. Wat de cliënt echter nodig heeft, is inzicht in de mogelijkheden om te veranderen. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen, dat cliënten van organisatie X wel inzicht hebben in het probleemgedrag, maar de focus op het probleem zorgt niet voor motivatie om te veranderen. Er wordt door meerdere cliënten onderkend, dat zij de hulpverlening nodig hebben om inzicht te krijgen in het onderliggende gedrag. Door te onderzoeken waar het probleemgedrag uit voortkomt, is de kans op het slagen van een verandering groter. De cliënt heeft de hulpverlener nodig om de drijfveer tot verandering te onderzoeken. Dit kan gedaan worden door de eigen kracht van de cliënt te stimuleren, waardoor hij zich betrokken voelt bij het proces en zelf eigenaarschap blijft ervaren. Wanneer de cliënt zich eigenaar voelt van het proces en de ruimte voelt om zijn of haar wensen voor de toekomst te bewerkstelligen, zorgt dit voor meer motivatie om te herstellen.

2. Wat is de rol van de sociaal agog van organisatie X bij het ontwikkelen en/of behouden van motivatie van de cliënt tijdens het herstellen van middelengebruik?

Zoals ook in het vorige hoofdstuk beschreven staat, is voor de sociaal agogen van organisatie X, de visie van de organisatie leidend. Uit de interviews is gebleken, dat zij allen de vaardigheid om cliënten te confronteren, inzetten bij hun aanbod van zorg. Zij hechten er allen veel waarde aan om cliënten te prikkelen om naar hun eigen situatie te kijken en om hen te spiegelen met hun eigen gedrag. De sociaal agogen van organisatie X gaven allen aan het prettig te vinden dat de randvoorwaarden van de organisatie helder zijn, zowel voor de sociaal agogen zelf als voor de cliënten en diens netwerk. Voordat zij in begeleiding komen bij deze organisatie, tekenen zij een contract waarin het hoofddoel voor de begeleiding wordt opgenomen, waarbij herstellen van middelengebruik altijd een onderdeel is. Dit maakt dat er voor hen een eerste fase van gelijkgestemdheid bereikt is, alvorens het eerste hulpverleningscontact gestart is. Zij vinden het allen helpend, dat zij hierop terug kunnen grijpen.

Wat betreft de rol van de sociaal agogen in het ontwikkelen of behouden van de motivatie van de cliënt, geven zij aan dat het een lastig proces is, dat voor iedere cliënt een andere waarde heeft. De visie op begeleiding is voor alle cliënten anders, alsmede de invloed van de professional en de gedrevenheid van de cliënt om een herstelproces aan te gaan en te komen tot een gedragsverandering. De sociaal agogen van organisatie X zien het als een grote verantwoordelijkheid om de motivatie van de cliënt te blijven onderzoeken en hen te blijven stimuleren. Zij moeten blijven benadrukken, dat de motivatie van de cliënt belangrijk is om zoveel mogelijk zelf de regie te voeren in het hulpverleningstraject. Uit de interviews blijkt dan ook dat zij veel waarde hechten aan dit thema en zich hier graag in willen (blijven) ontwikkelen.

3. Wat heeft de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X nodig om zijn motivatie te ontwikkelen en/of te behouden tijdens het herstellen van middelengebruik?

Het belang van het tegelijk behandelen van de comorbide stoornissen wordt zowel in de theorie als gedurende interviews bekrachtigd. Uit dit onderzoek is gebleken, dat het van belang is, om te onderzoeken wat er schuilgaat achter het verslavingsgedrag. Waar het echter voor de cliënt start, is het zoeken en vinden van de juiste hulpverlening. Uit de probleemanalyse komt naar voren dat de cliënt verantwoordelijk wordt gemaakt voor het samenstellen van een hulpverleningsnetwerk. Zij

dienen zelf een duidelijke hulpvraag te stellen en te onderzoeken wat zij nodig hebben. Uit de interviews is echter gebleken dat dit voor cliënten lastig is. Wat hierin meespeelt, is het feit dat wanneer de hulpverlening gevonden is, er niet altijd een gedeelde visie is op de toekomst. Wanneer cliënten het gevoel hebben dat de doelen bepaald worden door de hulpverlening, is dit niet bevorderlijk voor de motivatie om te veranderen. Wat uit de interviews naar voren is gekomen, is dat zij de hulpverlening nodig hebben om inzicht te krijgen in het verslavingsgedrag én de problemen op andere levensgebieden. Het spiegelen van gedrag en het confronteren met de gevolgen helpt hen om in te zien waarom een verandering wenselijk is. Uit de interviews is gebleken dat dit helpend is om de intrinsieke motivatie te vergroten. Naast het onderzoeken wat de drijfveren zijn om te veranderen, is ook het verwachtingsmanagement van belang. Uit de ervaringen van de cliënten is gebleken dat zij het van belang vinden om regie te hebben in het proces. Echter, ze geven ook duidelijk aan dit niet te kunnen zonder hulp. De oplossingsgerichte therapie reikt hiervoor handvatten aan en stelt dat de cliënt het nodig heeft om versterkt te worden in de eigen regie en de focus te leggen op het herstelproces. Wanneer de kennis verbonden wordt aan eerder gevonden literatuur over effectiviteit van behandeling van de comorbide cliënt, lijkt de oplossingsgerichte therapie goed aan te sluiten bij de uitgesproken behoeften van de cliënt. Het zoeken naar alternatieve behandelingen en coping-mechanismen lijkt de cliënt in de praktijk het meest te helpen en motivatie te geven om behandeling of het werken aan herstel vorm te geven.

4. Welke middelen, attitude, vaardigheden of kennis kan de sociaal agoog inzetten of ontwikkelen om de motivatie van de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X te behouden of te verhogen?

Concluderend kan gesteld worden, dat de sociaal agoog in de wenselijke situatie een nadrukkelijke rol heeft in het motivationele proces van de cliënt om een positief herstelproces door te maken. Zoals in hoofdstuk 3 omschreven bij de resultaten van deelvraag 4, zijn er een aantal aanbevelingen gedaan in de literatuur om deze rol goed uit te kunnen voeren. Voor de sociaal agogen binnen organisatie X is het van grote meerwaarde gebleken om vaardigheden op dit gebied te ontwikkelen en te vergroten. Uit de interviews met de sociaal agogen is gebleken dat zij zich graag blijven ontwikkelen om aan te kunnen blijven sluiten bij de diverse behoeften van de grote diversiteit aan cliënten.

Uit de probleemanalyse is gebleken, dat de hulpverlener zich goed bekend moet maken bij de cliënt, zodat de cliënt hen gemakkelijk kan vinden. De instap voor de hulpverlening moet laagdrempelig zijn en er moet geïnvesteerd worden in een goede samenwerking met de gemeente, die de zorg financiert. Voor de financiering van zorg is ook meetbaarheid van belang, wat op dit moment gebeurt aan de hand van de ZRM (2018). Uit zowel de literatuur als de interviews is gebleken, dat ook cliënten behoefte hebben aan een middel of instrument wat hen inzicht geeft. Een soortgelijk middel kan ingezet worden om ervoor te zorgen, dat het zelfinzicht van de cliënt vergroot wordt en hij zelf keuzes kan maken op welke vlakken hij ondersteuning wenst.

Daarnaast wordt er binnen organisatie X gewerkt met een beloningssysteem, een middel wat als helpend wordt ervaren in het motiveren van cliënten. Het wordt door de professionals als helpend ervaren, omdat het inzicht geeft aan de cliënt en het een middel is om hen te confronteren met concrete gedragingen of observaties. Daarnaast helpt het om de focus te verbreden, dus niet alleen

stil te staan bij het verslavingsgedrag maar ook de andere levensgebieden in kaart te brengen en de cliënt hierover inzicht te verschaffen. Bij de beantwoording van deze deelvraag komt ook het belang van de positieve bekrachtiging naar voren. Uit de interviews komt naar voren, dat, door aan te sluiten bij de interesses van de cliënt en de kleine stappen als succes te bestempelen, de motivatie tot verandering wordt vergroot.

5.2 Conclusie hoofdvraag en aanbevelingen

In deze laatste paragraaf zal een antwoord geformuleerd worden op de hoofdvraag:

Hoe kan de sociaal agoog de cliënt met comorbide problematiek ondersteunen bij het verkrijgen van inzicht in de behandeling en bij het ontwikkelen en/of behouden van motivatie in het herstellen van middelengebruik, waarbij de cliënt zelf de regie houdt in het proces?

Uit de literatuurstudie en de interviews met de cliënten en de sociaal agogen is gebleken, dat de sociaal agoog een belangrijke invloed kan hebben op de motivatie bij de cliënt om te herstellen van het middelengebruik. Ook de waarde van inzicht is in de literatuur aangetoond, waarbij met name het inzicht in de verandering als kern naar voren is gekomen. De literatuur stelt dat dit een cliënt helpt om motivatie te vinden om te veranderen. Het hebben van inzicht kan ook helpend zijn bij het zien van successen. Het opdoen van positieve ervaringen wat kan helpen bij het aanleren van nieuw, gewenst gedrag.

Naar aanleiding van deze verzamelde informatie, zijn de volgende aanbevelingen opgesteld voor organisatie X:

1. Organisatie X heeft een duidelijke visie en missie voor wat betreft de rol van de sociaal agoog in het herstelproces van de cliënt. Ook hebben zij een duidelijke taakomschrijving voor sociaal agogen in het team. Wat uit het onderzoek naar voren is gekomen, is het belang van zelfregie. Een aanbeveling voor organisatie X is dan ook om te onderzoeken hoe zij als organisatie om willen gaan met de stimulatie van zelfregie en hier een eenduidig beleid over op te stellen, zodat zowel de cliënt als de agogen weten waar ze aan toe zijn en het verwachtingsmanagement duidelijk opgesteld kan worden.
2. De motivatie om te veranderen is een kritiek punt in de begeleiding van cliënten met verslavingsproblematiek. Het is van groot belang dat een cliënt intrinsiek gemotiveerd is om een verandering op de lange termijn te bewerkstelligen. Het is aan te bevelen aan organisatie X om te zorgen voor een juist scholings- of trainingsaanbod aan de professionals om voldoende handvatten te ontwikkelen om de intrinsieke motivatie van de cliënt te ontdekken en verder te ontwikkelen.
3. Het is gebleken dat cliënten gebaat zijn bij het hebben of verkrijgen van inzicht. Voor de verantwoording van de financiering van zorg aan de gemeente wordt momenteel het instrument 'ZRM' ingezet. Het is aan te bevelen om nader onderzoek te doen of een soortgelijk instrument de cliënt kan helpen om zelfinzicht te vergroten. Hiervoor kan gedacht worden aan de implementatie van de app 'Mijn-ZRM'.

4. Wanneer ervoor gekozen wordt om een nieuw instrument in te zetten om het zelfinzicht te vergroten, dient er ook stil gestaan te worden bij het bestaande instrument, het beloningssysteem. Bij de implementatie moet worden onderzocht hoe de twee instrumenten elkaar kunnen ondersteunen of versterken. Wellicht is het nodig om een van de instrumenten aan te passen of te wijzigen.
5. Als laatste is het aan te bevelen om regelmatig met cliënten in gesprek te blijven gaan over de mate waarin zij zich eigenaar voelen van het herstelproces. Uit de literatuur, de interviews met de cliënten en de interviews met de professionals is gebleken, dat zelfregie van groot belang wordt geacht en dat de rol van professional ondersteunend is aan de cliënt.

6. Discussie

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de interne en externe validiteit van het uitgevoerde onderzoek. In paragraaf 6.1 is de betekenis en de bruikbaarheid van het onderzoek te vinden. In paragraaf 6.2 worden de sterke en de zwakke kanten van dit onderzoek geanalyseerd.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

In deze paragraaf staat beschreven wat de maatschappelijke, wetenschappelijke en onderzoekstechnische betekenis van dit onderzoek is (Baarda, 2013).

De maatschappelijke betekenis van dit onderzoek is gericht op de rol van de sociaal agoog bij deze complexe cliënten, waardoor de mensen in de samenleving zo min mogelijk worden geconfronteerd met het (probleem)gedrag van de cliënten. De geestelijke gezondheidszorg heeft in de afgelopen jaren een transitie doorgemaakt, waardoor de aansturing en ondersteuning van de cliënt meer vraaggestuurd dan proactief is geworden, wat terug te lezen is in de probleemanalyse. In dit onderzoek wordt de rol van de sociaal agoog vanuit meerdere kanten belicht, waarbij het gezamenlijk, maatschappelijk belang voorop staat. Het gaat erom, dat de cliënt zo zelfstandig mogelijk deel kan nemen aan de maatschappij en zich hierin nuttig kan voelen, dat de maatschappij geen problemen ondervindt van het gedrag van de cliënt en dat de sociaal agoog benaderd kan worden waar nodig, om de cliënt en diens omgeving te ondersteunen. Er is in dit onderzoek veel aandacht besteed aan de aansluiting bij de cliënt, waarbij de transitie van proactief aanbod naar vraaggestuurd in de praktijk nog actief gaande is. Dit onderzoek levert concrete aanbevelingen op hoe de professional aan kan sluiten bij het bevorderen van de zelfregie en hierdoor betere hulp op maat kan bieden. Daarnaast is het belang van inzicht naar voren gekomen. Wanneer de professional aandacht besteed aan het zelfinzicht van de cliënt, bestaat de kans, dat de overlast voor de maatschappij verkleint. Het vraagt een vervolgonderzoek of dit daadwerkelijk het effect zal zijn.

Naast de maatschappelijke betekenis, wordt ook stilgestaan bij de wetenschappelijke en onderzoekstechnische betekenis van het onderzoek. Er is een bewuste keuze gemaakt om het onderzoek te richten op een specifieke onderzoeksgroep binnen een specifieke organisatie, waarbij specifieke in- en exclusiecriteria zijn opgesteld. Wetenschappelijk gezien zijn er kritische vragen te stellen bij deze keuze. Het is mogelijk, dat het onderzoek daardoor wetenschappelijk gezien minder van waarde is, doordat het om specifieke onderzoeksvragen gaat die de sector breed niet of minder makkelijk ingezet kunnen worden. Onderzoekstechnisch is er rekening gehouden met dit laatste feit en is er getracht om de verzamelde kennis en inzichten zo algemeen mogelijk te beschrijven en te verantwoorden, zodat de uitkomsten zo breed mogelijk geïnterpreteerd kunnen worden. Door in de conclusie stil te staan bij de algemene thema's, zijn er in dit onderzoek ook algemene adviezen voor het vormgeven van de zorg gegeven, die breed inzetbaar zijn in de GGZ-sector.

Een ander punt wat ter discussie gesteld kan worden, is het punt omtrent de keuze van organisatie X om te investeren in ontwikkeling, wat in het feedbackformulier ter sprake komt. De directeur van de instelling stelt afhankelijk te zijn van budgetten, die hij verkrijgt voor de zorg en dat daar de keuzes uit moeten worden gemaakt om al dan niet te investeren in ontwikkeling. Het effect van dit onderzoek kan dus ter discussie worden gelegd, aangezien voorafgaand aan dit onderzoek niet is toegezegd dat er

een daadwerkelijke investering zal worden gedaan waar nodig, om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

6.2 Sterke- en zwakteanalyse

In deze paragraaf wordt gekeken naar de interne validiteit. Wat dit onderzoek krachtig maakt, is het feit, dat er meerdere visies zijn belicht: van de cliënt, van de sociaal agoog en van de sociaal agoog van de ketenpartner. Meerdere perspectieven werden belangrijk geacht, wat ervoor heeft gezorgd, dat er op alle deelvragen antwoord gegeven kon worden. Wat dit onderzoek ook krachtig maakt, is het betrekken van de ketenpartner bij dit onderzoek. Zij zijn ook betrokken bij de zorg van cliënten van organisatie X, maar hebben wel een andere werkwijze, missie en visie. Door dit perspectief mee te nemen is er een bredere kijk op het probleem gekomen en is er meer informatie op tafel gekomen wat ervoor heeft gezorgd dat de deelvragen beantwoord konden worden.

Wanneer gekeken wordt naar de respondenten, kan gezegd worden, dat er, voorafgaand aan het uitvoeren van het onderzoek, een doel gesteld was om minimaal tien respondenten te interviewen, zowel cliënten als sociaal agogen. Dit doel (de minimaal gestelde eis) is gerealiseerd binnen het tijdsbestek van het onderzoek. Wellicht zouden er andere uitkomsten zijn geweest als er meer respondenten waren geweest, want met name de antwoorden van de cliënten fluctueerden wel eens. Het doel van het onderzoek was om concrete aanbevelingen te doen voor organisatie X., waarbij het gevoel van de cliënten als erg belangrijk werd gezien. Wanneer de onderzoeksgroep uitgebreid was, zou dit betekend hebben, dat er cliënten van andere zorginstellingen benaderd zouden moeten worden, wat ertoe zou kunnen leiden dat de uitkomsten niet direct over te nemen zijn voor organisatie X. Dit zou tevens een zwakte van dit onderzoek kunnen zijn, dat de informatie nu wellicht te specifiek omschreven is voor organisatie X., waardoor het minder bruikbaar is voor andere soortgelijke organisaties.

Een ander sterk punt van dit onderzoek is het feit, dat het plaats heeft gevonden binnen één specifieke zorgorganisatie, waardoor de conclusie en aanbevelingen toe te spitsen zijn op deze specifieke zorginstelling, wat ervoor kan zorgen dat de aanbevelingen makkelijker toepasbaar zijn in de praktijk en goed aansluiten bij de missie en visie van de zorginstelling. Doordat voorafgaand aan het onderzoek duidelijk was, dat er een onbekend investeringsbudget was, is er, met het stellen van aanbevelingen, rekening mee gehouden, dat dit niet gepaard hoeft te gaan met financiële middelen. Dit vergroot de kans tot positieve veranderingen.

Een zwakte van dit onderzoek kan zijn dat de vraagstelling gericht was op de ervaring van de respondenten. Wanneer de respondenten niet bereid waren geweest om antwoord te geven op de interviewvragen en inzicht te geven in hoe zij de zorg ervaren, was het niet mogelijk geweest om antwoord te geven op de deelvragen. Voor dit onderzoek heeft het echter positief uitgepakt, de cliënt respondenten hebben zelfs meerdere malen aangegeven, dat ze het prettig vinden, dat er uitgebreid stil wordt gestaan bij hoe zij het ervaren en dat hun mening hierin telt.

Als laatste sterke punt is het belang van het waarborgen van de anonimiteit. Hier is gedurende het gehele onderzoek voor gewaakt, waardoor voor de cliënten een veilige sfeer werd gecreëerd, waarin zij openheid van zaken konden geven. Gekeken naar de uitkomsten kan gesteld worden, dat er veel ervaringen zijn gedeeld en dat hierdoor antwoorden gegeven zijn op de deelvragen.

Literatuurlijst

Baarda, B. & Van der Hulst, M. (2017). *Basisboek Interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Houten: Noordhoff.

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. de, Peters, V. & Velde, T. van der (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). *Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, p. 50, 55-59.

Bestwijzer (z.d.). *Bestwijzer*. Geraadpleegd op 25 februari 2019, van <https://www.bestwijzer.nl/>

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers

Cepeda, L. M., & Davenport, D. S. (2006). *Person-centered therapy and solution-focused brief therapy: An integration of present and future awareness*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, p. 43(1), 1-12.

Dom, G., Dijkhuizen, A., Van der Hoorn, B. (2013) *Handboek 'Dubbele diagnose'*. Amsterdam: Boom Uitgevers

DSM-5 (2017). *DSM-5 classificatie*. Geraadpleegd op 24 juli 2019, van <https://www.dsm-5.nl/>

Ensie (z.d.). *Betekenis inzicht*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://www.ensie.nl/betekenis/inzicht?q=inzicht>

Franken, I. & Van den Brink, W. *Handboek verslaving*. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom

Jellinek (2018). *Wanneer ben je verslaafd aan alcohol of drugs*. Geraadpleegd op 25 juli 2019, van <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/wanneer-ben-je-verslaafd-aan-alcohol-of-drugs/>

Gemeente Best (z.d.). *WMO Samenleven in Best*. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van <https://www.gemeentebest.nl/data/downloadables/5/7/8/3/folder-wmo-samen-leven-in-best.pdf>

GGZ Oost Brabant (z.d.). *Wonen en verblijven bij ons*. Geraadpleegd op 28 februari 2019, van <https://www.ggzoostbrabant.nl/wonen-en-verblijven-bij-ons>

GGZ Nederland (z.d.). *Ambulantisering*. Geraadpleegd op 28 februari 2019, van <https://www.ggznederland.nl/themas/ambulantisering>

GGZ Standaarden (z.d.). *GGZ Standaarden*. Geraadpleegd op 22 juli 2019, van <https://www.ggzstandaarden.nl/>

GGZ Standaarden (z.d.). *Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving*. Geraadpleegd op 4 maart 2019, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving/herstel-participatie-en-re-integratie>

Goossens, F. (2012). *Verslaving: maatschappelijke gevolgen*. Geraadpleegd op 22 juli 2019, van <https://www.trimbos.nl/docs/f00fd347-895f-472e-a087-1c8e82a96c13.pdf>

Hari, J. (2017). *Verslaving*. Geraadpleegd op 19 juli 2019, van <https://passievoorpsychologie.nl/verslaving-johann-hari/>

Houben, K., Wiers, R.W., Jansen, A. (2011). *Getting grip on drinking behaviour: training working memory to reduce alcohol abuse*. *Psychological Science*, 22, 968-975.

Jansen, J. Koeter, M.W., Daams, J., van den Brink, W., Veltman, D.J., Goudriaan, A.E. (2014). *The effects of neuromodulation on craving in addictive disorders: a meta-analysis*. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Geraadpleegd op 24 april 2019, van <https://www.jellinek.nl/over-jellinek/onderzoek-publicaties/wetenschappelijke-publicaties/publicaties/>

Lewis, T. F., & Osborn, C. J. (2004). *Solution-focused counseling and motivational interviewing: A consideration of confluence*. Geraadpleegd op 25 maart 2019 van *Journal of Counseling & Development*, p. 82(1), 38-48.

Meinema, T. (2017). *Wat werkt bij eigen regie?* Geraadpleegd op 28 juli 2019, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Publicatie-wat-werkt-bij-eigen-regie%20%5BMOV-13463706-1.0%5D.pdf>

Movisie (2018). *Cirkel van gedragsverandering*. Geraadpleegd op 26 juli 2019, van <https://www.movisie.nl/tool/cirkel-gedragsverandering>

Movisie (2012). *Werken vanuit zelfregie, hoe pak ik dat aan?* Geraadpleegd op 26 juli 2019, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-07/Werken-vanuit-zelfregie-hoe-pak-ik-dat-aan.pdf>

Movisie (z.d.). *Zelfredzaamheid-matrix ZRM*. Geraadpleegd op 27 februari 2019, van <https://www.movisie.nl/tool/zelfredzaamheid-matrix-zrm>

Miller, W. & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering*. Houten: Ekklesia Uitgeverij

Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R., Fox, L. (2011). *Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose*. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom

Nederlands Jeugd Instituut (2013). *Oplossingsgerichte therapie*. Geraadpleegd op 14 april 2019, van [https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Oplossingsgerichtetherapie.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Oplossingsgerichtetherapie.pdf)

Novadic Kentron (z.d.). *Soorten verslaving*. Geraadpleegd op 21 april 2019, van <https://www.novadic-kentron.nl/ben-ik-verslaafd/soorten-verslaving/>

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change* (19) 3 *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, p. 276-288

Rijksoverheid (2013). *Troonrede 2013*. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013>

Rijksoverheid (z.d.). *Verschil PGB – Zorg in Natura*. Geraadpleegd op 24 juli 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/verschil-pgb-zorg-natura>

Rijksoverheid (2015). *Zorg en ondersteuning thuis – WMO*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>

Rovers, B. (2010). *Motiveren en motivatieproblematiek*. 's-Hertogenbosch: Expertisecentrum Veiligheid.

Van der Stel, J. (2017). *Ambulantisering*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://www.ggznederland.nl/themas/ambulantisering>

Van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T., & Emmelkamp, P.M.G. (2012). *Psychological treatment for comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorder: a review*. *Clinical Psychology Review*, 32, 202-214.

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). *Weten is nog geen doen*. Geraadpleegd op 21 juli 2019, van <https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/rapporten/2017/04/24/weten-is-nog-geen-doen/R097-Weten-is-nog-geen-doen.pdf>

Zelfredzaamheidmatrix (z.d.). *Zelfredzaamheidmatrix*. Geraadpleegd op 14 april 2019, van <https://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/>

Zorg Dat Werkt (z.d.). *Visie*. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van <https://www.zorgdatwerkt.nl>

Zorgwijzer (2019). *WMO*. Geraadpleegd op 26 juli 2019, van <https://www.zorgwijzer.nl/faq/wmo>

Bijlagen

Bijlage 1. Topiclijst

Deze topiclijst is samengesteld aan de hand van de theorie van Boeije (2014) met als doel de onderzoeksvragen te operationaliseren. Het geeft de interviewer houvast om tot een juiste vraagstelling te komen en de benodigde informatie uit de interviews te kunnen halen.

De topiclijst is gefaseerd opgesteld, als volgt:

Opening	Uitleg doel onderzoek Uitleg opnameapparatuur
Algemene gegevens	Wie Rol Tijd binnen organisatie X
Behandeling	Ervaringen in behandeling Voorgaande trajecten Vrijwillig/gedwongen/gesloten
Inzicht	Mate van inzicht in behandeling Door wie inzicht verkregen Hoe inzicht behouden Wensen voor toekomst
Motivatie	Wat is motivatie Wat is de invloed van Rol van sociaal agoog Intrinsiek/extrinsiek
Netwerk	Ondersteuning van: - naasten (familie/vrienden) - omgeving - hulpverlening (professionals)
Succeservaringen	Pluspunten – wat helpt?
Afsluiting	Ruimte voor vragen Nog iets toevoegen? Bedanken voor deelname

Bijlage 2. Codeboom

Deelvraag	Thema	Codewoord (+/-/+)
1. Hoe ervaart de cliënt met comorbide problematiek binnen organisatie X de invloed van inzicht op zijn motivatie om te herstellen van middelengebruik?	Ervaringen in behandeling	Geen (0)
		Opname (6)
		Ambulant (1)
		Niet professioneel (1)
	Voorgaande trajecten	Positief (+) (2)
		Negatief (-) (3)
		Neutraal (+-) (1)
	(On)gedwongen kader	Gedwongen (2)
		Ongedwongen (4)
	Inzicht	Wel (+) (2)
		Niet (-) (2)
		Onzeker/onbekend (+-) (2)
	Rol hulpverlener	Betrokken (+) (5)
		Niet betrokken (-) (1)
	Rol netwerk	Betrokken (+) (2)
		Niet betrokken (-) (4)
	Motivatie	Intrinsiek (1)
		Extrinsiek (5)
		Van invloed (6)
		Niet van invloed (0)

2. Hoe ervaart de sociaal agoog van organisatie X zijn rol in het ontwikkelen- of behouden van motivatie van de cliënt in het herstellen van middelengebruik?	Betrokkenheid	Betrokken – proactief (+) (3)
		Minder betrokken – neutraal(+) (1)
		Niet betrokken – afwachtend (-) (0)
	Rol	Positief/constructief (2)
		Wisselend (1)
		Onzeker/negatief (1)
	Wensen	Meer kennis (4)
		Meer kunde (4)
		Meer afstemming (1)
		Voldoende/geen wensen (0)