# Gelabelde interviews

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Interview 1 - Medewerker ambulante behandeling** | | | |
| Geïnterviewde: | Dhr. van Velthoven | Datum: | 22 maart 2013 |
| Locatie: | Tactus Verslavingszorg Apeldoorn | | |
| Geïnterviewd door: | Michael van Steijn  Joost Baaij | | |
| Functie:  Senior Counselor bij de ambulante 12-stappen behandeling van Tactus verslavingszorg in Apeldoorn. Frank van Velthoven heeft deze behandeling een aantal jaar geleden opgezet. | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Interview (vraag)** | **Fragmenten** | **Beleidsmedewerker** | **Label** | **Kernthema** | **Label** |
| En dit is de Minnesota 12 stappen ambulante behandeling? | 1.1.1 | Ja het heet Tactus 12 stappen behandeling en het is een Minnesota behandeling. | Tactus 12-stappen behandeling. Minnesota behandeling | Algemene gegevens | Behandelgegevens |
| Heeft u daarvoor ook een opleiding gedaan? | 1.2.1 | Ik heb de sociale academie gedaan. Ik heb een jaar opleiding in Ierland gehad bij de International addiction counselor program | Sociale academie en opleiding Ierland; International addiction counselor program | Competenties hulpverleners | Bijscholing |
|  | 1.2.2 | Het is een goede opleiding. Een van de obstakels in Nederland is dat er geen heldere opleiding is. Clubs die dicht bij de bron werken zoals Jellinek. Die sturen hun aspirant counselors een jaar naar Amerika in Hazelden om hun counselors te trainen. Dat is nog steeds de toonaangevende bron | Geen heldere opleiding; opleiding Amerika Hazelden | Competenties hulpverleners | Bijscholing |
| Hoe ziet de ambulante behandeling van Tactus eruit? | 1.2.3 | De behandeling is georganiseerd rond een Amerikaans ambulant programma, the Matrix Model. Dat is een geschreven en in de praktijk getest door The Matrix institute. Een programma van 16 weken met voor gestructureerde themagroepen en dat hebben wij overgenomen | Matrix model. Voor gestructureerde themagroepen. | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
|  | 1.3.1 | Het bestaat uit twee hoofdstromen. Eerste is terugvalpreventie waarin situaties worden onderzocht die kunnen leiden tot een terugval. Tweede is vaardigheden voor beginnend herstel. Je hebt de keuze gemaakt om clean te blijven, wat kom je tegen. | Twee hoofdstromen. Terugvalpreventie en vaardigheden beginnend herstel. | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
|  | 1.3.2 | Er zijn 32 sessies terugvalpreventie en 8 sessies vaardigheden beginnend herstel. 2 sessies per week | 40 sessies, 2 per week | Methodiek | Minnesota 12 stappen. |
| Past dat deel vaardigheden voor beginnend herstel binnen de cognitieve gedragstherapie? | 1.3.3 | Ik vind het verraderlijk om het in zo’n hokje te zetten. Het is gericht op concrete praktische situaties en handige strategieën om daarmee om te gaan. | Praktische interventies | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
| Krijgen mensen een detox? | 1.3.4 | Als je hier begint ben je clean. Dus er gaat al iets aan vooraf om hier binnen te komen. Er zijn mensen die een ontgiftingsfase doormaken voordat ze hier kunnen beginnen. | Clean bij begin behandeling. Detox vooraf | Invulling behandeling | Behandeldoel/ detox |
| Vind die detox elders plaats | 1.3.5 | Binnen dit grote bedrijf hebben we allerlei diensten voorradig. We hebben artsen, detox afdelingen, systeemtherapie en psychiaters van buiten onze afdeling waar we wel toegang tot hebben. | Toegang tot allerlei diensten binnen grote organisatie | Invulling behandeling | contactpersonen |
| Krijgt elke cliënt een soort maatpak | 1.3.6 | De inhoud van de groepssessies ligt vast. Daarnaast is er een deel van het groepsgebeuren dat niet vast ligt over de dingen die nu spelen, hoe gaan we daarmee om. Daarnaast zijn de individuele sessies die mensen met een counselor hebben | Deelgroepsprogramma ligt vast. | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
|  | 1.4.1 | Iedereen heeft een vast counselor, die spreekt hij als het goed is welke week, op z’n minst. En in die sessies wordt het maatpak gemaakt. Daar kijken we naar wat speelt er met jou, waar moeten we het over hebben. Daar wordt ook een persoonlijk treatment plan opgesteld. | 1x per week x per weekrsonendelingn wordt ddeen grote organisatieginnend hersteln te blijven, wat kom je tegenindividuele gesprekken wordt het maatpak gemaakt | Methodiek/ invulling behandeling | Minnesota 12-stappen/ contactpersonen |
| Hoe vaak komt iemand langs dan hier in de week? | 1.4.2 | De eerste 4 weken is iemand hier 5 middagen. Vanaf de 2e maand, de 5e week tot 16e week is het 3 middagen in de week. | Eerste 4 weken 5 middageeek 3 middagengen 5e-agesteld. n 5e-16e week 3 middagen | Invulling behandeling | intensiteit |
| 4 maanden 3 keer in de week een gesprek. Dan moet je wel echt de krenten uit de pap hebben die daar wel bij varen. Hebben mensen niet langer behandeling nodig? | 1.4.3 | Maar mijn gezichtspunt was ook een beetje van, heel veel mensen hebben klinische behandeling nodig. Ik moet wel zeggen dat in mijn ervaring van de laatste 5 jaar, dat dit beeld opgeschoven is. Vroeger zou ik veel meer mensen naar de kliniek hebben gestuurd dan ik vandaag doe. | Vroeger zou ik meer mensen naar een kliniek hebben gestuurd dan ik nu doe. | Doelgroep | Cognitieve vermogens |
|  | 1.4.4 | Wij begonnen met goed selecteren aan de poort, welke mensen wij denken dat kunnen profiteren van zo’n klinische behandeling, poliklinische en welke klinisch. Daar hebben we criteria voor. Het valt mij op dat mijn blik veranderd is. Dat ik zie dat veel meer mensen van dit programma kunnen profiteren dan dat ik oorspronkelijk zou hebben gedacht. | Meer mensen kunnen van dit programma profiteren dan eerst gedacht. | Doelgroep | Cognitieve vermogens |
| Denk u dat het beter kan zijn om een ambulante behandeling te volgen dan een klinische behandeling? | 1.4.5 | Dat is appels met peren vergelijken. Ik denk dat het voor veel mensen beter is. | Ambulante behandeling kan voor veel mensen beter zijn maar het geeft andere problemen | Type behandeling | Ambulante behandeling |
|  | 1.5.1 | Je krijgt andere problemen. Bij langdurige opname ben je bijna per definitie gehospitaliseerd | Langdurige klinische opname zorgt voor hospitalisering | Type behandeling | Klinische behandeling |
|  | 1.5.2 | Stap terug naar het weer zelf doen enorm. Veel mensen die stap niet goed voor elkaar krijgen, dat heb je minder bij een ons omdat ze vanuit huis hiernaartoe komen | Bij ambulante behandeling stap terug naar huis kleiner | Type behandeling | Ambulante behandeling |
| Loopt de zelfhulp ook synchroon met de behandeling | 1.5.3 | Ja mensen zijn verplicht op 2x per week naar zelfhulp te gaan. Als ze hier dan klaar zijn is hun plekje warm en ben je daar al bekend. Dat is de basis van de meerwaarde van het Minnesota model. | Verplicht al naar zelfhulp tijdens behandeling | Nazorg | Zelfhulpgroepen. |
| Vanuit oorsprong was dit alleen ter ondersteuning en draait het om de zelfhulpgroepen? | 1.5.4 | Ja, daar gebeurt het uiteindelijk. We helpen mensen op weg maar kunnen mensen niet in 4 maanden herstellen. | Het draait om de zelfhulpgroepen | Nazorg | Zelfhulpgroepen |
| Ziet u verslaving als een progressieve ziekte? | 1.5.5 | Zolang je blijft gebruiken. Als je stopt met gebruiken dan stopt die progressie maar dan blijft de gevoeligheid. Op het moment dat je weer begint met gebruiken gaat die progressie weer verder. | Progressieve ziekte, progressie gaat door als je gebruikt. | Visie op verslaving | Progressieve ziekte |
| Wanneer is deze behandeling wel geschikt voor iemand en wanneer niet? Wat zijn nu voor jou criteria? | 1.5.6 | We hebben verschillende harde criteria en een aantal criteria waarvoor we een soort intuïtie hebben opgebouwd | Harde en intuïtieve criteria voor volgen ambulante 12-stappen | Doelgroep | Selectieprocedure |
|  | 1.5.7 | Criteria, heeft iemand een veilige woonplek. Als iemand bij ons de deur uitgaat en in een portiek terecht komt heeft het geen zin. Soms adviseren we mensen een plek te zoeken bij een beschermde woonvorm. | Criteria is een veilige woonplek. | Doelgroep | Woonsituatie |
|  | 1.6.1 | Criteria is dat mensen niet zo psychisch belast zijn dat ze de behandeling niet goed kunnen volgen. | Criteria niet te psychisch belast om behandeling te volgen | Doelgroep | Cognitieve vermogens |
| Ja je ziet veel comorbide problemen | 1.6.2 | Wij zijn niet zo dat alles wat erbij komt voor ons een contra-indicatie is, maar er moet dus een inschatting worden gemaakt of iemand datgene wat wij aanbieden en vragen kan opbrengen | Inschatten of iemand de behandeling aankan | Doelgroep | Cognitieve vermogens |
|  | 1.6.3 | Als je in een kliniek bent opgenomen en je bent slecht in je afspraken dan lukt het wel want dan zoek je gewoon iemand op maar als je hier niet komt dan gebeurd het niet. Het lukt alleen als je er bent. | In kliniek kan je iemand ophalen bij vergeten afspraak | Type behandeling | Klinisch |
|  | 1.6.4 | We doen dat met die persoon, we doen dat nooit achter iemand zijn rug om. We overleggen met de cliënt over wat we van hem/haar verwachten | Besluitvorming in overleg met cliënt | Doelgroep | Selectieprocedure |
| Hoe ziet de intake er uit? | 1.6.5 | Onze intake procedure is zo: eerst een oriënterende gesprek, dan een formele intake met vragenlijsten voor een algemeen beeld te krijgen. | Eerst oriëntatiegesprek, dan formele intake | Doelgroep | Selectieprocedure |
|  | 1.6.6 | In dat oriëntatiegesprek leggen we uit wat we van iemand verwachten. We verwachten bijvoorbeeld dat iemand zijn afspraken kan nakomen. We hebben mensen die bellen de eerste afspraak twee keer af of die komen niet. volgenandeling niet goed kunnen volgen. | Oriëntatiegesprek. We verwachten van iemand dat hij afspraken nakomt. | Doelgroep | Selectieprocedure |
| Is dat een psychologisch onderzoek? | 1.6.7 | Nee, we gaan alle levensgebieden langs; werk, ervaring, psychische en lichamelijke conditie. Om een algemeen beeld te krijgen | Intake algemeen beeld creëren | Doelgroep | Selectieprocedure |
| Wat kom je bij ambulante behandeling voor problemen in de behandeling tegen? | 1.6.8 | Mensen moeten hier komen, als ze niet komen dan werkt het niet. Wij eisen van mensen dat ze komen anders stoppen we ermee | Als mensen niet komen werkt het niet, dan stoppen we ermee | Type behandeling | Ambulante behandeling |
| Doen jullie iets met motiverende gesprekvoering? | 1.7.1 | We voeren we dit soort gesprekken wel. Maar als iemand aan de telefoon zit en die belt mij op en zegt ik heb hoofdpijn, ik kan niet komen dan sta ik vrij snel met lege handen. Als dat ¾ keer gebeurd. | Motiverende gespreksvoering niet altijd toepasbaar | Methodiek | Motiverende gesprekvoering |
| Als iemand niet komt, stoppen jullie dan gewoon? | 1.7.2 | Wij hebben een hele dynamische groep van mensen die allemaal echt wat willen. Op het moment dat iemand daar de kantjes vanaf loop dan valt dat op. Die sfeer proberen we scherp te houden, dat noemen we het therapeutische klimaat noemen hier. | Gemotiveerde mensen, als iemand de kantjes er vanaf loop valt dat op | Doelgroep | Motivatie |
| Hoe zou je jullie doelgroep omschrijven? | 1.7.3 | Mensen met een ernstig verslavingsprobleem die wel in staat zijn tot een bepaalde mate van zelfreflectie. Die naar zichzelf kunnen kijken en als ze daarin geprikkeld worden met zichzelf aan de gang willen. Dat betekend niet dat we alleen hoogopgeleide mensen hebben. We hebben alles door elkaar, jong, oud, arm rijk, hoog en laag opgeleid. | Brede doelgroep van verslaafden met enige mate van zelfreflectie | Doelgroep | Cognitieve vermogens |
| Vanuit welke methodieken werken jullie? | 1.8.1 | cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering komen naar voren in de counselor opleiding. | Motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie in counseloropleiding. | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
| Jullie hebben vastgestelde groepssessies? | 1.8.2 | Elke dag beginnen we met meditatie. Groepstherapie gaat altijd over het hier en nu. Dat kan alles zijn wat direct met verslaving en trek en al dat soort dingen te maken heeft. Maar ook conflicten in de familie en alles wat we meemaken. | Groepstherapie gaat altijd over het hier en nu | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
| Werken jullie vanuit het bio-psychosociale model | 1.8.3 | Ja, als je alleen maar de drugs weghaalt en je veranderd niks dan is de ervaring dat mensen vroeg of laat weer terug komen in oude gedachten, oud gedrag en dat mensen uiteindelijk weer gaan gebruiken. Dus er moet wat veranderen in hoe je omgaat met alles wat je meemaakt. Dus alles wat je meemaakt is eigenlijk leerstof. | Hoe je met dingen omgaat moet veranderen. | Visie op verslaving | Bio-psychosociale model |
| Hoe leren jullie nieuw gedrag aan? Is daar dan een basis in? | 1.9.1 | De 12-stappen zijn een hele duidelijke basis. Daarnaast dat we de groep gebruiken om jou te helpen onderzoeken wat er aan de hand is, wat je daarvan vind en hoe je daarmee om wilt gaan. Het gaat nooit om wat ik begrijp maar altijd om hoe we onze mensen helpen om te begrijpen waar ze zelf in zitten. Mensen kunnen van elkaars ervaringen leren | Niet als professional zeggen wat de ander moet doen maar de verslaafde dit zelf laten ontdekken | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
|  | 1.9.2 | Die groepstherapie is heel essentieel. Daar kunnen de mensen ook van elkaars ervaringen leren. Dat is wat er gebeurd, want het is niet de counselor die de mensen verteld wat ze moeten doen. Maar hun delen die ervaring. | Leren van elkaars ervaringen essentieel | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
|  | 1.9.3 | Verder is sprake van een hogere macht, en er is sprake van dingen loslaten, en een soort van zich krijgen op wanneer zit je nu je eigen zin door te drijven en wanneer moet je aanvaarden dat het leven of de wereld of wat dan ook wat anders van plan was met je? Of God, of net hoe je het wil noemen. Wij zijn daar wat minder bepalend in dan ze vanuit de christelijke hoek kan zijn. Maar in essentie is dat denk ik niet heel anders. | We geloven in een hogere macht. Mag God noemen zoals je wilt maar in essentie niet anders dan Christelijk geloof. | Invulling behandeling | Spiritueel |
| En die meditatie, wat houdt dat in bij jullie? | 1.9.4 | Dat wordt elke werkdag door elke collega anders ingevuld. De gedachte is altijd rustig worden, stil zitten. Eventjes loslaten en je motivatie voor de dag helder kijken. Even tot jezelf komen. | Meditatie, even tot jezelf komen | Invulling behandeling | Spiritueel |
| Zijn er mensen die een baan hebben als ze deze behandeling volgen? | 1.10.1 | De meeste niet maar er zijn er altijd een paar | Er zijn altijd een paar mensen met een baan | Doelgroep | Werk situatie |
| Is er een nazorgprogramma? | 1.10.2 | Ja na afloop van de behandeling kan je 4 maanden naar onze zelfhulpgroep komen. Aan het einde van je behandeling heb je de terug naar je normale leven, naar je baan en je gezin en al die dingen is best een grote stap voor mensen. Aan het einde van de behandeling maken we een nazorgplan met aandachtspunten, dat is een beetje de rode draad voor de nazorggroep. | Nazorg; nazorgplan met aandachtspunten | Nazorg | Nazorg bij instelling |
| Hebben jullie ook een familieprogramma? | 1.10.3 | We hebben een apart familieprogramma van 8 weken. Dat is bedoeld voor iedereen die betrokken is bij de cliënt, ook vrienden of collega’s | Apart familieprogramma van 8 weken. | Familie en Netwerk | Intensiteit programma |
| Welke rol spelen deze mensen in de behandeling? | 1.10.4 | Je hebt mensen om je heen, je ouders, je partner, je kinderen en vrienden. Als die zich verhouden zich ook tot jouw verslaving. Dus ze hebben angst of ze hebben twijfels. Ze weten misschien niet hoe ze op bepaalde dingen moeten reageren. | Je omgeving verhoudt zich tot je verslaving. | Familie en Netwerk | Invloed van verslaving op Netwerk |
|  | 1.10.5 | Ik ben er van overtuigd dat in het herstel van een verslaafde hoe de omgeving begrijpt wat er gebeurd en hoe ze ermee om kunnen gaan. En ook hoe ze omgaan met hun eigen last van die verslaving. Dus dat zijn ook gelijk de twee pijlers van het familieprogramma. Het ene gaat over dat wij uitleg geven over hoe we verslaving begrijpen en hoe we herstel begrijpen. | Familieprogramma uitleg over verslaving | Familie en Netwerk | Inhoud programma |
|  | 1.10.6 | De andere kant is dat we ingaan op wat zij meemaken en hoe ze daar het gunstigste mee om kunnen gaan, wat voor hun het beste werkt. | Wat maak je mee en hoe ga je daarmee om | Familie en Netwerk | Inhoud programma |
| Wat leveren zulk soort sessies op. | 1.11.1 | Mensen komen heel vaak bij ons voor het eerst aan het denken en aan het praten over wat ze meemaken en tot het besef dat ze eigenlijk hele heftige dingen meemaken. | Besef dat ze hele heftige dingen meemaken | Familie en Netwerk | Opbrengst programma |
| Zijn cliënten daar bij? | 1.11.2 | We hebben drie sessies waarin we videomateriaal gebruiken en dat zijn juist de sessies waarin we uitleggen hoe verslaving en herstel werkt. Daar laten we de verslaafde bij zijn in de hoop dat ze met elkaar na afloop van die sessies beter in gesprek kunnen gaan over de feiten. | Aanmoedigen tot gesprek over wat is verslaving | Familie en Netwerk | Inhoud programma |
|  | 1.11.3 | Vermijden van confrontatie en dat de familie wordt gebruikt om de zaak nog eens even kracht bij te zetten en even te vertellen hoe verschrikkelijk de verslaafde was toen hij gebruikte. Dat soort dingen vermijden wij, dat vinden wij eigenlijk schadelijk. | Schadelijk om confrontatie te zoeken tussen verslaafde en familie | Familie en Netwerk | Inhoud programma |
| Hoe zien jullie verslaving | 1.12.1 | Je zou eigenlijk het proces van verslaafd worden en het proces van herstellen in verschillende fases kunnen verdelen. Bij elkaar geeft dat wel een beetje een beeld van wat er gebeurd. | 3 fases van verslaafd worden en herstel | Visie op verslaving | Verloop van verslaving |
|  | 1.12.2 | De eerste fase is de fase dat iemand middelen gaat gebruiken en dat het leuk is en dat het werkt en dat er weinig problemen zijn. | Eerste fase gebruiken met positieve gevolgen | Visie op verslaving | Verloop van verslaving |
|  | 1.12.3 | In de tweede fase gaat het gebruik, omdat het zo goed werkt, herhalen en intensiveren. Op een gegeven moment gaan zich de problemen aandienen als gevolg van het gebruik. het je prestaties op school beïnvloeden en je relaties, je werk en je geld, al die levensgebieden worden er door aangeraakt | Tweede fase, gebruik intensiveert + negatieve gevolgen | Visie op verslaving | Verloop van verslaving |
|  | 1.12.4 | Tweede fase de beslissende fase omdat mensen zonder verslavingsgevoeligheid in die fase passen hun gebruik aan op hun leven. Mensen met een verslavingsgevoeligheid die doen het precies andersom. Die proberen hun leven aan te passen op hun gebruik. Die nemen niet de bewust keuze, maar zo gaat het. | Je leven aanpassen op gebruik of gebruik aanpassen op je leven | Visie op verslaving | Verloop van verslaving |
|  | 1.12.5 | In de derde fase, zie je dat mensen in allerlei situaties terecht komen die niet meer passen. Mensen gaan steeds gekkere dingen doen om te kunnen blijven gebruiken en te doen alsof er niets aan de hand is. Daarnaast krijg je controleverlies. Je hebt niet meer zelf de macht om paal en perk te stellen aan wat je doet. | 3e fase controleverlies | Visie op verslaving | Verloop van verslaving |
| Wat zijn de fases voor herstel? | 1.12.6 | Je begint met ontgifiting. Herstel begint met stoppen met gebruik. Lichamelijk wennen aan de nieuwe situatie. | 1e Fase herstel; ontgifting | Visie op verslaving | Verloop verslaving |
| Dus jullie hangen volledige abstinentie aan? | 1.13.1 | ja, dat is twaalf stappen ja. | Volledige abstinentie bij 12-stappen | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Wat is de tweede fase? | 1.13.2 | De tweede fase noemen wij de witte broodsweken, je wordt optimistisch. Je komt in behandeling en bij zelfhulpgroepen en je ziet mensen die clean zijn. In je hersenchemie is de balans verstoord doordat je geen middelen meer gebruikt krijg je een tekort aan dopamines en ceratanines, de stoffen die je goed doen voelen. Je lichaam reageert op die situatie door een soort overproductie. | Tweede fase; optimisme door hersenchemie | Visie op verslaving | Verloop van verslaving |
| Leggen jullie dat uit? | 1.13.3 | Ja want dat is ook hele belangrijke informatie! Als je in dat proces zit en je denkt van: ‘Wat gebeurd er nou met me? Het is heel belangrijk om dat soort dingen te weten. | Psycho-educatie over lichamelijke reacties belangrijk | Methodiek | Psycho-educatie |
| Hoe gaan jullie om met farmacotherapie? | 1.14.1 | Geen methadon en benzo’s. Bij andere middelen zijn we vanuit onze filosofie terughoudend. Als we mensen hebben die in een methadon programma zitten dan moet er bereidheid zijn bij de patiënt en bij de arts om een afbouw te maken met de methadon. | Terughoudend met farmacotherapie. Methadon afbouwen. | Methodiek | Farmacotherapie |
| Doen jullie urinecontroles? | 1.15.1 | Ja natuurlijk! We zijn helemaal vrij van alle middelen, dat is de bedoeling. Die controles die zijn heel zinvol! controles zijn op willekeurige momenten. We hebben in het begin van onze behandeling dat wel eens op verzoek van patiënten afgebouwd in de loop van de behandeling | Op willekeurige momenten urinecontroles | Invulling behandeling | Urinecontroles |
| Moeten mensen stoppen met roken? | 1.15.2 | Als mensen willen roken dan laten we dat met rust. Onze counselors in de counseloropleiding moeten stoppen met roken. | Mensen mogen roken | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Maken jullie gebruik van E-Health? | 1.15.3 | Nee wij niet. Binnen de twaalf stappen behandeling hebben we ontzettend veel verstand van verslaving dus het zou best goed zijn om al die harde kennis die we hebben te delen. | Binnen 12-stappen geen e-health | Invulling behandeling | E-Health |
|  | 1.15.4 | Tactus doet dat wel, Alcohol de baas’, Cocaïne de baas enz. Vanuit de twaalf stappen behandeling hebben we daar niet zoveel in geïnvesteerd. In vind het wel interessant. | Tactus heeft verschillend E-Health aanbod | Invulling behandeling | E-Health |
|  | 1.15.5 | Een belangrijk deel van wat we doen is mensen informeren, dus gewoon vertellen hoe zit het in elkaar. Hoe beter je weet wat er gebeurd, hoe beter je kansen zijn om er goed mee om te gaan. | Informeren over verslaving belangrijk onderdeel | Methodiek | Psycho-educatie |
|  | 1.15.6 | Het allerbelangrijkste gesprek is dat we een soort verbondenheid met elkaar aangaan. In een groep van mensen die hetzelfde proces aan het doormaken zijn. Je komt bij counselors die hetzelfde proces hebben doorgemaakt. Je wordt aangemoedigd om naar zelfhulpgroepen te gaan waar je allemaal mensen tegenkomt die dat proces hebben doorgemaakt. | Verbinding met anderen in zelfde proces belangrijkste. | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
|  | 1.16.1 | Groep is belangrijk omdat we zoveel meemaken en dat delen met elkaar. Dat doorbreekt echt de eenzaamheid van verslaafd zijn en van herstellen. Dus je zou als je het helemaal e-health zou maken, dat je zelf achter je computer zelf zit uit te vogelen hoe het in elkaar zit, dan mis je dat. Dat zou een hele grote mislukking zijn. | E-Health moet niet groep vervangen. | Invulling behandeling | E-Health |
| Ja enkel E-Health schijnt slechte resultaten te geven. | 1.16.2 | Als je een soort mix zou kunnen vinden waar mensen elkaar wel blijven ontmoeten en wel blijven verbinden en toch die informatie op een makkelijke manier tot zich zouden kunnen nemen dan zou het wel mooi zijn. | E-Health naast groep zou mooi zijn | Invulling behandeling | E-Health |
| Merk je dat er in een ambulante behandeling meer gebruik wordt gemaakt van hulpverlening en empowerment | 1.16.3 | Ja we gaan terug na 1 maand terug naar 3 dagen in de week zodat mensen de ruimte hebben om in de tussentijd gewoon weer kunnen bouwen aan hun sociale netwerk, werk of aan vrijwilligers werk. Het heeft meerwaarde als al die normale stromen gewoon door kunnen stromen. | Meerwaarde als normale stromen doorgaan | Invulling behandeling | intensiteit |
|  | 1.16.4 | Er zijn ook wel individuele gevallen waar mensen er juist bij gebaat zijn om even weg te zijn, dat kan ook. Als je een gezinssituatie hebt die erg belast is door iemand zijn verslaving dan kan het heel nuttig zijn dat iemand eens een paar maanden weg is. Maar over het algemeen denk ik voor de patiënten zelf dat het meer zinvol is als de boel door kan gaan. | Soms voor gezinssituatie goed als iemand even weg is | Familie en netwerk | Gezinssituatie |
| Geeft het problemen als iemand niet weg kan thuis? | 1.17.1 | Stel je voor dat je een verslaafd iemand hebt die een relatie heeft en kinderen heeft. Dat hele gezin is dan belast door de verslaving. Dan kan het voor zo’n gezin best wel eens heel gunstig zijn om, voor de patiënt niet, maar voor het gezin wel als hij gewoon een paar maanden weg is. | Voor de gezinssituatie kan het goed zijn als verslaafde even weg is. | Familie & Netwerk | Invloed van verslaving op netwerk tijdens behandeling |
| Is het feit dat iemand een behandeling volgt een extra belasting voor een gezin? | 1.17.2 | Nou het is zeker voor een systeem en ook voor relaties een hele zware tijd, omdat er een heel andere dynamiek gaande is. Mensen denken vaak, dat alles goed komt als de verslaafde stopt met gebruiken maar dan komt juist aan het licht komt wat er allemaal niet goed is. Dat is voor partners en kinderen soms best een harde dobber omdat ze dan zien dat ze hard aan het werk moeten met elkaar. | Problemen komen naar boven na stoppen met gebruik | Familie en Netwerk | Invloed van verslaving op Netwerk tijdens behandeling |
| Wat is het verschil tussen Minnesota en andere ambulante behandelprogramma’s | 1.17.3 | De verbinding is heel belangrijk, en die stap naar de zelfhulp met de gedachte van het is nooit klaar, blijf alert, zoek andere mensen, speel daar ook een rol in. Je gaat ook een rol spelen in het herstel van anderen. Dus iets heel negatiefs wordt getransformeerd tot een potentieel van hulp bieden en ook echt betekenis hebben voor andere mensen | Verbinding met anderen en het bijdragen aan herstel anderen belangrijk | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
| Ga je zelf naar zelfhulpgroepen? | 1.18.1 | Ja, ik hoor daar, dat is een stukje van mijn leven en het is fijn om daar deel van uit te maken. Het is fijn om het niet zelf uit te hoeven vinden altijd. | Niet zelf uit hoeven vinden | Nazorg | Zelfhulpgroepen |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Interview 2 - Medewerker ambulante behandeling** | | | |
| Geïnterviewde: | Dhr. IJkema | Datum: | 25 maart 2013 |
| Locatie: | Dorp de Hoop in Dordrecht | | |
| Geïnterviewd door: | Michael van Steijn  Joost Baaij | | |
| Functie:  Interim-afdelingshoofd van de polikliniek verslavingszorg en psychiatrie bij De Hoop GGZ.  Harko heeft binnen De Hoop het E-hulp programma opgezet. | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jullie bieden hier al 15 jaar ambulante behandeling aan? | 2.1.1 | Ja dat gebeurd al vrij lang. Eigenlijk volgt dat een beetje het volgende stramien. We starten altijd een ambulante behandeling met 5 gesprekken. | 5 gesprekken | Algemene gegevens | Behandelgegevens |
|  | 2.1.2 | In die vijf gesprekken worden een aantal dingen gedaan. Meestal wordt een soort genogram opgesteld om de familiesituatie en het systeem in beeld te brengen. | Genogram, familie en systeem in kaart brengen | Methodiek | Leefstijlentraining |
|  | 2.1.3 | Een voor een nadelen balans wordt gemaakt, dat mensen nadenken over wat zijn nu eigenlijk de voordelen en nadelen van je gebruikt. Een beetje alla leefstijlentraining | Voor en nadelen balans | Methodiek | Leefstijlentraining |
|  | 2.1.4 | Dat soort dingen is om een stukje inzicht geven aan het begin van de behandeling. Ook gewoon om een beetje meer duidelijk te krijgen van; waar wil een cliënt heen met zijn behandeling? Soms is aan het begin van een behandeling niet duidelijk of iemand wel echt abstinentie wil bijvoorbeeld. Dus we gaan eerst nadenken over waarom zou je überhaupt willen stoppen. | Begin behandeling in kaart brengen motivatie en vaststellen doel behandeling | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Is familie aanwezig bij die eerste 5 gesprekken | 2.2.1 | Incidenteel, een beetje afhankelijk van wat daar naar boven bij het genogram. Maar aan het begin merkte we dat er vaak nog heel veel weerstand en moeite. Laten we eerst maar even in kaart brengen van; wie hebben we eigenlijk in handen. | Begin behandeling weerstand bij familie | Familie en Netwerk | Intensiteit/ timing programma |
| Hoe zagen die 15 gesprekken eruit? | 2.2.2 | Dat was allemaal individueel | Enkel individueel | Invulling behandeling | Individueel |
| Waren de gesprekken gewoon cliëntgericht of volgens leefstijlentraining of bepaalde technieken? | 2.2.3 | Nee dat was gewoon een hulpverlener met ervaring die dit soort gesprekken deed. | Hulpverlener met ervaring | Competenties hulpverleners | Vereiste competenties ambulant |
|  | 2.2.4 | In tussen zijn er natuurlijk best wel wat ontwikkelingen in de verslavingszorg gaande en die zijn wij ook steeds meer aan het omarmen. Dat zijn allemaal kant en klare pakketten, maar om het te gaan implementeren. We zitten in de overgangsfase om dat wat we altijd hebben gedaan meer te protocolleren. | Protocolleren van dingen die we al deden | Methodiek | Leefstijlentraining |
|  | 2.2.5 | Een van de dingen is bijvoorbeeld de leefstijltraining waarin je ook dit soort concepten wel in terugzag, zoals voor en nadelen analyse, risico-inventarisatie, steunsystemen de sociale druk en dat soort thema’s. Die komen nu wel steeds meer in behandeling, vanuit de ervaring vanuit de leefstijltraining dat we die in de individuele gesprekken ook verwerken. | Thema’s: voor en nadelen analyse, risico-inventarisatie, steunsystemen de sociale druk | Methodiek | Leefstijlentraining |
| Zou u wat kunnen vertellen over hoeveel ervaring u heeft en uw opleidingsachtergrond? | 2.3.1 | Ik werk 25 jaar in de verslavingszorg waarvan de laatste 13 jaar hier, bij de Hoop. Als afdelingshoofd ben ik jarenlang afdelingshoofd geweest van verschillende afdelingen en nu dan tijdelijk voor een jaar als een interim-teamleider op de polikliniek. Ik ben zelf maatschappelijk werker en het de opleiding verslavingstherapie gedaan. Dat is een voorgezette opleiding | 25 jaar ervaring in verslavingszorg. Interim-teamleider op de polikliniek | Algemene informatie | Persoonlijke informatie |
| Wat is de reden dat jullie nadat jullie de behandeling op deze manier hebben vormgegeven dat gaan dat veranderen en volgens een vaste methodiek of programma gaan werken. | 2.3.2 | Nou het voordeel van die vaste programma’s is dat, dat noemen ze evidence-based. Dat verzekeraars daar steeds gevoeliger voor worden. | Verzekeraars gevoelig voor evidence-based behandelingen | Methodiek | Overig |
| Is E-Hulp ondersteunend of vervangend? | 2.4.1 | We hebben een tijd gehad dat het vervangend was maar daar zijn we weer van afgezien. Verzekeraars zeggen ook dat dat dat niet meer akkoord is omdat het een te grote drop out is. Dus het is nu gewoon blended, dus geïntegreerd in het face-to-face behandelaanbod | E-Hulp geïntegreerd in het face-to-face aanbod (blended) | Invulling behandeling | E-Health |
| Hoe was jullie percentage drop-out? | 2.4.2 | Ik denk dat de drop out in de klinieken groter zijn dan ambulant. Want kijk wanneer stopt iets he? Als je in een kliniek in gebruik terugvalt, is er een redelijke kans dat je uiteindelijk niet langer in de kliniek kunt blijven en dan wordt je ontslagen, dat noem je dan een drop-out. Of dan lopen ze weg. Als ze vreselijk terugvallen dan heeft in een kliniek de kliniek een probleem want je kunt iemand niet zwaar verslaafd in huis laten rondlopen maar hoe dat buiten gebeurd. | Drop out klinische behandeling hoger. | Type behandeling | Klinische behandel |
|  | 2.4.3 | Tijdens een ambulante behandeltraject iemand terugvalt dan is dat heel vervelend maar iemand komt gewoon weer op gesprek en je pakt de draad gewoon weer op waar je geëindigd bent. Bij ambulant lopen ze niet weg want ze komen toch wel weer. Dus die drop-out is niet zo heel erg groot. Je gaat langer door, ja, je gaat gewoon verder en je probeert aan te sluiten bij de doelen die de cliënt zelf heeft. | Bij terugval gaat behandeling door | Type behandeling | Ambulante behandeling |
|  | 2.4.4 | Vanuit de motivationele gesprekvoering is dat bijvoorbeeld een manier waarop je zegt: ‘Waar leg je jouw wensen, wat zou jij eigenlijk graag willen? Aan de ene kant zeg je van, je wilt gelukkig worden, nou dat willen wij met jou mee, maar wat staat je geluk dan in de weg? | Waar liggen wensen van cliënt | Methodiek | Motiverende gespreksvoering |
| Hebben jullie ook jobcoach trajecten, reïntergratietrajecten | 2.5.1 | Ja dat zit een paar kamertjes hiernaast daar zit iemand die speciaal is voor re-integratie, en we hebben een samenwerkingsverband met Job-up, dat is een speciaal bureau dat mensen helpt om weer een plekje te vinden in de arbeidsmarkt. | Re-integratie en samenwerking met Job-up | Nazorg | Re-integratie |
| En het personeel, heeft dat binnen de ambulante tak nog extra opleidingen? Dat je de leefstijlen training moet beheersen? | 2.5.2 | Ja, die cursussen. Er worden cursussen verzorgd door een extern bureau en die hebben we allemaal gevolgd, in ieder geval ambulant. | Leefstijlentraining cursus gevolgd. | Competenties hulpverleners | Vereiste competenties ambulant |
|  | 2.5.3 | Ik heb de leefstijlentraining 1 & 2 gevolgd | Leefstijlentraining 1 & 2 | Competenties hulpverleners | Vereiste competenties ambulant |
| Denk u ook dat de ambulante behandeling op zich effectiever is dan klinische behandeling? | 2.5.4 | Ik denk niet dat je dat zo kan zeggen. Als je de verkeerde mensen in de verkeerde groep hebt dan is het nooit effectief. Iemand die goed ambulant geholpen kan worden, als die in een kliniek zit zal die niet veel effect hebben. Dus je moet eerst zorgen dat de juist indicatie wordt gesteld voor klinische zorg of ambulante zorg. | Iemand moet op afdeling die bij hem past | Doelgroep | Keuze afdeling |
|  | 2.6.1 | Ik denk dat als je die indicatie goed stelt, dan moet je uitgaan van een stepped-care gedachte. Je begint zo laag mogelijk in te zetten, dus probeer ambulant te starten. En al blijkt dat dat niet lukt, ga dan kijken of je deeltijd kunt, als deeltijd niet lukt dan de kliniek. | Probeer ambulant te beginnen, intensiever als het niet lukt | Doelgroep | Stepped-care |
| Wat zijn grofweg de kenmerken dat je weet van die niet ambulant of die niet klinisch | 2.6.2 | Nou bij ambulant dan is er nog een redelijke mate van een gezond netwerk waar iemand op terug kan vallen. Er zijn ergens voldoende steunfactoren. Het leven is niet zodanig gedesintegreerd dat die maatschappelijk helemaal vastgelopen is. De cliënt heeft voldoende vermogen tot zelfzorg, hij heeft nog een beetje een soort van ritme in zijn leven, soms hebben ze ook nog gewoon werk. Zolang dat soort gezonde elementen er zijn, zeg je oké. Maar er zijn ook heel veel gasten die zijn eigenlijk zwervend. | Gezond netwerk, steunfactoren, vermogen tot zelfzorg, ritme | Doelgroep | selectieprocedure |
| Ik zag er vandaag nog één in de trein liggen | 2.6.3 | Dat zijn mensen die gaan het ambulant niet trekken, die komen nog niet eens op een afspraak. Dus er moet wel een soort systeem zijn dat nog gezond is. | Systeem moet gezond zijn | Doelgroep | selectieprocedure |
| Neem je zulke mensen gelijk op in een kliniek | 2.6.4 | Ja je neigt wel om de drempel voor hun lager te maken. We willen een ambulante detox te starten zodat we die mensen al wel in beeld krijgen en aan ons kunnen binden door ze al wel vast te laten detoxen ambulant onder medische begeleiding. | Mensen binden door ambulante detox thuis | Invulling behandeling | Detox |
| Doen jullie urinecontroles in jullie ambulante behandeling | 2.6.5 | We doen het niet op structurele basis maar wel steekproefsgewijs. | Steekproefsgewijze uc’s | Invulling behandeling | Urinecontroles |
| Wat is jullie visie op verslaving | 2.7.1 | Die kan ik natuurlijk niet één twee drie verwoorden. Over het algemeen zou je kunnen zeggen, het is niet zoals God mensen bedoeld heeft. En tegelijkertijd dat iedereen een neiging heeft tot verslaving. Je kunt gewoonte zien als je een hele doorgeslagen gewoontegedrag hebt dan kan het haast verslavend zijn. Je moet bepaalde dingen, een soort dwangmatigheid waarin je het gevoel hebt niet meer vrij te zijn. Dan sla je door in een bepaald gewoontegedrag. Dat krijgt het karakter van een verslaving. | Niet zoals God mensen bedoeld heeft. | Visie op verslaving | Bio-psychosociale model |
|  | 2.7.2 | Dus we zijn een slaaf van de zonde. En daarin is er ook geen verschil tussen jou en de junkie. Dus daarom zeg ik ook altijd de junkie heeft een veel eerlijkere verslaving in die zin; het is zichtbaar en wij verhullen het maar daarom is het nog niet perse beter. Je ziet wel dat de ene verslaving het mogelijk maakt, en zeker als het gecultiveerd is. | Junkie heeft veel eerlijkere verslaving | Visie op verslaving | gedragsmatig |
| Wat technischer, is het vooral biologisch of zit het in de zondenval of zit het in de opvoeding? | 2.7.3 | Ik denk dat je niet moet vallen in de valkuil om het op één model vast te timmeren. Natuurlijk is er sprake van zonden. Aan de andere kant kan je ook zien dat er ook genetische factoren een rol blijken te spelen maar hoe precies daar zijn ze nog niet helemaal zo helder over uit. | Niet op 1 model, allerlei factoren spelen een rol | Visie op verslaving | Bio-psychosociale model |
| Goed om al die facetten te bekijken | 2.7.4 | Ja anders bestond de hoop ook niet want. Dan hadden we alleen gebeden en dan ging iemand weer. Dat is ook in feite wat de cirkel van Van Dijk zegt, die geeft aan dat verslaving op allerlei gebieden ingaat. Sociaal, maatschappelijk, geestelijk en psychische ingrijpt | Verslaving gaat op allerlei gebieden in | Visie op verslaving | Bio-psychosociale model |
| Hoe gaan jullie om met methadon en opiaten? | 2.8.1 | Bij crosspoint is niet iedereen gemotiveerd, daar vind ook methadonverstrekking plaats maar wel altijd op het oog op ontgifting. | Methadonverstrekking met het oog op ontgiften | Invulling behandeling | Behandeldoel |
|  | 2.8.2 | Die afdeling is heel erg op motivatie gericht. En als we daar ergens merken van er verschuift iets naar meer intrinsieke motivatie, van: ‘He ik kom wel ergens tot een stuk keuze’, dan is de vervolgstap vervolgbehandeling dus dat is wel mooi dat we zoiets hebben. | Vervolgstap bij intrinsieke motivatie (crosspoint) | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Bij jullie moet je ook stoppen met roken he? | 2.8.3 | Ja dat is nog steeds. Het is wel een discussie hoor die zo af en toe weer opwelt. Onderzoek van Jellinek geeft ook aan dat het aantoonbaar gunstiger is om ook roken erbij te pakken als je klinisch behandeld voor verslaving. | Effectief om roken gelijk mee te nemen in de behandeling | Invulling behandeling | behandeldoel |
| Op welke manier krijgt het netwerk of de familie van een cliënt een plaats in de ambulante behandeling? | 2.9.1 | Het genogram. In de eerste gesprekken wordt in beeld gebracht wat de plaats is van het systeem. We zeggen ook bij de intake dat voor een goeie kans op succesvol loskomen van je verslaving het systeem betrokken moeten worden bij de behandeling. We hebben ook ouder-partnerwerkers die specifiek alleen maar daarop gefocust zijn. | Systeem betrekken vergroot kans succesvol afkicken | Familie & netwerk | Belang in behandeling |
| Ik ken wel redelijk wat cliënten die zeggen; ‘dat wil ik niet’ of het contact is zo slecht, lukt me niet. | 2.9.2 | Die ervaring hebben wij ook. Maar het is belangrijk dat er toch in het inzicht van de cliënt iets gaat loskomen . In het begin zien ze dat misschien nog niet zo. | In het begin netwerk niet betrekken | Familie & Netwerk | Inhoud programma |
|  | 2.9.3 | Maar naarmate je verder gaat in het herstel gaan cliënten doorgaans wel zien van, als ik straks terug wil keren dan is die verbinding met het systeem wel heel erg belangrijk. | Later gaan cliënten belang netwerk zien | Familie & Netwerk | Belang in behandeling |
| Want zeker ook bij een ambulante behandeling blijft iemand natuurlijk gewoon thuis wonen dus dan neem ik aan dat het netwerk ook wel meer invloed heeft of ook wel dichterbij staat in ieder geval. | 2.10.1 | ja inderdaad, dus in die zin proberen we zo snel mogelijk ook te kijken van; is daar hulp nodig, is daar behoefte. En in die leefstijlen training komt het ook voor, dat je zelfs ook iemand mee moet nemen in de behandeling die in een van de sessies aanwezig is. | Iemand meenemen naar één van de sessies | Methodiek | Leefstijlentraining |
| Ja het Leger des Heils hanteert dan de Liberman training. Dat lijkt wel heel erg op de leefstijlentraining. | 2.10.2 | Dat is toch wel weer een heel ander type training. De leefstijlentraining komt uit het project resultatenscore van GGZ Nederland. En dat is toch wel een soort headprotocol wat in de verslavingszorg | Headprotocol in de verslavingszorg. Ander type dan Liberman | Methodiek | Leefstijlentraining |
| Binnen ambulant zijn er 3 evidence-based methodieken. cognitieve gedragstherapeutische interventies waaronder de leefstijlentraining een hele belangrijke is. En motiverende gespreksvoering en twaalfstappen methode | 2.10.3 | Ja en de CRA. Dat is goed om je daar in te verdiepen. Er zijn een aantal instellingen in Nederland die daar mee werken. Ook met belonen enzo. Maar daar is nog te weinig draagvlak voor denk ik. Maar het is wel een belangrijke interventie. | CRA belangrijke interventie , nog weinig draagvlak in nl | Methodiek | CRA |
| Jullie willen dan gaan werken vanuit de leefstijlen training. Passen jullie daarin dan nog verschillende methodieken toe? | 2.11.1 | Motiverende gesprekvoering. Daarin hebben we wel trainingen gehad. Met die interne opleidingen hebben we trainers hier die mensen opleiden. Dus dat heb je wel. | Interne opleiding motiverende gespreksvoering | Competenties hulpverleners | Bijscholing |
|  | 2.11.2 | Verder zijn we hier binnen De Hoop actief met de presentiebenadering. Dat heeft ook weer van alles te maken met hoe je in de bejegening staat naar de cliënt, hoe je naast de cliënt staat. | Presentiebenadering, manier van bejegening richting cliënt | Methodiek | Overig |
| Werken jullie met ervaringsdeskundigen? | 2.11.3 | Ja die hebben we wel maar nog niet in de ambulante behandelingen. Met name in de kliniek zie ik ze en dan vaak ook nog wel als groepswerkers maar niet als behandelaren. De groepswerkers kunnen wat dat betreft gewoon goed aansluiten bij de leefwereld van de cliënt en dat is dan natuurlijk sterk. | Ervaringsdeskundigen kunnen goed aansluiten bij cliënt | Invulling behandeling | Ervaringsdeskundigen |
| Bieden jullie e-health aan in combinatie met een ambulante behandeling? | 2.12.1 | We hebben de focus nu vooral op de ambulant gehad maar we zijn bezig om de vertaalslag naar de kliniek te maken. Dat de mensen die hier nu verblijven ook al gewoon met e-hulp aan de gang gaan en opdrachten doen, dagboeken bijhouden, scores etc. | E-Health in combinatie met ambulant. Klinisch in opstartfase | Invulling behandeling | E-Health |
| Hoe lang blijft E-Health doorgaan voor het stopgezet wordt? | 2.13.1 | Ja het moet we een keer afgesloten worden. Maar het is mooi gewoon dat je een behandeling die je hebt ingezet, face-to-face, dat je die ook via e-hulp een stukje voort kunt zetten. Al zou je 3 consulten e-hulp er nog na hebben dan kun je toch een beetje een vinger aan de pols houden en een beetje volgen hoe het nou verder gaat, dus dat is wel goed. | Met E-Health vinger aan de pols houden. | Nazorg | Nazorg vanuit instelling |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Interview 3 - Cliënt ambulante behandeling** | | | |
| Geïnterviewde: | Frans | Datum: | 8 april 2013 |
| Locatie: | Christelijke Hogeschool Ede | | |
| Geïnterviewd door: | Michael van Steijn  Joost Baaij | | |
| Behandeling gevolgd bij:   * Ambulante begeleiding Tactus verslavingszorg Zutphen * Ambulante begeleiding Tactus verslavingszorg Apeldoorn * Deeltijdbehandeling Tactus verslavingszorg Apeldoorn | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Interview (vraag)** | **Fragmenten** | **Beleidsmedewerker** | **Label** | **Kernlabel** | **Label** |
| die in Apeldoorn is dan ook de Minnesota 12 stappen? | 3.2.1 | In Apeldoorn zit een 12-stappen, daar ken ik Frank van. Daarvoor heb ik gewoon een ambulante behandeling gedaan in Apeldoorn, helemaal buiten de 12-stappen om |  | Invulling behandeling/ methodiek |  |
| Hoe zag de behandeling eruit? | 3.2.2 | bij de ambulante behandeling waar ik nu over praat werd je behandeld door een vaste ambulante verwijzer, je had op vaste tijden een afspraak en een gesprek, dat was de ambulante behandeling | Ambulante verwijzer, vaste tijden een afspraak | Invulling behandeling | Hulpverleningscontacten |
| hoeveel gesprekken, hoe lang? | 3.2.3 | dat kon je zelf kiezen, ging een beetje naar behoefte. Dat varieerde van 1x per week naar 1x per maand. En dan een uur, zoiets | Naar behoefte 1x p week – 1x p maand | Invulling behandeling | Intensiteit behandeling |
| op een gegeven moment zeggen zij, het is nu klaar? | 3.2.4 | dat kan, dat kan je ook zelf opzeggen op willekeurig moment. Of het dan klaar is of niet is ene tweede. Maar vaak in mijn geval was dat ook zo, wordt de ambulante behandeling gevolgd door een wat intensievere behandeling in de vorm van een deeltijdbehandeling. Dus de deeltijdbehandeling zoals de 12 stappen in Apeldoorn, misschien dat jullie dat ook ambulant noemen, dat is intensievere vorm. Dan ga je dus x aantal keer per week gewoon naar de kliniek toe. | Na ambulante zorg door naar intensievere behandeling bijv. Deeltijd | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Wie behandelt je? | 3.3.1 | En ambulant zoals dat bij Tactus ambulant heet, is gewoon je hebt een verwijzer, een vast iemand, dat wel, en daar maak je gewoon afspraken mee. Die behandelt je ambulant. Als er meer zorg nodig is verwijst die je eventueel | Afspraken met verwijzer , doorverwijzen als er meer nodig is. | Invulling behandeling/competenties behandelaar | Hulpverleningscontacten |
| Wat is het verschil tussen die ambulante vorm en de intensieve vorm? | 3.3.3 | Levensgroot. De ambulante vorm is vrijblijvend. Er was geen onderliggend programma. Als je sociaal wenselijke antwoorden geeft is het oké. | Ambulante zorg geen onderliggend programma. Sociaal wenselijke antwoorden | invulling behandeling / Type behandeling | Behandeldoel /Ambulante behandeling |
| Is die ambulante vorm behandeling of begeleiding? | 3.3.4 | Het zou behandeling moeten zijn. Bedoeld om je niet in meer intensievere vorm terecht te laten komen | Doel toe leiden intensievere zorg | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Hoe is je levensloop? | 3.4.1 | Ik heb een vrouw en kinderen en een goede baan. Mijn middel is alcohol | Vrouw en kinderen. Verslaaf aan alcohol | Algemene gegevens | Persoonlijke gegevens |
| Hoe begon de behandeling? | 3.5.1 | Eerst in Zutphen, daar ging ik op mijn fiets heen gaf de sociaal wenselijke antwoorden en dan ging ik weer. | Ambulant, sociaal wenselijke antwoorden | Type behandeling | Ambulante behandeling |
| En thuis dronk u weer door? | 3.5.2 | Ja precies, ik had geen enkele intentie om te stoppen. Ik wilde dat gezeur niet | Geen intentie om te stoppen | doelgroep | Motivatie |
| En toen? | 3.5.3 | Toen reed ik onder invloed mijn auto tegen een boom. Toen zij mijn verwijzer is het niet eens tijd deeltijd behandeling te gaan doen. Die werd gegeven in Zutphen. | Ongeluk, advies voor deeltijdbehandeling | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Wat voor behandeling was dat? | 3.5.5 | Dat was gericht op wat iedereen nodig had. Er werd per persoon een behandelplan opgesteld en het gericht op sociale vaardigheden en cognitieve gedragstherapie. Ook non verbale therapie zoals psychomotore en creatieve therapie | Persoonlijk behandelplan sociale vaardigheden + cognitieve gedragstherapie | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
| Hoe vaak? | 3.5.7 | Drie keer per week, van negen tot drie ‘s middags | 3x per week 9:00-15:00 (deeltijd behandeling) | Invulling behandeling | Intensiteit behandeling |
| Werkte dat? | 3.6.1 | Ik ben een hele tijd abstinent geweest, een jaar om precies te zijn. vanaf dag 1 niet meer gedronken. Dat was ook de voorwaarde, totale onthouding | Totale onthouding (deeltijd behandeling) | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Hoe lang duurde die behandeling? | 3.6.2 | 16 weken | Duur: 16 weken (deeltijd behandeling) | Invulling behandeling | Intensiteit behandeling |
| Ook uc’s of blazen? | 3.6.3 | Dat niet. Af en toe een steekproefsgewijze uc | Steekproefsgewijze uc’s | Invulling behandeling | Urinecontroles |
| Hoe kom je aan die informatie? | 3.6.5 | Ik bezoek minimaal 2x per week zelfhulpgroepen | Ik bezoek 2x per week zelfhulpgroep | Nazorg | Zelfhulpgroepen |
| Was er in die vier maanden deeltijdbehandeling nazorg? | 3.7.1 | Ja er was een nazorgperiode. Ongeveer 6 maanden heb ik 1x per week een nazorggroep bezocht. Op een gegeven moment bemoeide ik me meer met de rest dan met mezelf. Toen hebben we samen besloten daarmee te stoppen. Toen is het na een jaar toch misgegaan. En hard ook | 1x per week nazorggroep 6 maanden | Nazorg | Nazorg vanuit instelling |
| Ze zeggen dat het een progressieve ziekte is.. | 3.7.2 | Heel progressief | Heel progressief | Visie verslaving |  |
| Was er in dat jaar van nazorg nog enige vorm van contact? | 3.7.3 | Helemaal niks. Ben wel nog een aantal keer naar zelfhulpgroepen geweest. Maar dat vond ik toen helemaal niks. | Vond zelfhulpgroepen toen niks | Nazorg | Zelfhulpgroepen |
| En toen ging het dus toch weer mis.. | 3.8.1 | Ja, ik dacht een biertje kan geen kwaad. Toen ging het thuis ook helemaal mis. Ik kwam toen ook even alleen te wonen. Een psychiater raadde me toen aan om én medicatie te gebruiken én weer een ambulante behandeling te volgen | Terugval. Advies: Medicatie & ambulante behandeling | Algemene gegevens | Persoonlijke gegevens |
|  | 3.8.2 | Hij raadde me aan deeltijd ambulante behandeling te volgen in Apeldoorn. Daar zaten meerdere disciplines bij elkaar, psychologen, systeemtherapeuten, psychiaters en het was een twaalfstappen behandeling | Na terugval advies deeltijdbehandeling. Multidisciplinair | Type behandeling | Deeltijdbehandeling |
| Hoe ben je toen daar terechtgekomen | 3.8.3 | Weer via zo’n verwijzer van Tactus. Weer vrijblijvend maar dit keer wel een paar keer met mijn vrouw erbij. Die raadde me daar ook aan zo’n psychologische test te doen. Daar kwam niks uit. Wel hebben we toen een aantal systeemgesprekken gehad. Toen werd ik weer aangehouden voor rijden onder invloed | Ambulant, uitgebreider met systeemgesprekken | Type behandeling | Ambulante behandeling |
| En die 12 stappen in Apeldoorn? | 3.9.1 | Toen ben ik in de 12-stappen deeltijd van Apeldoorn gegaan. Eerste vier weken ga je daar 5 dagen per week naar toe. Daarna 3 dagen per week | Deeltijd 12-stappen. 5 en daarna 3 dagen | Invulling behandeling |  |
| En die tweede ambulante ‘behandeling’ bij de verwijzer was dus weer niet effectief. De vraag is misschien ook was de intentie van die verwijzer is geweest, misschien alleen een vinger aan de pols. | 3.9.2 | Nee totaal niet. En ja, dat kan, maar ik was zo ziek in mijn hoofd dat ik gewoon weer doordronk. | Ambulante begeleiding niet effectief. | Type behandeling | Ambulante behandeling |
| En toen de Minnesota behandeling | 3.9.3 | Ja, dat was precies de behandeling die ik nodig had. Die ging niet alleen maar in op mijn sociale vaardigheden, assertiviteit en cognitieve vaardigheden | Minnesota ging in op veel meer problemen. | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
| Wat dan wel? | 3.9.4 | Het ging over mij. Hoe ga ik om met stress, hoe ga ik om met onzekerheid, perfectionisme, controledrift en boosheid? | Het ging mij, de problemen waar ik tegenaan liep | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
| Die twaalf stappen had je echt nodig? | 3.10.1 | Ja. 12 stappen gaat ervanuit dat verslaving een ziekte is. Dit uit zich op drie manieren, fysiek, mentaal en spiritueel. | 12-stappen: verslaving is ziekte; fysiek, mentaal & spiritueel | Visie verslaving | Bio-psychosociaal |
| En hoe zagen ze dat in Zutphen? | 3.10.2 | Nooit zo goed begrepen, maar vooral aangeleerd gedrag, vandaar de gedragstherapeutische aanpak. | Gedragstherapeutische aanpak | Visie verslaving | Gedragsmatig |
| Je bezoekt al drie jaar trouw de zelfhulp. Wat kan je zeggen over het belang daarvan? | 3.11.1 | Voor mij absolute noodzaak. Het biedt houvast en een vriendengroep. | Zelfhulpgroepen voor mij absolute noodzaak | Nazorg | Zelfhulpgroepen |
| Er bestaat ook zoiets als telefonische nazorg, raad je dat aan? | 3.11.2 | Ik heb in Apeldoorn bijna een jaar nazorg gehad. Maar op een gegeven moment heb je dat niet meer nodig. Het was verplicht en in eerste instantie wel goed hoor | Nazorg in eerste instantie goed maar op een gegeven moment niet meer nodig | Nazorg/Invulling behandeling | Nazorg vanuit instelling |
| En hoe zag dat contact eruit? | 3.12.1 | Samen met je counselor keek je wat er nodig was. Die kon je ook altijd bellen op werktijden, en tijdens de feestdagen zelfs 24/7 | In overleg met Counselor. Altijd bellen 24/7 | nazorg | Nazorg vanuit instelling |
| Je noemde dat iedereen iets anders nodig kan hebben. Hoe maak je een afweging over welke behandeling iemand nodig heeft? | 3.12.2 | Dat zul je in de literatuur ook gelezen hebben. Het is vaak een complex van factoren. Soms is het aangeboren, daar heb ik geen verstand van | Complex van factoren | Visie op verslaving | Bio-psychosociaal |
| Iemand die niet uit de voeten kan met een grote groep kan beter buiten zo’n groep afkicken. En iemand die erg in zijn hoofd zit heeft misschien wat meer 12-stappen nodig? | 3.13.1 | Sommige mensen hebben geen spirituele dingen nodig maar gewoon huisvesting en inkomen. | Per persoon verschillend wat je nodig hebt | Doelgroep | Keuze voor afdeling |
| Als je niet gemotiveerd ben kan ambulante zorg nuttig zijn? | 3.13.2 | Het moet een duidelijk doel dienen. Je hebt de contacten en kan dan sneller doorstromen naar echte hulp | Doel ambulante zorg sneller doorstromen naar hulp. | Invulling behandeling | Behandeldoel |
|  | 3.13.3 | Ik heb nooit iets te maken gehad met alcoholdagboeken of andere staten die ik moest bijhouden | Het is de vraag wat je invult in een alcoholdagboek | Methodiek | overig |
| Alleen vrijblijvende gesprekken zijn niet effectief? | 3.14.1 | Misschien voor bepaalde groepen als je nog niet verslaafd bent maar meer gewoontedrinker. Je kan hierdoor tot inzichten komen. | Vrijblijvende gesprekken kunnen gewoontedrinkers nieuwe inzichten geven. | Doelgroep / type behandeling | Keuze voor afdeling |
|  | 3.14.2 | Voor verslaafden niet effectief. Zinloos. | Vrijblijvende gesprekken voor verslaafden zinloos. | Doelgroep | Keuze voor afdeling |
|  | 3.14.3 | Wat ook erg belangrijk is nazorg. Ik ging naar zelfhulpgroepen maar ik ken wel mensen die nog steeds naar hun counselor gaan | Zelfhulp erg belangrijk | Nazorg | zelfhulpgroepen |
| Is jouw visie dat verslaving een ziekte is? | 3.14.4 | Ja absoluut, maar er kunnen ook andere dingen aan ten grondslag liggen zoals te weinig assertiviteit. Dan moet je daar wat aan doen. Het bio-psychosociale model is het meest gangbare. | Verslaving is een ziekte, kan echter ook door andere dingen veroorzaakt worden | Visie op verslaving | Bio-psychosociale model |
|  | 3.14.5 | Waar ik wel eens over heb zitten denken is een ambulant zorgprogramma ent op de 12-stappen zelfhulpgroepen. Dat je een professionele sponsor | Ambulante zorg enten op zelfhulpgroepen. | Methodiek | Minnesota 12-stapppen |
| Wat is het verschil met een deeltijdbehandeling? | 3.15.1 | Je hebt iemand om mee te sparren, iemand waarmee je over die stappen kunt praten. Bij de deeltijdbehandeling moet je vrij nemen van je werk. Dat zou dan niet hoeven. | Ambulant programma geënt op zelfhulpgroep kan naast werk. | Doelgroep | Woon/ Werk/ Gezinssituatie |
| Willen werkgevers vaak meewerken als iemand een behandeling moet volgen | 3.15.2 | Meeste mensen hebben geen werk. | Meeste verslaafden hebben geen werk | Doelgroep | Woon/ Werk/ Gezinssituatie |
| Je vertelt dat het weer goed is gekomen met je vrouw, heeft de hulpverlening daar een rol in gespeeld? | 3.17.3 | We hebben en of twee gesprekken samen met mijn vrouw gehad. Op grond daarvan is ook een aantal keren bij die systeemtherapeuten een gesprek gehad. Er kunnen ook allerlei gesprekken plaatsvinden over hoe het is om met een herstellende verslaafde te leven. Waar loop je dan tegen aan. Waar maak je je zorgen om? Dat zijn allemaal dingen die aan de orde kunnen komen. | Gesprekken samen met mijn vrouw en partners onderling | Familie & Netwerk | Inhoud programma |
| Denk je het belangrijk is dat familie en netwerk een plaats krijgt in de behandeling? | 3.17.4 | Ja zo’n verslaving legt een hele zware stempel en druk op de omgeving. Dat vertrouwen moet herstellen Om dat weer te herstellen, dat vertrouwen, ja daar is zoveel voor nodig. Dus alle interventies die je daar bij kunnen helpen zijn welkom denk ik. | Hulp voor omgeving belangrijk, vertrouwen moet herstellen. | Familie en Netwerk | Belang in behandeling |
|  | 3.17.5 | Verslaafden beseffen zelf nauwelijks omdat je op jezelf bent gefocust. En de tweede plaats, dat is een fout die verslaafde zelf vaak maken, die denken van zo nu ben ik goed bezig nu moet het allemaal wel weer goed zijn. Terwijl die shit van de afgelopen 6 jaar daar denken ze niet meer aan. | Verslaafden zien niet de schade die ze hebben aangericht | Familie en Netwerk | Invloed van verslaafde op netwerk |
| Wat is nodig om het vertrouwen te laten herstellen? | 3.17.6 | Ze verwachten dat kinderen gelijk met open armen komen aanrennen. Voorlichting is belangrijk, ze moeten weten waarmee je bezig bent. En veel geduld! | Herstel kost geduld. Voorlichting is belangrijk! | Familie en Netwerk | Inhoud programma |
| Geef je voorlichting en houdt het daarna op of moet je met het netwerk ook blijven praten? | 3.18.1. | Bij de 12-stappenbehandeling in Tactus Apeldoorn is er altijd de mogelijkheid om gesprekke te krijgen als dat nodig is voor familie of netwerk. Ook zijn er zelfhulpgroepen voor partners of kinderen | Gesprek met systeemtherapeut of zelfhulpgroepen voor partners | Familie en Netwerk | Inhoud programma |
| Wat was er dan gebeurd als er in je behandeling geen aandacht was gegeven aan je relatie | 3.18.2 | Geen idee, ik weet wel dat ik niet meer getrouwd was als ik geen behandeling had gevolgd. | Gescheiden als ik geen behandeling had gevolgd. | Algemene informatie  Familie en Netwerk | Invloed van verslaafde op netwerk |
| We horen veel enthousiast verhalen over de 12-stappen | 3.18.3 | Het werkt voor mij he! Die man uit Gouda is een aantal keer bij een zelfhulpgroep geweest maar die had er niks mee. | Sommigen kunnen de zelfhulpgroep niet bijbenen | Nazorg | Zelfhulpgroepen |
| Zou de contigentietherapie voor hem meer geschikt zijn? Het meer betrekken van naasten, afspraken nakomen en punten sparen is voor zo’n persoon nuttig. | 3.18.4 | Ja dat kan ik me voorstellen | Cognitieve gedragstherapie, praktische handvaten voor sommigen haalbaarder | Doelgroep | Cognitieve vermogens |
| Hoe maak je een afweging wat iemand aankon | 3.19.1 | Als iemand niet het vermogen heeft iom enigszins op zichtzelf te reflecteren met een zekere openheid en eerlijkheid, hou dan maar op. | Reflectief vermogen noodzakelijk voor behandeling. | Doelgroep | Reflectieve vermogens |
| Als iemand een hoge mate van verstand, vrijheid en zelfreflectie heeft kan je dichtslaan bij een aanpak alleen gericht op controle/tijden | 3.19.2 | Ik denk dat ambulante gesprekken kunnen helpen om te om te ontdekken welke hulp vorm het beste aansluit bij iemand | Gesprekken om te ontdekken welke behandeling het beste aansluit | Doelgroep | Keuze voor afdeling |
| Als je dat als hulpverlener doet moet je wel het hele skillspakket hebben | 3.19.3 | Ik had gesprekken met mijn verwijzer maar die verwees ook echt door met verslavingsarts of systeemtherapeut. | Vanuit ambulante hulp evt. doorverwijzen. | Doelgroep/ Type behandeling | Keuze voor afdeling/ ambulante behandeling |
| Ben je motiverende gesprekvoering tegengekomen | 3.20.1 | Ik ken het wel maar in het ambulante kwam het niet expliciet naar voren. | Motiverende gespreksvoering kwam niet naar voren in ambulante hulp. | Methodiek | Motiverende gespreksvoering |
| Had je urinecontroles tijdens je behandeling? | 3.20.2 | Ja tijdens mijn deeltijd Minnesota werden er steekproefsgewijs urinecontroles afgenomen | Steekproefsgewijs uc's | Invulling behandeling | Urinecontroles |
| Was dit voor jou een motivatie? | 3.20.3 | Nee voor mij niet maar ik kan me wel voorstellen dat het voor anderen wel een motivatie is. Meestal vertelden mensen het zelf | Uc’s voor mij niet motiverend, mogelijk voor anderen wel | Invulling behandeling | Urinecontroles |
| Ook juist wel goed om zelf een terugval aan te geven. | 3.21.1 | De meesten vertelden het, sommigen niet. Soms ook op een ander middel, je moet volledig abstinent zijn. | Soms gebruikten mensen een ander middel | Invulling behandeling | Urinecontroles |
| Welke hogere macht heb je? | 3.21.2 | Het maakt niet uit wat het is als het maar werkt. Ik ben het in ieder geval niet zelf. Als het maar sterker is en het goed met me voor heeft. Voor mij zijn dat mensen, groepen waar ik heen ga, fellows, vrienden, eigen vrouw en kinderen. | Andere mensen als hogere macht. | Methodiek  Familie & netwerk | Spiritueel |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Interview 4 - Cliënt ambulante behandeling** | | | |
| Geïnterviewde: | Marjette | Datum: | 9 april 2013 |
| Locatie: | Leger des Heils De Wending | | |
| Geïnterviewd door: | Michael van Steijn  Joost Baaij | | |
| Behandeling gevolgd bij:   * Ambulante behandeling bij Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) * Kliniek Thailand van Stichting Safe-Houses * Stichting Safe-Houses begeleid wonen | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kan je daar misschien wat vertellen over de ambulante behandeling die je gevolgd hebt. | 4.1.1 | Toen was ik 23/24, zeg maar in 2008/2009 heb ik aangeklopt bij verslavingszorg Noord-Nederland VNN afgekort. Dat zit in Friesland, Groningen en Drenthe. Ik zat er voornamelijk eigenlijk voor GHB verslaving. | 2008/2009 Verslavingszorg Noord Nederland GHB verslaving | Algemene gegevens | Persoonlijke gegevens |
|  | 4.2.1 | Daar kreeg ik een contactpersoon. En ik kreeg een boekje mee, leefstijltraining heet dat. | VNN, Contactpersoon en een boekje, leefstijlentraining | Methodiek | Leefstijlentraining |
|  | 4.2.2 | Daar kon ik eigenlijk van alles in gaan vullen. Over wanneer ik mijn trekmomenten had, wanneer ik wat heb genomen, waarom ik het had genomen. | Invullen trekmomenten, wanneer en waarom gebruikt | Methodiek | Leefstijlentraining |
|  | 4.2.3 | Ik deed daar eigenlijk, met het boekje deed ik gewoon niet zoveel. Dat vulde ik eigenlijk niet in voor mezelf maar dat nam ik wel braaf weer mee en dan liet ik dat aan haar lezen. Ik ging iedere keer wel naar het gesprek toe en helemaal op een gegeven moment was ik weer zo aan het gebruiken dat ik dacht van, dit heeft geen zin meer. Toen heb ik afgebeld en ook nooit meer wat laten horen. | Braaf boekje invullen maar niet voor mezelf | doelgroep | motivatie |
|  | 4.2.4 | Ik heb ook een hele voorlichting gekregen van wat is nou verslaving, en hoe werkt verslaving. En daar ben ik 2 of 3 keer bij een soort presentatie geweest. | Voorlichting over wat verslaving is | Methodiek | Leefstijlentraining / Psycho-educatie |
| Had je 1 gesprek per week? | 4.2.5 | Ja 1 gesprek per week. | 1 gesprek per week | Invulling programma | Intensiteit programma |
| Gebruikte je nog in die periode | 4.2.6 | Ja ik gebruikte gewoon, het was toen ook nog niet echt zo dat ik lichamelijk afhankelijk was maar vooral ’s weekends ging ik eigenlijk wel heel het weekend door. | Gebruikte vooral in het weekend | Algemene informatie | Persoonlijke informatie |
|  | 4.2.7 | Ik bleef gewoon wel gebruiken maar ze kwamen me ook eigenlijk helpen om inzicht in dat gebruik te krijgen. Dat was eigenlijk ook wel een beetje het doel daarvan. | Ik gebruikte nog, inzicht in gebruik krijgen | Invulling behandeling | Behandeldoel |
|  | 4.2.8 | Het tweede contact met VNN was eigenlijk een beetje net voor mijn opname in Bangkok. Ik wilde het liefste daar een opname voor een detox omdat die daar gratis is. Ik wist nog wel een andere maar die was 5000 euro, dus het was gewoon een financiële kwestie dat ik weer contact met ze heb opgenomen. | Financiële reden, detox gratis | Doelgroep |  |
|  | 4.2.9 | Ze konden me niet direct opnemen. Toen gingen ze ambulant weer met het boekje aan de slag. Dat is gewoon wel iets heel standaards eigenlijk wat daar gebeurde. Dat ging me niet snel genoeg want ik wilde gewoon naar Thailand, ik dacht ik moet van die rotzooi af en met zo’n ellenlang afbouwschema, daar kan ik niets mee. | Standaard procedure, afbouwschema sloot niet aan bij vraag | Invulling behandeling | Behandeldoel |
|  | 4.3.1 | Toen ben ik wel voor mezelf dat boekje in gaan vullen. Ik was toen ook wel echt benieuwd van ‘Hoe werkt het nou’ dus ik was toen wat gemotiveerder | Gemotiveerder, boekje gaan invullen | Doelgroep | motivatie |
| Werkte je in die periode? | 4.3.2 | Ik werkte op een klantenservice FBTO. | Werkte op klantenservice tijdens behandeling | Doelgroep | Woon/ werk/ gezinssituatie |
|  | 4.3.3 | Voor ik naar Thailand ging ben ik in een week zelf met drank en Baclofen afgekickt van GHB. Geen afbouwschema of wat dan ook. Mijn vraag was: Ik wil een opname in Thailand, ik moet detoxen en ik durf dat niet echt alleen aan en ik heb jullie hulp nodig. | VNN gaf niet de hulp die gevraagd werd | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Want jij was op dat moment lichamelijk afhankelijk? | 4.3.4 | Ja eigenlijk de laatste 3 jaar heb ik gewoon non stop gebruikt, ook ’s nachts. | Laatste 3 jaar Non stop GHB gebruikt, ook ’s nachts | Doelgroep | Mate van verslaafdheid |
| En die opname in Thailand, hoe kwam dat? | 4.3.5 | Nou een vriend van mij was naar Castle Craig geweest | Via vriend Castle Craig aangeraden. | Familie en netwerk | Invloed van netwerk op verslaafde |
|  | 4.3.6 | Ik merkte dat hij zich goed voelde. Die hoop had ik eerst niet, het is best wel te doen. Het leven is toch wel leuk. Ik werd eigenlijk ook een beetje jaloers, ik wil dat ook wel. | Door die vriend hoop dat het weer goed kon komen. | Familie en netwerk | Invloed van netwerk op verslaafde |
| Hoe oud was je eigenlijk toen je begon met gebruiken | 4.4.1 | 19, 18 voor het eerst een pilletje. 14 toen ik voor het eerst ging drinken en blowen. | 14 – drinken en blowen. 18/19 eerste pilletje | Visie op verslaving | Verloop van verslaving |
| Je bent toen naar Thailand gegaan, was die behandeling succesvol voor jou? | 4.5.1 | Ik ben nog steeds clean. Het was heel succesvol voor mij. Gewoon heel veel uitleg gekregen over hoe werkt dat verslaving, hoe gaat dat in je hoofd. | Behandeling was succesvol, veel uitleg over wat verslaving | Methodiek | Psycho-educatie |
|  | 4.5.2 | Eigenlijk is het ook stap 1 doen; erkennen dat je machteloos bent. | Erkennen dat je machteloos bent | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
|  | 4.5.3 | Daarnaast ook gewoon in wat je deelt bijvoorbeeld letten ze heel veel op wat zeg je eigenlijk over jezelf en is dat ook echt de waarheid en wat vinden de anderen daarvan? | Wat zeg je over jezelf en is dat ook echt waarheid? | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
| Dus je hebt de behandeling gevolgd en dan zeggen ze je, je kan nazorg volgen maar wij zijn klaar met je. | 4.5.4 | Ja dat klopt, dus toen kwam ik bij stichting Safe Houses, bij dat safehouse dus eigenlijk. En ik had nog nazorg bij steps. Dat heb ik nog 3 maanden gehad die nazorg en dan krijg je ook een begeleider voor de periode dat je in het safehouse zit. | 3 maanden begeleider voor nazorg van steps. | Nazorg | Vanuit instelling |
| Wanneer kwamen je ouders er achter dat je een probleem had? | 4.6.1 | Het liefste had ik het stiekem gedaan. Zo van ik doe dat wel even. En die vriend van mij die zij ook, je hebt je ouders echt nog wel nodig de komende tijd, zeg het nou maar gewoon. | Je hebt je ouders nodig tijdens de behandeling | Familie & netwerk | Belang programma |
| Over die eerste behandeling die je hebt gehad, was dat individueel? | 4.6.2 | Nee het was echt individueel. Het enige wat niet individueel was, was dat de presentatie kreeg dat je 3 keer of 2 keer een soort voorlichting kreeg over wat verslaving inhield. | Programma voornamelijk individueel | Invulling behandeling | Groepssessies/ individueel |
| Je vulde dus tijdens je eerste behandeling het boekje niet in voor jezelf maar meer voor hun? | 4.7.1 | Ja achteraf bekeken. En dan komt de vraag van wou ik echt wel stoppen. Maar ik zag ook gewoon, ik kreeg ook een boekje mee maar je werkt voor jezelf niet echt naar een doel toe ofzo. | Ik werkte niet naar een doel toe met het boekje | Invulling behandeling | Behandeldoel |
|  | 4.7.2 | Eén keer in de week contact, is gewoon heel weinig voor als je verslaafd bent en in een obsessie gewoon blijft zitten want je blijft gewoon gebruiken. Vind ik het gewoon veel te weinig. | Eén keer in de week een gesprek is te weinig | Invulling behandeling | Intensiteit programma |
| was het positieve voor jou uit die eerste behandeling? | 4.8.1 | Dat ik gewoon mijn verhaal kwijt kon. | Positief dat ik mijn verhaal kwijt kon | Invulling behandeling |  |
|  | 4.8.2 | Ze legde ook gewoon het een en ander uit, het was ook wel leerzaam. | Positief dat er dingen werden uitgelegd | Methodiek | Psycho-educatie |
| Was het doel van de eerste behandeling echt om abstinent, te worden. Of was het meer een beetje begeleiding en inzicht krijgen? | 4.8.3 | Ja het was wat meer begeleiding, inzicht krijgen. | 1 gesprek in de week om inzicht in gebruik te krijgen | Invulling behandeling | Behandeldoel/ intensiteit behandeling |
| En urinecontroles of dat soort zaken? | 4.8.4 | Nee | Geen urinecontroles | Invulling behandeling | Urinecontroles |
|  | 4.8.5 | ja, zij zei ook van je moet het aan je ouders vertellen maar toen zei ik, nee dat doe ik niet. Toen ze daar wat meer op begonnen aan te dringen ben ik afgehaakt. Dat werd me te heftig, ik wou het alleen doen eigenlijk | Wilde ouders niet betrekken, daardoor afgehaakt | Familie & netwerk | Invloed netwerk op verslaafde |
| Kan je nog even wat meer vertellen over de periode dat je de eerste ambulante behandeling had stopgezet naar de tweede ambulante behandeling? | 4.9.1 | Na die eerste ambulante behandeling ben ik weer gaan feesten tot ik op het punt kwam van dat ik dacht; ‘ik kan gewoon niet meer’ ik wil er echt iets aan doen. Ik ben nu ook echt bereid om er iets aan te doen en om mijn leven om te gooien. | Feesten tot punt dat ik echt bereid was mijn leven om te gooien | Doelgroep | Mate van verslaafdheid |
| Je ouders wisten al die tijd van niets? | 4.9.2 | Nee, ze hebben vast wel eens gedacht van, joh wat gedraagt ze zich verdacht, dat zal wel niet helemaal zuiver zijn. Ik er weer eens moe uit, maar dan had ik gewoon gefeest, dat zei ik ook. | Ouders wisten van niets, smoesjes om geheim te houden | Familie & netwerk | Invloed netwerk op verslaafde |
|  | 4.9.3 | Maar mijn broertje was echt iemand, als die gebruikte dan ging het dak eraf weet je wel. Dus dan viel ik gewoon niet zo op. Er is een beetje wel een drinkcultuurtje ook in onze familie dus drinken is bij ons eigenlijk wel heel normaal. | Viel niet op naast verslaafde broertje, drankcultuur in familie | Familie & netwerk | Invloed netwerk op verslaafde |
| Hoe ging dat de tweede keer bij VNN | 4.10.1 | Ik kreeg gelijk een contactpersoon en die gaf me weer een boekje mee. Maar goed ik dacht, ik doe dat maar gewoon. Maar ik zei; ik moet om het uur gebruiken. Ik wil er vanaf en ik wil me op laten nemen. Ik dacht dit duurt we heel lang allemaal. | Boekje duurt te lang. Wilde opname | Doelgroep | Keuze voor afdeling |
| Ze begonnen weer met hetzelfde boekje? | 4.10.2 | Ik zei ook; dat heb ik allemaal ook al eens een keer gezien, maar goed ik had echt het gevoel ik wordt hier niet meer begrepen ofzo, ik was heel duidelijk; ik moet gewoon naar een detox. | Gevoel niet te worden begrepen, gewoon een detox | Doelgroep | Keuze voor afdeling |
| Die arts had je Baclofen gegevens? | 4.11.1 | Ze zei: Iedereen moet wel het boekje invullen maar ze zegt met die GHB gebruikers daar kon ze niks mee. | GHB gebruikers kunnen niets met het boekje | Methodiek | Leestijlentraining |
| Denk je dat het voor andere mensen wel nuttig zou kunnen zijn dat boekje? | 4.11.2 | Maar ik denk je bent laks of je bent het niet. Je bent gemotiveerd of je bent het niet. | Motivatie per persoon verschillend. Helpt alleen als je gemotiveerd bent. | Doelgroep | Motivatie |
| En van dat tweede ambulante contact. Wat was daar goed aan? | 4.12.1 | Het is gewoon belangrijk dat er naar je wordt geluisterd. En wat ik positief vond was eigenlijk die verslavingsarts. Dat vond ik positief. Die hoorde wat ik zei en die had het gewoon door. | Belangrijk dat er naar je wordt geluisterd | Doelgroep / Competenties hulpverleners | Keuze voor afdeling/ Algemene competenties |
| Je zei dat Thailand hielp voor jou, daardoor ben je nu clean geworden. Waardoor kwam het dat die ambulante behandeling die je 6 jaar daarvoor had gehad niet goed werkte voor jou? | 4.12.2 | Verschillende dingen. Ik denk, het kwam gewoon door de opname zelf. Gewoon helemaal uit je leven. Totaal andere omgeving waar je wordt geconfronteerd met jezelf. Dat soort dingen geeft wel een groot verschil. Thuis lukte het gewoon niet om een langere periode abstinent te blijven, dan moest ik gewoon wat hebben. | Andere omgeving, kon thuis niet abstinent blijven | Doelgroep | Woon/ werk / thuissituatie / Mate van verslaafdheid |
| Wat had er nodig geweest om die ambulante hulp die je had gehad wel effectief te laten zijn? | 4.12.3 | Ik had nog compleet die waanzin in m’n hoofd. En die moet er eerst toch een beetje uit zijn. En al was ik wel heel vastbesloten van; ik ga er nu mee stoppen. Je hebt nog steeds een beetje en kronkel in je kop. Ik had gewoon dat stukje hersenspoelen nodig. Gewoon veel herhaling, iedere dag herhaling. | Dagelijks herhaling om waanzin uit hoofd te krijgen. | Doelgroep / invulling behandeling | Mate van verslaafdheid / intensiteit behandeling |
| Als twaalfstappen in een ambulant traject had gezeten en jij was daar terecht gekomen? | 4.13.1 | Die meetings zijn belangrijk. Er moet een soort programma zijn. Gewoon wel iedere dag bijvoorbeeld iets doen. Dat je de ene dag een meeting hebt, een andere dag een gesprekje. Meer misschien ook dingen in de avonduren of juist op een ochtend. | Meetings belangrijk, dagelijks activiteiten | Invulling behandeling | Intensiteit behandeling |
| Dus niet dat je één keer in de week een gesprek hebt maar vaker? | 4.13.2 | Ja vaker, absoluut. Misschien zelfs 2 keer. Gewoon iets vaker, 1 keer is gewoon heel mager | 1 keer in de week is heel mager | Invulling behandeling | Intensiteit behandeling |
| Wat zijn elementen in de twaalf stappen die ontzettend belangrijk zijn? | 4.13.3 | Dat je het niet alleen hoeft te doen. | Het niet alleen hoeven te doen | Methodiek/ invulling behandeling | Minnesota 12-stappen / individueel/ groepssessies |
|  | 4.13.4 | Stap 1, vind ik ook heel belangrijk. Je erkent dat je machteloos daar had ik een reden voor en die ben ik geneigd te vergeten. Stap 1 herinnerd mij daar gewoon weer aan. Ik doe dit wel met een reden. | Erkennen dat je machteloos bent | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
| Hoe vaak bezoek je meetings? | 4.13.5 | 3 keer per week, dat is eigenlijk het hele programma. | 3 keer per week | Nazorg | zelfhulpgroepen |
| En hoe wat de nazorg vanuit steps? | 4.14.1 | Heel goed! Dat was elke week een groep van anderhalf à twee uur. Als je echt iets hebt of als je ergens mee zat dan maakte je dat bespreekbaar. Goede counselors die veel dingen oppikten. | Elke week 1,5 uur.  Bespreekbaar maken van dingen waar je tegenaan loopt. Goede counselors. | Nazorg | Vanuit instelling |
| En ging je vanuit het advies van steps ook nog naar zelfhulp naast die nazorg? | 4.14.2 | Die meetings die deed ik al langer. Toen ik in de kliniek zat ging ik daar al naartoe. dan wordt je gewoon gelijk helemaal voorbereid op hoe het weer is als je weer uit de kliniek komt. | Naar meetings vanuit kliniek. Voorbereid voor einde behandeling | Nazorg | Zelfhulpgroepen |
| Waren de counselors ervaringsdeskundigen? | 4.15.1 | Ja, behalve de psycholoog. | Ervaringsdeskundige counselors | Invulling behandeling | Ervaringsdeskundige |
| Hoe lang ging dat nazorgtraject door? | 4.15.2 | 3 maanden, en dat vond ik eigenlijk wel heel kort, het had van mij nog wel langer door mogen gaan. | 3 maanden, eigenlijk nog wel kort | Nazorg | Vanuit instelling |
| Ken jij misschien mensen die door een ambulante behandeling clean zijn geworden? | 4.15.3 | Ja, er zijn mensen die hebben het van meetings bijvoorbeeld al. Die blijven clean door naar meetings te gaan. | Sommige worden clean door allen al de meetings, daar halen ze alles vandaan | Doelgroep | Keuze voor afdeling |
| Maar jij had het even nodig om stilgezet te worden? | 4.16.1 | Ja ik had het echt nodig. Als er niets anders was dan had ik er wel dagelijks ermee bezig moeten zijn. Je moet er ook iets voor over hebben om er af te gaan. | Had nodig om stilgezet te worden, ambulant was hel intensief programma nodig geweest | Doelgroep | Mate van verslaafdheid |
|  | 4.16.2 | Dan had ik wel een soort programma gewild van regelmatig urinecontrole, toch wel dat is ook een motivatie. | Urinecontroles is een motivatie | Invulling behandeling | Urinecontroles |
|  | 4.16.3 | Daarnaast gewoon veel met andere mensen in contact komen die in hetzelfde schuitje zitten. Lotgenotencontact. | Contact met andere verslaafden | Invulling behandeling | Individueel/ groepssessies |
| werd door steps je familie nog betrokken? | 4.16.4 | Ze hebben mijn moeder als contactpersoon. Toen ik net in Thailand zat kreeg mijn moeder iedere keer een mailtje over hoe het met me ging. | Moeder op de hoogte gehouden tijdens opname Thailand | Familie& netwerk | Inhoud programma |
|  | 4.16.5 | Er is nog een familiedag geweest, dat was in Voorthuizen. Daar zijn mijn ouders en mijn toenmalige vriend ook nog geweest. Daar hebben ze ook nog een voorlichting gekregen dus dat was echt heel netjes. | Familiedag met voorlichting, heel netjes | Familie & netwerk | Inhoud programma |
|  | 4.16.6 | Toen ik weer terug was in Nederland was er ook nog gelegenheid dat ze zeiden wil je nog gesprekken of dergelijke met je ouders dan kun je altijd komen. Daar kon ook altijd tijd voor worden gemaakt. | Mogelijkheid tot vervolggesprekken | Familie & netwerk | Inhoud programma |
| Want hoe gaat het nu met je ouders? | 4.17.1 | Ik heb met mijn moeder ook een gesprek gehad met de counselor erbij. Dus dat was wel echt heel waardevol. | Samen met counselor met moeder gesproken, heel waardevol | Familie & netwerk | Inhoud programma |
|  | 4.17.2 | Dat was ook wel heel mooi want we praatte eigenlijk ook nooit echt. Dus we hebben toen wel echt gepraat toen. Ik merk ook dat daardoor de band met mijn moeder sterker is geworden. | Band met moeder sterker geworden, we praatte nooit echt | Familie & netwerk | Opbrengst programma |
|  | 4.17.3 | Mijn vader vind het allemaal een beetje lastig geloof ik. Die moet er nog steeds wat aan wennen. Ik kom daar wel, ik praat er ook weinig over. De band die we hadden is wat… Ja het moet gewoon allemaal even wennen. Dus dat is wel anders. | Vader moet er nog steeds erg aan wennen | Familie en netwerk | Invloed verslaafde op netwerk |
| Hoe ziet de toekomst eruit? | 4.17.4 | Ik wil echt weer naar school toe, ik wil niet meer op kantoor werken. Dus mijn toekomst, leuke baan vinden, en de rest ik zie het wel. | Weer naar school en een leuke baan vinden | Nazorg | Re-integratie |
| Heb je daarover contact het met een hulpverlener? | 4.17.5 | Ja op die manier een keer in de week komt mijn begeleider hier en dan hebben we een gesprek en dan kan ik wel aangeven waar ik tegenaan loop | Wekelijks gesprek met begeleider | Nazorg | Re-integratie |
| Ik ben persoonlijk wel heel benieuwd naar je hogere macht. | 4.18.1 | Ik zag hogere macht in alles wat mij clean kon houden. In het begin mijn fellows in de kliniek en dat zijn de meetings wat dat is het, het is de kliniek. Toen was het op een gegeven moment de natuur. | Hogere macht is alles wat mij clean kan houden | Invulling behandeling | Spiritueel |
|  | 4.18.2 | Ik ben zonder een geloof opgevoed. Dus dan kan ik niet zomaar zeggen ‘ik ben in de Heere’, zo werkt het voor mij niet. Ik investeer er wel in. ‘Fake it till you make it’ zeggen ze ook wel. Nee maar goed, ik bid wel iedere dag, ik vraag ook iedere dag om kracht, om hulp. | Bid iedere dag, ik vraag op kracht en hulp | Invulling behandeling | Spiritueel |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Interview 5 - Medewerkers ambulante behandeling** | | | |
| Geïnterviewde: | Dhr. Bodewits en Mevr. Van Dijk | Datum: | 15 april 2013 |
| Locatie: | The Home Clinic in Weesp | | |
| Geïnterviewd door: | Michael van Steijn  Joost Baaij | | |
| Functie Pieter Bodewits:  Verslavingsarts bij The Home Clinic en directeur.  Functie Annette van Dijk , psychologe en directeur.: | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Interessant om te horen dat jullie vanuit de CRA werken dat hebben we nog niet bij veel instellingen gehoord | 5.2.1 | Wij zijn in er in 2004 mee gestart en sinds die tijd werken wij al met de CRA. Maar inderdaad, vooral die craft form. Zeg maar family treatment erbij. En dat doen we nu al 9 jaar. | CRA, met family treatment erbij. Dat doen we al 9 jaar | Algemene gegevens | Behandelgegevens |
| En het werkt? | 5.2.2 | Ja fantastisch, we hebben nog nooit wetenschappelijk onderzoek gedaan maar we hebben wel zelf metingen gedaan en dat is wel veelbelovend. | Veelbelovende resultaten. | Methodiek | CRA |
|  | 5.2.3 | Motiverende gespreksvoering is geen methodiek. Dat is gewoon een techniek die heel goed binnen het CRA model past. | Motiverende gespreksvoering is geen methodiek | Methodiek | Motiverende gespreksvoering |
|  | 5.2.4 | Dat is gewoon een gesprekstechniek die je eigenlijk alleen maar aan het begin van de behandeling gebruikt. Als je hem daarna door gebruikt gaat hij eigenlijk tegen je werken. Het is alleen maar een aanvang om de verslaafde cliënt uit zijn ambivalentie te halen en eigenlijk over de streep te trekken om in behandeling te gaan. | Alleen aan begin behandeling, daarna gaat het tegen je werken. | Methodiek | Motiverende gespreksvoering |
| Hoe ziet een behandeling eruit binnen The Home Clinic? | 5.3.1 | Hij bestaat eigenlijk uit drie fases. Medische fase, psychologische fase en een rehabilitatiefase. | Drie fases, medische, psychologische en rehabilitatiefase | Invulling behandeling | intensiteit |
|  | 5.3.2 | De eerst medische fase is dat mensen lichamelijk moeten afkicken van het middel dat is de detox. Dat is met name dat het lichaam geholpen wordt om te ontwennen. | Eerst lichamelijk afkicken (medische fase) | Invulling behandeling | intensiteit |
|  | 5.3.3 | De tweede fase is de psychologische fase. Daarbij komt al de CRA: Je gaat naar positieve her-bekrachtigers kijken in iemands zijn leven die een zodanig belonend effect hebben dat iemand niet meer zal terugvallen in het gebruik. En dat kan heel concreet zijn dat hij een andere werkbesteding moet vinden. Dat kan zijn dat hij zijn relatie anders moet gaan inrichten. Maar het kan ook een veel abstracter iets zijn dat zijn levens perceptie niet klopt. | Her bekrachtigers die zo belonend werken dat iemand niet meer terugvalt. | Methodiek | CRA |
|  | 5.3.4 | Nadat dat is gebeurd heb je nog de rehabilitatie fase. Die fase ga je helpen zodat de plannen die uitgezet zijn ook daadwerkelijk uit de grond komen. Want je kunt wel een aantal dingen aangeleerd hebben en je kunt ook wel het plan gevat hebben om je leven om te draaien maar dan moet het ook nog wel gebeuren. En vervolgens nazorg geven. | Helpen om plannen die uitgezet zijn uit te voeren | Methodiek/ nazorg | CRA/ Rehabilitatie |
| En hoe ziet dat eruit? Ga je mee naar een nieuwe baan? | 5.3.5 | Nee het enige wat je doet is bijvoorbeeld wel het begeleiden in dat je een sollicitatiegesprek voert met rollenspellen. Maar je probeert wel alles met wat in een gesprekskamer mogelijk is. | Situaties oefenen met rollenspellen | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
|  | 5.4.1 | Een groot deel van de mensen die bij ons in behandeling komt heeft nog een baan. Een van de redenen dat wij mensen thuis behandelen is dat je juist, ook vanuit het CRA, daar zijn we hier helemaal van overtuigd: Werk is één van de dingen die heel belangrijk zijn als iemand blijvend van de middelen af wilt houden. | Veel mensen hebben nog werk, daarom ambulant, werk is belangrijk | Doelgroep | Werksituatie |
| Wat houden die 6 cognitieve gedragstherapeutische interventies in? | 5.4.2 | 1 van de cognitieve gedragsinterventies is exposure. Dus bijvoorbeeld gegradueerde exposure. Dat kun je toepassen bij mensen die een sociale fobie hebben of een angststoornis. Een andere interventie is het opstellen van g-schema’s. Dat soort interventies. Dat is ook aan de orde van de dag binnen het CRA-model. | Exposure of g-schema’s binnen CRA model | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
| Een beetje het herstructureren van de gedachtepatronen enzo? | 5.4.3 | Ja wat al onze therapeuten ook doen is bijvoorbeeld van de heel veel reïnforcers ook een functieanalyse maken. Waarom zoekt hij naar korte termijn oplossingen in dit gedrag en hoe zou hij dat op langere termijn beter kunnen oplossen. En die ‘posted’ reïnforcers goed in kaart te brengen om te kijken of je daar iets mee kan gaan doen. | Functieanalyse om te kijken of iemand het anders kan aanpakken | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
| Want die sociale fobie en dergelijke, dat hangt dan vaak samen met verslaving want je noemt dat exposure. Maar gebeurd dat dan ook in een spreekkamer, dat is allemaal in een rollenspel. | 5.5.1 | Nee dan ga je mee op pad. Je maakt een lijstje van situatie die iemand angstig maken. Je maakt kaartjes met gedachten en wat dan reëel en irreëel is. Dus dat is dan de houvast op de momenten dat je de exposure. Dan ga je de angst opwekkende stimuli daadwerkelijk in. En dan probeer je dat iemand met zijn cognitieve vermogens zijn gevoel weer kan beteugelen. En dan ga je daadwerkelijk mee naar buiten ook. | Exposure, samen met cliënte angstopwekkende situaties opzoeken | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
| U heeft het nu over een angststoornis. Waar ligt dan de link met verslaving? | 5.5.2 | Heel veel mensen met name een alcoholverslaving hebben, hebben ook een angststoornis. We weten eigenlijk niet of je nou een angststoornis ontwikkeld omdat je alcohol gebruikt. Of dat je al een angststoornis had en toen aan alcohol bent gaan drinken, dus aan zelfmedicatie bent gaan doen. Maar wat we wel weten is dat je het beide moet behandelen tegelijkertijd. | Alcoholverslaving vaak samen met angststoornis. Deze tegelijkertijd behandelen | Methodiek / Visie op verslaving | Cognitieve gedragstherapie / gedragsmatig |
| De literatuur spreek ook veel over de comorbide problematiek en dat als je die samen behandeld dat dat dan veel effectiever is, en dat is dan eigenlijk ook wat jullie doen. Het wordt ook heel erg aangeraden. | 5.5.3 | Dus dat is één van de dingen die we opgepakt hebben. Dus we zeggen comorbiditeit gewoon gelijk aanpakken en behandelen. Dat doen we met psychiatrisch ziektebeelden ook gelijk trouwens, die pakken we ook meteen | Comorbiditeit en psychiatrische ziektebeelden meenemen in behandeling | Invulling behandeling | comorbiditeit |
|  | 5.5.4 | We doen interventies met de cliënt maar ook vaak met de familie van de cliënt. In CRAFT, is dat de FT. Die staat voor de Community reïnforcement family therapie. Dat is eigenlijk deel 2 nadat hij de CRA ontwikkeld had, hebben ze ook de family therapie ontwikkeld. | Interventies ook bij familie cliënt (CRAFT) | Methodiek | CRA |
|  | 5.5.5 | En dat is wat wij ook vaak zien. Je kunt een angststoornis of depressie behandelen. Want wij hebben helemaal niet de illusie dat het over is als wij vertrekken. Maar als je ze nou leert om op een duurzame manier een chronische ziekte te handelen, | Iemand moet zelf de tools leren om met verslaving om te gaan | Invulling behandeling | Behandeldoel |
|  | 5.6.1 | Ook familie moet leen hoe om e gaan met een verslaving. Want dat is toch vaak de partner die ook een beetje mee ziek is. Dus je moet opnieuw leren communiceren. Je opnieuw leren niet confronterend met elkaar in gesprek te gaan enzovoort. | Partner vaak mee ziek, leren communiceren | Familie & Netwerk | Belang in behandeling |
|  | 5.6.2 | Dat is een integraal onderdeel, bijna zonder uitzondering pakken we dat er ook bij. | Familie wordt bijna zonder uitzondering betrokken. | Familie & Netwerk | Inhoud programma |
| Is dat met cliënten erbij of apart. | 5.6.3 | Ook wel eens apart, dat is maatwerk | Soms gesprekken apart van cliënten | Familie & Netwerk | Inhoud programma |
| Jullie hebben wel een andere doelgroep dan het Leger des Heils. | 5.6.4 | Wij zijn een private kliniek maar behandelen niet alleen oprijlanen. Er zijn ook mensen bij ons binnen geweest die werden gesponsord door een werkgever of door familie of door een gemeente. Dat waren ook mensen die moeten overleven. Maar desalniettemin werkte het daar ook gewoon heel goed. | Sommige van onze bewoners moeten ook gewoon overleven. | Doelgroep | Woonsituatie |
| Maar jullie ervaring is wel gewoon dat die familie er gewoon is en dat je daar ook opnieuw contacten kan laten ontstaan. | 5.7.1 | Je moet binnen de verslavingszorg het onderscheid maken; je hebt de curatieve verslavingszorg en de palliatieve verslavingszorg en dat is eigenlijk waarbij je niet meer probeert mensen te genezen om van hun verslaving af te helpen maar waar je in ieder geval probeert het leven binnen de verslaving zo humaan mogelijk te make n en dat is misschien wat je bij het Leger des Heils ziet? | Onderscheid curatieve verslavingszorg en palliatieve verslavingszorg | Doelgroep / invulling behandeling | Mate van verslaving / Behandeldoel |
| Ik denk dat jullie met die comorbide aanpak wel een heel groot stuk pakken. En ook met die familietherapie. | 5.7.2 | Bij een behandeling met een kop en een staart stel je de behandelaar veel te centraal. Wat je moet doen is toch een beetje de Novip methode. Zelfempowerment, dat is waar het om gaat. Dus verslaafden hebben het initiatief en het geloof in zichzelf verloren. Dat is wat je terug moet brengen, dat ze daar weer in gaan geloven. In hele kleine stapjes. Dat ze zelfredzaam worden zonder dat ze, en dat kan ook met die man die in het park moet overleven. Dat hij toch weer in een beetje in zichzelf gaat geloven. | Zelfempowerment en zelfredzaamheid essentieel | Methodiek | Empowerment bij de |
| Bij de doelgroep van het Leger des Heils begin je dan misschien wat lager? | 5.7.3 | Ja dan begin je veel lager. En familie is gewoon alle mensen die dichtbij staan. Je zou ook een familie kunnen maken van 5 mensen die met z’n allen in een doos wonen, dat kan ook je familie zijn. Die elkaar helpen een steunen als een community. | Begrip familie is breed, alle mensen die om je heen staan | Methodiek | CRA |
| Beetje jammer als ze allemaal gebruiken | 5.8.1 | We hebben ook wel eens partners gelijktijdig behandeld met succes. Maar wij hebben het wel met succes gedaan. Dat is wel heel leuk omdat ze elkaar natuurlijk ondersteunen omdat ze tegelijkertijd stoppen. | Partners tegelijkertijd behandelen | Methodiek | CRA / Contextueel |
| Kunnen jullie iets van een lijn omschrijven in jullie aanpak, in jullie behandeling. | 5.8.2 | Ik denk dat er gemiddeld, dat er 10 tot 15 keer een huisbezoek is. En ongeveer 40 telefonische consulten. | 15-20 huisbezoeken 40 telefonische consulten | Algemene informatie | Behandelgegevens |
| Zitten de telefoongesprekken door de hele behandeling heen? | 5.8.3 | Ja, die zitten in de kop zeg maar, in de detox. Dat is heel intensief want dan hebben we echt om de 4 uur telefonisch contact. | Om 4 uur telefonisch contact tijdens detox | Invulling behandeling | Digitale middelen |
|  | 5.8.4 | In de tweede fase ligt de nadruk op de huisbezoeken. Dat is natuurlijk ook logisch want dan is het face-to-face-contact belangrijk. In de nazorg dan komen de telefonische consulten weer terug. | In nazorg komen telefonische consulten terug | Invulling behandeling | Digitale middelen |
| Hoe intensief is het nazorgprogramma | 5.8.5 | Helemaal afhankelijk van wat de cliënt nodig heeft. Nadruk om eerste ¾ maanden | Eerste3 tot vier maanden intensief | nazorg | Nazorg instelling |
| Moet iemand in één keer stoppen met gebruik of bouwen jullie dat af? | 5.9.1 | We hebben een zogenaamde pre detox. Dat is eigenlijk voor het remoraliseren van de cliënt. Dan gaat hij vaak 10, 15% van zijn gebruik naar beneden doen of eigen kracht. Dan moet hij zijn voedingspatroon veranderen hij moet vitamines innemen, hij moet goed voor zichzelf zorgen. Dat is om iemand de re-moraliseren. | Pré-detox. 10/15% minder gebruiken op eigen kracht, remoraliseren. | Invulling behandeling | Detox |
|  | 5.9.2 | Dan gaan ze de detox in, dat is het zwaarte en dan is het in één keer stop. En dan krijgen ze daar vervangende medicatie voor. | Na pre-detox detox in een keer stoppen mbv medicatie | methodiek | farmacotherapie |
| Welke medicatie krijgen cliënten? | 5.9.3 | Vervangende medicatie, stel dat je bijvoorbeeld een alcoholist bent, dan heb je daarvoor medicatie nodig als Diazapam, oxazepam, om te voorkomen dat ze ziek worden. En dat om te voorkomen dat er complicaties komen. | Vervangende medicatie in detox | Invulling behandeling | Medicatie |
| En bij cannabis en heroïne? | 5.9.4 | Vaak geen medicatie. Soms antipsychotica in een lage dosering tegen geagiteerd gedrag | Bij cannabis en heroïne vaak geen medicatie | Invulling behandeling | medicatie |
| Wat is jullie visie verder op medicatie? | 5.9.5 | Om de ontwenningsverschijnselen tegen te gaan. Als je stopt met alcohol dan kan je echt heel erg ziek worden. | Medicatie om ontwenningsverschijnselen tegen te gaan | Invulling behandeling | Medicatie |
|  | 5.10.1 | er moet een beloning in zitten dat je stopt met het middel, het moet geen straf zijn. Dus wat wij trachten is dat iemand zich gewoon hartstikke lekker voelt in die periode. Als een soort bekrachtiging want hij toont het juiste gedrag wat jij wilt. | Door medicatie ontwenningsverschijnselen tegengaan als bekrachtiging voor gewenst gedrag | Invulling behandeling | Medicatie |
| Na de detox kan je de medicatie gewoon afbouwen? | 5.10.2 | Ja, je bouw heel langzaam af, daar heeft iemand geen last van | Na detox medicatie afbouwen | Invulling behandeling | Medicatie |
|  | 5.10.3 | Soms zie je toch nog dat hersenreceptoren nog blijven schreeuwen naar het middel. Daarvoor geven we soms ook antitrekmedicatie. Als dat niet werkt heb je nog afstrafmiddelen waarvan je ziek wordt als je gebruikt | Antitrekmedicatie of afstrafmiddelen wanneer de trek blijft | Invulling behandeling | Medicatie |
| Wisselen jullie elkaar af met de huisbezoeken of heeft iemand een vast begeleider? | 5.11.1 | Ja iemand heeft een vaste begeleider dat is de psycholoog, die doet het grootste stuk van de behandeling en is de enige die langsgaat bij cliënt | Vaste begeleider die langsgaat bij cliënt | Invulling behandeling | intensiteit |
|  | 5.11.2 | Voor het lichamelijke onderzoek en bloedafname en dat soort dingen moeten mensen naar ons toekomen. | Voor lichamelijk onderzoek moet cliënt langskomen | Invulling behandeling | intensiteit |
| Hebben jullie ook maatschappelijk werkers in dienst | 5.11.3 | de psycholoog behandeld de psycholoog behandel de psychologie van de mensen in interactie met zichzelf. Vaak is het de maatschappelijk werker die de psychologie behandeld in interactie met de maatschappij en dat is een vak op zich dus daar moet je gewoon mensen voor hebben. | MW’er behandeld psychologie in interactie met de maatschappij | Competenties hulpverlener | Vereiste competenties |
| Wat doen jullie nu met nazorg? | 5.11.4 | De telefonische contacten is het nazorgtraject. Daarmee hou je een vinger aan de pols van hoe gaat het en kan je nog bijsturen. | Door telefonische contacten, vinger aan de pols | Nazorg | Door instelling |
|  | 5.11.5 | Maar in feite moeten mensen het al zelf kunnen. Wat wij beogen is dat op het moment dat de behandeling wordt afgesloten dat de mensen niet alleen als het kan genezen zijn maar ook minder afhankelijk van de hulpverlening. | Doel na behandeling minder afhankelijk van hulpverlening | Nazorg | Eigen verantwoordelijkheid |
| Misschien kunnen de niet gebruikende familieleden of naasten als je die bekrachtigd hebt dan bij een terugval misschien ook weer gaan ondersteunen met nieuwe kennis en tools, skills | 5.12.1 | Ja we streven eigenlijk naar een vangnet, dat de familie zelf als vangnet kan optreden | Familie als vangnet | Familie & netwerk | Opbrengst programma |
|  | 5.12.2 | En ook dat de cliënt zelf ook voldoende dingen in zijn leven heeft waardoor hij die alcohol of cocaïne echt niet meer nodig heeft, dat is waar wij naar streven. | Genoeg dingen in leven zodat je niet terugvalt | Methodiek | CRA |
| Je maakt jezelf overbodig? | 5.12.3 | Ja, je leert ze gewoon letterlijk te roeien met de riemen die ze hebben. En dat ze eigenlijk meer riemen hebben dan ze dachten, dat is überhaupt riemen hadden. | Jezelf overbodig maken, leren roeien met riemen die ze hebben | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Maar hoe zien jullie verslaving? | 5.12.4 | Binnen het biopsychosociale model. | Als het biopsychosociale model | Visie op verslaving | Biopsychosociale model |
|  | 5.12.5 | voor mij is verslaving iets wat met name toch in de hersenen afspeelt met allerlei neurotransmitters. Met helaas voor heel veel mensen uiteindelijk een situatie onomkeerbaar is. Bij cocaïne dat we weten dat er echt iets in de hersenen definitief veranderd. | Verslaving veranderd definitief iets in je hersenen | Visie op verslaving | visie |
| Dus jullie geloven dus ook niet in herstel? | 5.13.1 | we hebben in de verslavingsgeneeskunde hanteren we de pickle lijn, heet dat. Als je op een gegeven moment over een bepaalde lijn heen bent dan is het onomkeerbaar. Zoals het nu binnen de verslavingsgeneeskunde wordt gezien is verslaving een chronische hersenziekte. | Chronische ziekte na picklelijn | Visie op verslaving | visie |
| als je over die lijn heen bent gegaan? | 5.13.2 | Waar die lijn individueel ligt dat weet je niet. Dus we weten niet hoe dat zit, mogelijk in een genetische component. Dus er is blijkbaar een vatbaarheid zoals dat ook bij griep kan zijn. De ene krijgt het niet, de ander wel. | Picklelijn per individu verschillend | Visie op verslaving | visie |
| We gaan wel erg in op het medische aspect | 5.13.3 | Het bio psychosociale model dat passen we nu toe in verslavingszorg maar feitelijk kun je het over elke chronische ziekte heen plakken | Bio psychosociale model past op alle chronische ziektes | Visie op verslaving | bio psychosociale model |
| . Ik heb zelf ook 1 maanden in therapie gezeten in zeeland. Dat is een christelijke afkickkliniek gerund door een echtpaar. En daar wordt gewoon gezegd; je neemt de Heer aan en je krijgt nieuw leven, die kan ook genezen. | 5.14.1 | Nu kom je eigenlijk op een heel interessant punt. Je kunt een chronische ziekte met een hele positieve reïnforcer prima behandelen. Dat is wat bij jou is aangetoond. Want een positieve reïnforcer kan ook zijn De bijbel, het geloof in God. | Bijbel of God kan ook positieve reïnforcer zijn | Methodiek / invulling behandeling | CRA / Spiritueel |
|  | 5.14.2 | dat geld ook voor dingen als psychiatrische ziektebeelden. In andere culturen ga je dan naar een geestuitdrijver. Ook in de bijbel zijn daar voorbeelden van. En wat blijkt, wij met al onze antipsychotica dat dat dus ook geneest. | In andere culturen kan de geestuitdrijver ook effectief behandelen | Methodiek /invulling behandeling | CRA / spiritueel |
|  | 5.14.3 | Ga er niet tegenin, maar ga er in mee. Maar als je niet kan blijf jij dan maar gewoon verslaafd maar ga op de goede weg, ga met God en dan zal je gered worden. Het kan een positieve bekrachtiger zijn in die zin | Blijf verslaafd maar ga met God en je wordt gered. Positieve bekrachtiger | Invulling behandeling | Spiritueel |
| Vinden jullie het een goede ontwikkeling dat er vanuit de overheid meer ambulante hulpverlening gestimuleerd wordt? | 5.15.1 | Je wij kunnen dit natuurlijk alleen maar toejuichen. wat je vaak ziet in een instelling dat er groepsdynamiek is. Dan gaat het voordeel van een groep boven het voordeel van het individu. | In kliniek gaat groep boven individu | Type behandeling | Klinische behandeling |
|  | 5.15.2 | Als een individu een terugval heeft in een kliniek kan dat een reden zijn om iemand uit de kliniek te zetten omdat daardoor de groep geschaad kan worden. Wij zien terugval als een moment om aan te pakken, een leermoment. Iedereen die een verslaving heeft zal op een gegeven moment tegen een terugval aanlopen. | Terugval als leermoment, niet uit kliniek zetten | Type behandeling | Ambulante behandeling |
|  | 5.15.3 | Een ander punt is als je bij mensen thuis komt, je gaat die drempel over, je komt in die setting. Het zorgt er ook voor dat je misschien met iets meer respect naar die cliënt toe kan komen en ook die cliënt wat meer de ruimte geeft om invloed te kunnen hebben op die behandeling. Je stapt in die wereld | Bij cliënt thuis zorgt voor meer invloed van cliënt op behandeling | Type behandeling | Ambulante behandeling |
|  | 5.15.4 | En wat je toch vaak ook wel ziet dat een heel groot percentage na zo’n klinische opname. De aantal maanden na zo’n klinische opname is het moeilijkst, omdat iemand ook weer aan zijn eigen omgeving moet wennen, de bekende associatie. Dan krijgt die het heel zwaar, daarin zie je de meeste terugval plaatsvinden. Dat heb je niet als je thuis behandeld want dan ben je al die tijd al thuis geweest. | Eerste maanden na behandeling meeste terugvallen, associatie | Type behandeling | Klinische behandeling |
|  | 5.15.5 | Wat bij ons eigenlijk altijd voorop heeft gestaan is dat je juist de cliënt het voortouw moet laten nemen. Dat je niet als therapeut een sticker op iemand plant en zegt van zo ziet een behandeling eruit en. | Cliënt voortouw laten nemen in behandeling | Methodiek | Empowerment |
| Dat is ook wat we Dhr. Boerman en Mariette ook hebben horen zeggen he. Ze luisterden niet naar wat we nodig hadden. Dat was ook een ambulante behandeling | 5.16.1 | Wat tegenwoordig ambulant wordt benoemd is eigenlijk poliklinisch. Kwamen die mensen ook bij die mensen thuis? Ambulante behandeling is eigenlijk wel een definitie van dat je bij iemand thuis komt. Dus ik denk dat 80% van de huidige behandelingen poliklinisch is en geen behandeling aan huis. | Ambulant is bij mensen thuis, spreekkamer is poliklinisch | Type behandeling | Ambulante behandeling |
| in hoeverre gaan jullie echt in op het behandelen van verslaving? | 5.16.2 | Op het moment dat de tweede fase begint, dus de psychologische fase. Dan is het eerste wat je moet natuurlijk niet iemand zijn angst gaan behandelen. Iemand zijn levensperceptie om ver proberen te gooien of hem goed te laten communiceren. Want het eerste waar hij mee te maken krijgt is met de symptomen van de verslaving zelf. Hoe kun je nou trek voorkomen. Hoe kun je dat handelen. Daar zijn ook vanuit de cognitieve gedragstherapie beperkte middelen voor. | Te weinig middelen in cognitieve gedragstherapie over trek voorkomen. | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
|  | 5.16.3 | Dat hebben we ook voor een deel zelf moeten ontwikkelen want onder andere leren is dat noemden we het aandachtsdefect. Wat je vaak ziet is dat mensen met een verslaving op een andere manier naar de wereld kijken dan mensen die geen verslaving hebben | Aandachtsdefect, verslaafden kijken op een andere manier naar de wereld | Methodiek | Psycho-educatie |
| Dus jullie geven ook een stukje voorlichting? | 5.17.1 | Ja, dat is een stukje psycho-educatie, wat flikt dat middel nou ben je brein, wat doet het met je. Je kan het onderscheid niet maken, dan denk je dat zijn mijn eigen gedachten. Maar dat is niet zo want dat is een verslavingsgedachte die je hebt. | Onderscheid leren maken tussen eigen gedachten en verslavingsgedachten | Methodiek | Psycho-educatie |
| Wat is attention defecit? | 5.17.2 | Dus aandachts tekort of verkeerde focus. Ja daar doen ze die brain stimulation voor. Dat is ook iets om die brain stimulation om dat te veranderen. Dat kunnen wij niet doen, dat is echt een operatie. | Brain stimulation tegen attention defecit. (operatie) | methodiek | psycho-educatie |
|  | 5.17.3 | En dat zijn misschien ook wel therapieën die tegen trek zouden kunnen werken. Dus daar gaan we misschien ook op korte termijn wel iets mee doen. Maar op dit moment proberen we mensen het vooral inzichtelijk te maken door cognitieve gedragstherapie. | Therapieën tegen trek, voorlopig vooral inzichtelijk maken door cognitieve gedragstherapie | methodiek | Cognitieve |
| Als je het bio psychosociale model aanhangt dan is natuurlijk niet één van die 3 het heilige middel toch als je dat volledig aanhangt. | 5.17.4 | In het bio psychosociale model was het biologische medische rondje relatief klein ten opzichte van de andere. En als je daar nu naar de meest recente onderzoeken kijkt is het nu al heel duidelijk dat het bio-model steeds groter wordt. | Bio-model krijgt een steeds belangrijkere plaatst | Visie op verslaving | Bio psychosociale model |
|  | 5.17.5 | Vroeger mocht je dat nog niet zeggen over mensen met een verslaving, dat ze ziek zijn. Tegenwoordig wordt toch steeds meer van het is gewoon een ziekte, klaar | Tegenwoordig verslaving gewoon een ziekte | Visie op verslaving | Bio psychosociale model |
| Denken jullie dat een ambulante behandeling voor iedereen geschikt is of denken jullie dat er ook mensen zouden kunnen zijn waarvoor een klinische opname wel beter is? | 5.18.1 | Ik ben het heel erg eens ben met de ver-ambulantisering. Het motief is dat het vanuit een economische overweging moet zijn is soms wat dubieus. Er zou eigenlijk een inhoudelijke overweging moeten zijn. Dat hoef ik waarschijnlijk niet toe te lichten nadat we net allemaal verteld hebben over waarom je op een inhoudelijke basis die verambulantisering zou moeten doorzetten. Dat het ook goedkoper is, is een mooie bijkomstigheid. | Om inhoudelijke redenen ambulantisering goede ontwikkeling | Type behandeling | Ambulante behandeling |
|  | 5.18.2 | Ik denk dat 90% van alle patiënten die nu behandeld worden in klinieken gewoon ambulant kunnen. | 90 % van cliënten kan ambulant behandeld worden | Doelgroep | selectieprocedure |
|  | 5.18.3 | En dat je alleen voor die mensen die er lichamelijk zeer slecht aan toe zijn dus gevaarlijke detoxen, dat stukje doe je dan in de kliniek, daarna direct weer naar buiten. En waarvoor het wel geld dat zijn de mensen die bijvoorbeeld een dubbel diagnose hebben. Dus voor hele specifieke groepen mensen. | Alleen klinisch voor mensen die er lichamelijk heel slecht aan toe zijn. | Doelgroep | Mate van verslaafdheid/keuze afdeling |
| Heftiger dubbeldiagnose dan jullie nu doen? | 5.18.4 | Ja, angsten kan je prima thuis doen. bijna de triple diagnoses zeg maar kunnen beter klinisch. | Angsten kunnen thuis, triple diagnoses kliniek | Doelgroep | Keuze afdeling |
| En misschien de mensen die geen woning hebben, geen sociaal netwerk? | 5.19.1 | Wat gebeurd er als die persoon opgenomen is geweest. Als iemand opgenomen is geweest of tijdens een opname dan heeft ze nog niet zoveel stappen gezet in de empowerment en de zelfstandigheid. | Tijdens klinische opname zet je weinig stappen in zelfstandigheid | Methodiek | Empowerment |
| Wij komen ze echt veel tegen die echt gewoon letterlijk van een dorpsplein afkomen, En ik denk dat die mensen echt gewoon helemaal opnieuw in een structuur moeten leren leven. | 5.19.2 | Maar dat is bijna ook geen verslavingszorg meer, dat gaat wel weer een stapje verder. | Nieuwe structuur aanleren geen verslavingszorg meer | Doelgroep | Woon/ werk/ gezinssituatie |
|  | 5.19.3 | Want die mensen zijn niet alleen ontwricht geraakt door het gebruik, die zijn ook ontwricht in hun hele intra-persoonlijke beleving | Bij cliënten LdH naast gebruik ook intra-persoonlijke beleving ontwricht | Doelgroep | Woon/ werk / gezinssituatie |
| Mensen die verslaving hebben, hebben vaak toch ook wel weer wat jullie ook doen; angsten, depressie. Niemand is echt alleen verslaafd. | 5.19.4 | Ik ben met je eens dat je die mensen moet opnemen mits je kunt waarborgen dat het stuk inderdaad, naadloos wordt opgepakt, dus het rehabiliteren. Dan moet je wel zorgen dat hij ruimte krijgt, zorgen dat hij dagbesteding krijgt, zorgen dat hij een sociaal netwerk kan opbouwen. Zorgen dat hij een inkomen heeft. Dus vind een vorm van financiële onafhankelijkheid krijgt dan ben ik daar helemaal voor. | Rehabiliteren moet naadloos aansluiten op behandeling | Type behandeling | Klinische behandeling |
| Wat we vaak, ook bij cliënten, horen is dat wat ze goed vinden aan een klinische opname dat ze gewoon even helemaal weg zijn uit de plek waar ze gebruikten en waar ze iedereen om zich heen kennen die ook gebruikte. Hoe kijken jullie daar tegenaan? | 5.20.1 | Daar is heel veel onderzoek naar gedaan. Een groot deel van de mensen die een klinische behandeling heeft gevolgd valt eigenlijk terug op het moment dat ze weer terug gaan. Dus de problemen thuis blijven bestaan maar worden eigenlijk even in de koelkast gezet. Ze zijn er nog wel. | Problemen thuis blijven bestaan als je er even uit gaat | Type behandeling | Klinische behandeling |
|  | 5.20.2 | Op het moment dat je iemand uit die omgeving plaatst en hij komt weer terug in zijn gebruikersomgeving is het ongelofelijk lastig om de trek te weerstaan die dan opeens naar boven komt. Het attention defecit | Trek door terugkomen in gebruik omgeving | Type behandeling | Klinische behandeling |
| En ik neem aan dat de psycholoog enige affectie of ervaring in de verslavingszorg heeft? | 5.20.3 | Ja ook wat levenservaring meebrengen. Dat is ook een competentie die we belangrijk vinden. Dat is niet leeftijdsafhankelijk. | Levenservaring belangrijk | Competenties hulpverleners | Vereiste competenties algemeen |
|  | 5.20.4 | En niet bevooroordeeld. Ik denk dat als je geen last hebt van stigma’s. dat je echt ook met die vieze man die daar in een park ligt met een baart en die stinkt. Dat je daarmee praat en dat je zelfs daar echt onbevooroordeeld kan toetreden. | Onbevooroordeeld in gesprek gaan | Competenties hulpverleners | Vereiste competenties algemeen |
| We weten dat jullie familie inzetten, maar weten we genoeg over op welke manier dat precies gebeurd | 5.21.1 | Ten eerste moet je heel veel psycho-educatie geven. En daarbij is het labelen van het feit dat het een chronische hersenziekte is heel belangrijk. | Familie uitleggen dat het een chronische hersenziekte is | Methodiek | Psycho-educatie |
|  | 5.21.2 | En de attributie, het gedrag wat aan verslaving vasthangt. Dat zie je dat de partner dat heel erg doet van: Ik heb gewoon een lapzwans van een partner, het is ook gewoon een lui figuur. Je moet wel willen anders kun je verslaving niet behandelen. Dat is ook weer zo’n stigma. | Attributie bij partner, hij is gewoon lui | Familie & Netwerk | Invloed van verslaving op netwerk |
|  | 5.21.3 | Sowieso niet willen is ook een beetje dubieus omdat je verslaafd bent. Verslaaft zoals je het zegt, dat je inderdaad een slaaf bent, je bent een slaaf en je kan niet zomaar die ketenen achter je later. | Willen is dubieus, je bent slaaf van je verslaving | Familie en Netwerk | Invloed van verslaving op netwerk |
| Dus dat doorbreken jullie? | 5.21.4 | Omdat je graag wil kan je niet zomaar die ketenen van je afschudden, je bent verslaafd. Dat leggen we uit door hele sterke psycho-educatie van wat is het nou eigenlijk en dat is lastiger dan je denkt want mensen gaan soms ronduit met je in discussie. | Vertellen wat verslaving is aan familie | Familie & netwerk / methodiek | Inhoud programma / psycho-educatie |
|  | 5.21.5 | Vervolgens moet je werken aan de communicatie. Mensen denken vaak dat ze heel goed kunnen communiceren maar vaak in een relatie is die communicatie heel slecht. En dat is ook niet zo heel raar want vertrouwen is zonder uitzondering geschaad door degene die verslaafd is. Dus communiceren, openheid is een belangrijk kernpunt. | Communicatie is vaak slecht, vertrouwen zonder uitzondering geschaad | Familie & Netwerk | Invloed van verslaving op netwerk |
|  | 5.21.6 | Want wat je vaak ziet, vooral bij langdurige verslaving is dat de partner vergeten is zelf te leven. Dat leven is vaak helemaal in het teken komen te staan van degene die verslaafd is. Zei is vaak helemaal ten diensten van zijn verslaving komen te staan. | Partner vaak helemaal in dienst van verslaafde | Familie & netwerk | Invloed van verslaving op netwerk |
|  | 5.21.7 | En het derde punt waar we naar streven is dat we ook naar positieve reïnforcers van de partners zelf gaan kijken. Dus dat is ook een behoorlijke plus om mensen een gezonde vorm van egoïsme bij te brengen. | Reïnforcers voor partner zoeken, gezonde egoïsme | Familie & netwerk | Inhoud programma |
|  | 5.21.8 | Soms zien we ook ernstige verstoorde systeemrelaties of relatieproblemen. Dus dat een kind een vaderrol heeft gekregen in een gezin. Dan moet je systeemtherapeut in gaan schakelen. Maar dan heb je het vastgesteld en dan kom je met een hele duidelijke gerichte vraagstelling naar de specialist. | Doorverwijzen naar systeemtherapeut bij ernstige relatieproblemen | Competentie hulpverleners | Vereiste competenties algemeen |
| Werken jullie door heel Nederland? | 5.22.1 | We werken nu met name in zuid Holland, noord Holland en Utrecht. Maar goed, dat zijn de grootste regio’s. | Actief in Utrecht en Noord- en Zuid Holland | Algemene gegevens | Behandelgegevens |
| hoe doen jullie dat met overleggen over cliënten. | 5.22.2 | Heel soms hebben we hier overleg maar meestal telefonisch. We zijn ook bezig met videoconferensing. | Meestal telefonisch overleggen | Algemene gegevens | Behandelgegevens |
| Ik weet niet hoeveel medewerkers jullie hebben maar dan moet je toch levelen over jullie visie? | 5.22.3 | Mensen die bij ons starten worden de eerste drie maanden helemaal in de week gelegd wat betreft CRA en motivational interviewen en neuropsychologie. Dat krijg je niet standaard in je opleiding dus we geven een literatuurlijst van dingen die ze moeten bestuderen. Om gewoon die kennis naar voren te krijgen. We proberen mensen wel echt een beetje scholing te geven. | Literatuurlijsten CRA en motivational interviewing en neuropsychologie | Competenties hulpverleners | Bijscholing |
| Maar jullie maken ook zelf therapievormen, jullie ontwikkelen zelf ook een methodiek? | 5.23.1 | Ja op het moment dat er hiaten zijn waarin we niets kunnen. Maar als ze dan zeggen man ik ga met m’n kop door de muur omdat ik veel teveel trek heb, hoe ga ik daarmee om, nou dan hebben we daar nu een aantal dingen voor ontwikkeld waarvan wij zeggen, dat is dan helemaal niet evidence-based maar we moeten die hiaat wel opvullen om daar iets mee te kunnen, dus om die mensen handvaten te geven. | Hiaten opvullen door niet evidence-based dingen | Methodiek | CRA |
| We hebben veel van de twaalf stappen gehoord en dan heb je zoiets van ‘ja dit werkt’ en ook mensen, de counselor van Tactus gesproken en daarna iemand die het gevolgd had. Maar als ik dit zo hoor dan denk ik ook van ja! | 5.23.2 | Het grote verschil tussen de verschillende behandelmethodieken is niet zo heel groot, ook omdat er niet zoveel zijn. Grote stromingen zijn als we naar de Angelsaksische lobby kijken, Amerika bijvoorbeeld, daar is de CRA en het Minnesota model is nagenoeg het grootste. Minnesota is de oudste, en de CRA is eigenlijk de oppositie. | Verschillen tussen behandelmethodieken niet zo groot | Methodiek | Overig |
|  | 5.23.3 | In Nederland heb je nog de leefstijltraining waar we helemaal weg van zijn, nou dat is eigenlijk de enige die we onderzocht hebben dus dat is waarom we nu denken dat we evidence-based medicine toepassen. | Leefstijlen training enige die onderzocht is in nl | Methodiek | Leefstijlentraining |
| 80% is de relatie van de cliënt en de therapeut. | 5.23.4 | Daar gaat het om! Klikt het dan gaat het werken, klikt het niet dan kan je inpakken | De klik met de hulpverlener belangrijk | Competenties hulpverlener | Aanwezige competenties |
|  | 5.24.1 | CRA methodiek is een hele goede methodiek, omgevingsvariabelen zijn belangrijk maar ook de therapeut, wat heeft die voor relatie met de patiënt. Dat bepaalt misschien ook wel het grootste deel van de behandeling. Wij noemen dat weer performance | Relatie van therapeut met cliënt bepaalt grootste deel behandeling (performance) | Competenties hulpverlener | Vereiste competenties |
|  | 5.24.2 | Wij proberen door performance training, mensen te trainen in hoe ze een betere relatie kunnen hebben met hun cliënt. Daar doen we ook wel dingen in. Wat we denken dat dat wel zou moeten bijdragen, scholing is daar een onderdeel van maar dat is niet het enige, rollenspellen. | Trainen in performance, betere relatie hebben met cliënt | Competenties hulpverleners | Bijscholing |
|  | 5.24.3 | Je je kan hele goede therapie geven maar je moet wel zorgen dat de therapie over komt. De drager daarvan is nou eenmaal de therapeut die moet zorgen dat de boodschap ook overkomt en dat het inderdaad gekocht wordt door de cliënt. Dus het is een samenwerking tussen cliënt en therapeut. Maar de therapeut heeft wel de taak om de boodschap goed over te brengen. | Therapie op een goede manier overbrengen zodat cliënt het oppakt | Competenties hulpverlener | Aanwezige competenties |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Interview 6 - Medewerker klinische behandeling** | | | |
| Geïnterviewde: | Mevr. Kieft | Datum: | 16 april 2013 |
| Locatie: | Leger des Heils De Wending | | |
| Geïnterviewd door: | Michael van Steijn  Joost Baaij | | |
| Functie: Hulpverlener bij de Woon- en Werktraining van het Leger des Heils | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hoe werkt de WWI? | 6.1.1 | Wij zijn vooral bezig om per bewoner te kijken hoe diegene terug kan re-integreren in de maatschappij. Met als aandachtspunt hoe ze het hebben geleerd op de behandelafdeling hoe ze dat specifiek in de praktijk kunnen brengen en vorm kunnen geven in hun leven. | Re-integratie & toepassen van geleerde in praktijk (WWT) | Nazorg | Re-integratie |
| Moet elke bewoner alle programma’s volgen? | 6.2.1 | De focus is meer op zelfstandig worden en verantwoording nemen en daarin zijn we ook echt meer per bewoner aan het kijken. Wat past bij diegene, waar moeten we aan werken? We hebben dus geen standaard programma. Het is meer per bewoner gericht. | Programma gericht op behoefte bewoner | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Hoe ziet het vervolg eruit? | 6.2.2 | We kijken per bewoner hoe het gaat met zelfstandig je leven oppakken. Dan kom je er bij sommige bewoners achter dat alleen wonen een stap te ver is. Sommige moeten wat langer de tijd nemen. En sommige mensen die zijn er helemaal klaar voor en die melden we meteen aan bij woonbegeleiding. | Zoeken naar passende vervolgstap | Invulling behandeling | Woonsituatie / doel |
| Zouden de mensen die jullie hier hebben een ambulante behandeling kunnen volgen volgens jou? | 6.3.1 | Sommige mensen waarschijnlijk wel als je er een goed intensief programma op zet. | Sommige mensen kunnen ambulant, wel Intensiefprogramma nodig | Doelgroep | Cognitieve vermogens |
|  | 6.3.2 | Bij een aantal vraag ik het me af. Er zijn mensen hier die relatief veel moeite hebben met naar zichzelf kijken die worden hier wel de hele dag gezien door de hulpverleners en we doen heel veel met confrontatie. Bepaalde patronen die we gaan herkennen die geven we terug. | Moeite met naar zichzelf kijken, confrontatie nodig op patronen | Doelgroep | Reflectieve vermogens |
|  | 6.3.3 | Wat lastiger is in een ambulante behandeling is dat niet zo vaak praktijksituaties hebt, dan kun je niet snel zeggen van : ‘kijk, dit bedoel ik, nu gebeurt dit’. Mensen die wat minder ontwikkeld zijn in reflectief vermogen, daar is het dan lastiger voor. | Ambulant minder praktijksituaties te benoemen. | Type behandeling | Ambulante behandeling |
| Hoe moet er gekeken worden naar huisvesting bij ambulante behandeling | 6.3.4 | Als je gaat ambulant begeleiden moet je kijken of dat dan een gezonde plek is. Soms is het een plek met heel veel verleidingen. | Belangrijk dat thuis een veilige plek is | Doelgroep | Huisvesting |
| Bij The Home Clinic zeiden ze dat cliënten juist in hun eigen plek moet helpen omdat ze ook naar die plek terug gaan na de behandeling | 6.4.1 | Wij adviseren start een nieuw leven op heel ergens anders waar die herinneringen en contacten niet meer zijn. Ons beleid was ook altijd qua Wending, weet niet of dat nog steeds zo is, dat we het liefst zien dat mensen hun eigen huis opzeggen, zodat ze echt een heel nieuw leven kunnen starten en echt loskomen van het oude om zich te storten op de behandeling. | Advies: Start nieuw leven op | Doelgroep | Woonsituatie |
| Het gedragscognitieve gebeurt in de groep | 6.4.2 | In de groep en in de mentorgesprekken ga je er wat dieper op door. Het draait vooral om bewustwording van patronen die uit de verslaving worden meegenomen. | Bewustwording van patronen die uit verslaving zijn meegenomen | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
| Wat vind je de belangrijkste aspecten van de behandeling voor verslaving | 6.4.3 | Eerst een stukje educatie, uitleggen hoe verslaving werkt. Gedragspatronen bij jezelf herkennen en proberen deze om te zetten | Voorlichting over verslaving belangrijk | Methodiek | Psycho-educatie |
| Welke handvatten passen jullie toe in de behandeling? | 6.5.1 | Binnen de organisatie werken wij bijvoorbeeld met signaleringsplannen. Bewoners schrijven op van zo en zo zit ik erbij als ik geen trek heb, zo en zo zit ik erbij als trekmomenten opkomen. Zo en zo zit ik erbij bij een terugval of vlak voor een terugval. En dat ze zelf gaan bedenken van als ik in zo een situatie zit wat moet ik dan doen om terug te komen in die situatie dat ik me goed voel, dat ik geen trek heb. We werken met SOS kaarten. Die worden bij Minnesota gebruikt volgens mij, ik weet niet precies hoe ze eruit zien | Signaleringsplan & SOS kaarten | Methodiek | Overig |
| Moet je dingen als uc's afspraken nakomen, sancties/ belonen toepassen in ambulante behandeling | 6.6.1 | Ja dat is belangrijk om vast te kunnen stellen of iemand wel of niet gebruikt. En als stok achter de deur voor jezelf zodat je weet of een bewoner gebruikt heeft. Wij doen 1x in de 3 / 4 weken een uc voor de hele groep. | Uc’s belangrijk als controle of iemand gebruikt. | Invulling behandeling | Urinecontrole |
|  | 6.6.2 | Afspraken nakomen is ook belangrijk. Je zult denk ik wel een bepaalde manier moeten vinden als je mensen ambulant gaat begeleiden. Helemaal in die eerste fase om een soort van zicht op ze te krijgen ofzo, dat je in contact met ze blijft. | Afspraken nakomen belangrijk | Methodiek | Overig |
|  | 6.6.3 | Als iemand hier een terugval krijgt dan geef je een rode kaart en mag iemand 2 weken niet van het terrein af. Zulke sancties kan je in een ambulante behandeling niet toepassen | Rode kaart niet toepasbaar in ambulante behandeling | Invulling behandeling / type behandeling | Sancties/ ambulante behandeling |
| Hoe gaan jullie om met familie en netwerk? | 6.6.4 | Dat verschilt. Het is altijd wel onderwerp in de mentorgesprekken. Als het nodig is wordt het opgepakt door onze psycholoog, die is ook contextueel geschoold. Die heeft dan systeemgesprekken met die familie. Wij hebben graag mensen hier langskomen gewoon om eens te zien waar de familie zit. Dat gebeurt niet heel vaak. | Soms systeemgesprekken door psycholoog | Familie & Netwerk | Inhoud programma |
|  | 6.6.5 | En als mensen op verlof gaan dan willen we contact hebben met het verlof adres zodat we weten waar de mensen zijn. | Contact met verlofadres | Familie & Netwerk | Inhoud programma |
| Hoe belangrijk vind jij het om de familie te betrekken? | 6.7.1 | Ik denk wel dat het heel belangrijk is. Helemaal als je ambulant gaat begeleiden zitten mensen vaak nog in hun gezin of familie. Als iemand verslaafd is is diegene ziek, en dan is eigenlijk het hele gezin ziek en de verslaafde wordt ook weer beïnvloed door wat er in het gezin gebeurt. Dus ik denk dat het heel goed is dat de familie betrokken wordt, wordt niet genoeg gedaan | Erg belangrijk om familie te betrekken, wordt vaak niet genoeg gedaan. | Familie & netwerk | Belang programma |
|  | 6.7.2 | De meeste mensen die hier bij ons op de afdeling komen die hebben geen gezinsleven meer dat ze onderdeel uit maken van een gezin met vader en moeder en gezin dat in een huis woont. In het algemeen zijn het alleenstaande mannen die ooit een relatie hebben gehad, gescheiden zijn en ook hun kinderen niet meer zien. Dus in die zin halen we ze niet uit hun gezin. | Cliënten LdH alleenstaande mannen, geen gezinsleven. | Doelgroep | Gezinssituatie |
|  | 6.8.1 | Ik denk dat er altijd wel ongezonde patronen zitten in een gezin als een van die leden verslaafd is. Dus ik denk dat je daar heel veel nog extra hulpverlening nog op kunt zetten, anders dan zoals wij hier die mannen begeleiden. | Veel ongezonde patronen in gezinnen met verslaafde | Familie en Netwerk | Invloed verslaving op gezin |
|  | 6.8.2 | Ik kan me voorstellen dat het soms goed is iemand tijdelijk even uit zijn omgeving wordt gehaald omdat een gezin zo in patronen kan vastzitten dat iemand er niet meer uitkomt. | Soms goed dat iemand tijdelijk uit omgeving gaat. | Familie & Netwerk | Inhoud programma |
| Hoe kijk je aan tegen de ontwikkeling dat vanuit de overheid wordt gezegd dat er mee ambulante hulpverlening moet worden gegeven? | 6.9.1 | Ik vraag me bij heel veel cliënten af of dat echt wel gaat werken. Ze moeten echt hun hele levensstijl omgooien. Verslaving heeft hun hele levensstijl verziekt, dus die moeten ze helemaal omgooien. Dat is hartstikke moeilijk en intensief. | Omgooien van levensstijl heel lastig, de vraag of dat ambulant gaat werken. | Type behandeling | Ambulante behandeling |
| Is het voor het omgooien je levensstijl nodig dat je uit je omgeving komt? | 6.9.2 | Niet iedereen maar veel, en helemaal de doelgroep van ons hebben dat wel nodig. We zijn heel intensief bezig met de mensen. We bieden ze een heel lang traject en nog lukt het heel veel mensen niet. Toch zien we ze nog terug glijden in hun oude patronen. Of zelfs in oud gedrag en gebruik. En ambulant, ik denk dat klinisch altijd intensiever is dan ambulant. | Klinisch soms zelfs niet intensief genoeg, ambulant is nog minder intensief | Type behandeling | Ambulante behandeling |
| Als iemand zichzelf aan het verwaarlozen is op een kamerflatje zou je intensief kunnen behandelen, denk ik. Dan kan je toewerken naar een totale ommezwaai, daar kun je op sturen en zoeken naar een nieuwe woning. | 6.10.1 | Ik denk dat je ambulant ook wel iemand een nieuwe levensstijl kan aanleren. | In denk dat je ambulant een nieuwe levensstijl kan aanleren | Type behandeling | Ambulante behandeling |
| Bij sommige instellingen zijn de ambulante programma’s vrij intensief maar het dagelijks leven mis je wel. | 6.10.2 | Ja vooral het dagelijks leven, de hele dagelijkse dingen waarin de patronen zichtbaar gaan zijn kan je dan niet teruggeven aan de persoon. Je kant natuurlijk ambulant ook groepssessies geven maar dan heb je minder het dagelijkse leven zoals wij dat hier hebben, maar dan heb je wel een groep. | Ambulant mis je het dagelijks leven waarin patronen duidelijk worden | Type behandeling | Ambulante behandeling |
| Wat zijn key elementen van een behandeling? | 6.11.1 | Vooral reflectie is heel belangrijk. | Reflectief vermogen is belangrijk | Doelgroep | Reflectieve vermogens |
|  | 6.11.2 | Ik kan me voorstellen dat voor sommige mensen ambulant heel goed en passend is. Helemaal als je nog onderdeel bent van een gezin. Maar echt voor sommige cliënten vraag ik me af of het voldoende is. | Ambulant voor sommige mensen passend. Voor sommige misschien niet voldoende | Doelgroep | Mate van verslaving |
| Hoe maak je dat onderscheid, wanneer wel ambulant, wanneer niet? | 6.11.3 | Kijken naar hoe diep iemand in verslaving zit, er zit wel een verschil in, in welke mate iemand in zijn verslaving zit. Hoe dieper hoe moeilijker eruit te komen valt en hoe intensiever je behandeling zou moeten zijn. Die zou eerder in een klinische behandeling terecht moeten. | Hoe dieper in verslaving hoe intensievere behandeling | Doelgroep | Mate van verslaafdheid |
|  | 6.11.4 | Heb je dus die man die zijn baan al kwijt is en gescheiden is en geen contact meer heeft met zijn kinderen, al een aantal jaar op straat woont en al jaren verslaafd is. Of iemand die nog wel zijn baan heeft maar die wel beschonken op zijn werk komt, of s avonds heel veel gaat drinken, maar nog wel getrouwd is en met zijn kinderen woont. | Heeft de cliënt nog werk, vrouw, kinderen, huis | Doelgroep | Gezinssituatie |
|  | 6.11.5 | Ambulante behandeling vraagt wel om meer reflectievermogen. Zelf patronen gaan herkennen in je dagelijks leven omdat anderen je daar minder op kunnen wijzen. | Meer reflectievermogen nodig ambulant | Type behandeling / Doelgroep | Ambulante behandeling / Cognitieve vermogens |
| Hoe kijk je aan tegen de stepped-care gedachte? | 6.11.6 | Ja dat is goed mits je kunt inschatten dat bijvoorbeeld ambulante behandeling haalbaar is. Als je van te voren weet dat iets niet passend of haalbaar is moet je dat niet doen. | Alleen laag inzetten als je weet dat het haalbaar is. | Beleidsmatig | Stepped-care |
| Wat is jullie visie op verslaving? | 6.11.7 | Wij zien verslaving als iets waar je de rest van je leven mee te maken hebt al eenmaal verslaafd bent geraakt ben. Je zal er mee moeten leren omgaan. Je bent altijd gevoelig niet door te schieten in het extreme gebruik. Dat wil ook zeggen dat als je verslaafd bent aan alcohol je niet meer sociaal kunt drinken. | Je blijft altijd gevoelig voor verslaving | Visie op verslaving | Progressieve ziekte |
| Dat alert blijven, heeft dat een vorm. | 6.12.1 | Dat verschilt per bewoner. Sommigen blijven AA groepen of NA groepen volgen. Voor andere vrienden van de Wending, of vrijwilligerswerk en voorlichtingswerk rondom verslaving. Andere die doen dat met gesprekken met andere, of heel veel gezonde genoegens in je leven inbouwen. Dat verschilt heel erg per persoon denk ik. | Cliënt kan zelf kijken wat bij hem past | Nazorg | Zelfhulpgroepen/ eigen verantwoordelijkheid. |
| Is het biologische aspect de main focus voor jullie? | 6.12.2 | nee ik denk dat verslaving op heel veel gebieden invloed heeft. Het biologische, het psychische, het sociale. Dat is vaak een combinatie van biologisch en sociaal. Uit wat voor gezin kom je? Is het normaal om veel te drinken of niet?  Vaak merk je dat mensen moeite hebben om met emoties om te gaan, daardoor gaan ze vaak gebruiken om die weg te drukken. | Veel verschillende factoren kunnen verslaving veroorzaken | Visie op verslaving | Bio-psychosociale model |
|  | 6.12.2 | Het omvat erg veel gebieden. En in de behandeling zal je ook al die gebieden terug moeten laten komen. Dus zowel de sociale omgeving, ook het psychische stuk, hoe ga je om met emoties. Qua genetica kun je niks veranderen maar die andere gebieden wel | Belangrijk dat alle gebieden aandacht krijgen | Visie op verslaving | Biopsycholsociale model. |
| Wat is jullie insteek met medicatie? | 6.12.3 | Alleen als het nodig is. Als het niet hoeft echt niet doen | Alleen als het nodig is. | Invulling behandeling | Medicatie |
| Denk je dat er bijscholing nodig is als het Leger des Heils ambulante behandeling gaat aanbieden. | 6.13.1 | In eerste instantie niet, er moet eerst gewoon een duidelijk programma zijn. Dat we dus wel echt aan het behandelen zijn en niet zomaar vanuit ons gevoel zomaar wat aan het doen zijn | In eerste instantie niet nodig | Competenties hulpverleners | Bijscholing |
| Wat zijn je tips en trucs voor de ambulante behandeling die gaat komen? | 6.13.2 | Ik denk dat het heel belangrijk is dat je echt gaat kijken naar wat voor iemand bij het Klant Contact Centrum binnen komt en dat je heel duidelijk een doelgroep specificatie gaat maken. Dat je weet wie je op welke afdeling gaat behandelen. Dat daar een lijn binnen de organisatie is. | Duidelijk welke doelgroep naar welke afdeling | Doelgroep | Keuze voor afdeling |
| Welke behandelvorm heeft jouw voorkeur? | 6.15.1 | Mijn persoonlijk voorkeur is vooral het cognitieve. Meer inzicht geven in je gedrag en dat opbouwen en nieuw gedrag aanleren. | Persoonlijke voorkeur. Inzicht geven in je gedrag, nieuw gedrag aanleren. | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
| Welke interventies spreken jou het meeste aan? | 6.15.2 | De G-schema’s en de RET zijn belangrijke. Het wisselt heel erg per persoon vanuit welke methodiek we werken omdat elke persoon natuurlijk weer anders is. En wat is dan echt bij die specifieke persoon nodig. | Per persoon verschillende interventies. G-schema’s en RET belangrijk | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
|  | 6.15.3 | Taak gerichte hulpverlening doen we vooral met mensen die reflectief wat minder sterk zijn. | Taakgerichte hulpverlening voor mensen die cognitief minder sterk zijn. | Methodiek / Doelgroep | Overig / cognitieve vermogens |
| Zou de CRA passen bij deze doelgroep? | 6.16.1 | Dat is wel belangrijk ja, als je de verslaving wegneemt moet er iets anders nieuws voor in de plaats gezet worden, iets gezonds. | Iets gezonds als vervanging voor de verslaving | Methodiek | CRA |
| Welke methodiek we kiezen is een lastige afweging. | 6.16.2 | Ik zou echt het cognitieve gedragstherapeutische doen. Ik zou heel erg per doelgroep kijken wat je welke doelgroep aanbied. Mensen die nog niet heel ver in hun verslaving zitten end ie wel reflectief vermogen hebben. Dan zou ik wel inderdaad cognitief gedragstherapie erin willen zien. | Niet te diep in de verslaving & reflectief vermogen | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
|  | 6.16.3 | Maar wel met een echte verdiepingsslag. Niet oppervlakkig houden. Wel echt gaan herkennen en inzien voor de mensen zelf waar hun verslaving precies vandaan komt en wat de valkuilen zijn. | Verdiepingsslag & onderzoeken oorzaak verslaving | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
| Groepsgesprekken of individuele behandeling | 6.16.4 | Een combi denk ik. In ieder geval een op een. | Een combinatie van individuele en groepsgesprekken | Invulling behandeling | Individueel/ groepssessies |
|  | 6.17.1 | In de individuele gesprekken zullen dat gezinnen zijn denk ik, hoop ik. Dat zal wel een doelgroep zijn die ik voor me zie. Dan ga je ook dat systeemgesprek voeren dus dan zijn dat de belangrijkste dingen. | In individuele gesprekken ruimte voor familie | Familie & Netwerk | Inhoud programma |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Interview 7 - Medewerker klinische behandeling** | | | |
| Geïnterviewde: | Mevr. Lokhorst | Datum: | 16 april 2013 |
| Locatie: | Leger des Heils De Wending | | |
| Geïnterviewd door: | Michael van Steijn  Joost Baaij | | |
| Functie: Hulpverlener bij Hoog Buurlo, een behandelafdeling voor verslavingszorg van het Leger des Heils. | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hoe lang werk je hier al en wat is je functie? | 7.1.1 | | Een jaar of vier. Ik heb ook 6 jaar op de Woon en Werk training gewerkt. En daarvoor ook bij de buurtsteunpunten als sociale activering. Ik ben hulpverlener op de groep, dus groepstherapieën geven, mentoraten en alles wat erbij komt. | 10 jaar ervaring. Nu hulpverlener op de groep | Algemene informatie | | Persoonlijke informatie |
| Hoe is de behandeling vormgegeven | 7.2.1 | | Ongeveer de helft van de uren doen wij als werktherapie, om mensen praktisch aan de gang te laten gaan, deze groep heeft vaak al veel behandelingen gehad, dus de instelling is ga het maar doen. Daarnaast zijn het mensen die soms lastig vinden als ze de hele dag theorie zouden krijgen. Dus dan is het goed om hun hoofd een beetje leeg te maken. We noemen het ook niets voor niets therapie, want het gaat om samen werken, omgaan met conflicten, verantwoordelijkheid nemen. | Werktherapie als therapeutisch middel | Methodiek | | Overig |
|  | 7.2.2 | | Dat gaat om een weekend nabespreking en dan weekdoelen, zodat iedereen van elkaar weet waar diegene deze week aan werkt. Daar spreken ze elkaar ook op aan. | Weekendbespreking | Methodiek | |  |
|  | 7.2.3 | | Op de dinsdag en op de donderdag hebben ze een halve dag groepstherapie in twee vaste groepen. Dan is er creatieve therapie en een groepsgesprek. | Creatieve therapie en groepsgesprek | Methodiek | | Cognitieve gedragstherapie |
|  | 7.2.4 | | Op donderdag hebben we de Goldstein, de sociale vaardigheden, dan kun je weer heel makkelijk de praktijksituaties erbij pakken. Dat vind ik ook de meerwaarde, je ziet hier wat iemand doet en wat iemand zegt. In hoeverre komt dat overeen? En dan kun je dus gelijk gaan oefenen. | Goldstein, praktijksituaties oefenen | Methodiek | | Cognitieve gedragstherapie |
|  | 7.2.5 | | En dan hebben we nog PDA bespreking, Probleem, Doel Aanpak, dat is in feite de presentatie van het zorgplan. Die onderdelen kan je dan ook in de groep gaan oefenen. Omdat de bewoners zelf de experts zijn kunnen ze elkaar daar ook goed in helpen en feedback geven | Probleem doel aanpak, als groep elkaar helpen | Methodiek | | Cognitieve gedragstherapie |
| Wat zijn methodieken die veel naar voren komen? | 7.2.6 | | We werken op zijn Jan Boeren fluitjes, dat past wel vind ik. Maar als je het hebt over methodieken dan heb ik het meer over kleinere dingen zoals we nu bijvoorbeeld de RET gaan oefenen | Jan boeren fluitjes | Methodiek | | Overig |
|  | 7.2.7 | | Sinds vorig jaar hebben we de behandeling anders vormgegeven. We doen 16 themaweken in het jaar aan de hand van de klantindicatoren die in het zorgplan staan. De inhoud van het aanbod is daarmee niet heel anders alleen de samenhang is daarmee anders. | 16 themaweken klantindicatoren |  | |  |
|  | 7.2.8 | | Daarin komen ook dingen naar context, dus ja niet speciaal contextuele therapie maar wel kijken waar dingen vandaan komen. Hoe is de relatie met familie, vrienden of wat dan ook? En waar zie je nog van het gedrag wat je nu hebt komt daar en daar vandaan, en daarin kun je nog dit veranderen. | Context onderdeel van de groepsgesprekken | Familie & Netwerk | | Plek in de behandeling |
| Hoe betrekken jullie het netwerk in de behandeling? | 7.3.1 | | De naastendag is een manier om de naasten te betrekken. Dat is eigenlijk maar één keer in de behandeling. | Naastendagen | Familie & Netwerk | | Plek in de behandeling |
|  | 7.3.2 | | We kijken verder per cliënt kijken we ook of we het netwerk erbij kunnen betrekken, en zo ja hoe? En dat is dan in individuele gesprekken. Een enkele keer samen met psychologen, maar meestal doet de mentor dat. Of samen met een en collega. Nu doe ik ook relatiegesprekken samen met een collega. Wij zijn er beide meer in gespecialiseerd en zodoende doen we dat samen | In individuele gesprekken kijken of netwerk betrokken kan worden | Familie & netwerk | | Plek in de behandeling |
| Jullie zijn er dus bekwaam in, zijn er dan bepaalde technieken waaruit je werkt? | 7.3.3 | | Nou de ene collega heeft de contextuele opleiding gedaan en ik heb de Kempler gedaan, dat is meer ervaringsgericht. | Contextuele opleiding & Kempler ervaringsgericht | Competenties hulpverleners | | Aanwezige competenties |
|  | 7.3.4 | | Vanessa (psycholoog) heeft nu ‘een taal erbij’ geïntroduceerd. Dat met die poppetjes, en ik ben nu bezig dat in de groepsgesprekken en ook in de individuele gesprekken een plek te geven. | Taal erbij, individuele en groepsgesprekken | Methodiek | | Contextueel |
|  | 7.3.5 | | En als je kijkt naar de Wending breed dan zijn we altijd al een beetje gericht op ervaringsgericht werken. | Binnen Wending ervaringsgericht werken | Methodiek | | Overig |
| Zou je een taal erbij ook in de ambulante behandeling kunnen gebruiken | 7.4.1 | | Ik denk dat het daar ook goed voor is. Ik ben wat groepsgesprekken aan het ontwikkelen. | Taal erbij groepsgesprekken in ontwikkeling | Methodiek | | Overig |
|  | 7.4.2 | | En ik denk, ook als je ambulant werkt, het heel belangrijk is dat je de context zoveel mogelijk gebruikt | Ambulant belangrijk context zoveel mogelijk gebruiken | Familie & Netwerk | | Belang in behandeling |
| Wat bereik je met de contextuele therapie? | 7.4.3 | | Eerst dat iemand meer inzicht krijgt in hoe hij reageert, en wat dat voor oorzaken heeft en hoe diegene dat eventueel anders zou kunnen doen. En de context heeft dat ook. Als je iemand behandelt dan heb je nog niks. Iemand moet terug naar zijn oude omgeving, die veranderd misschien wel ook wel een beetje mee, maar die moet er wel goed bij betrokken zijn. Anders is de kans op terug val groot. | Context veranderd niet vanzelf | Familie & Netwerk | | Belang in behandeling |
| Waar ligt dan dat kantelpunt tussen in zijn omgeving laten en eruit halen en de omgeving er zoveel mogelijk bij betrekken? | 7.4.4 | | Mensen die hier komen vaak al heel veel schade hebben aangericht en heeft de omgeving het ook wel eens nodig dat diegene eruit gehaald wordt. En dat de context ook niet meteen betrokken wil worden omdat ze er wel even klaar mee zijn. Dan is het ook zinnig dat iemand even hier een tijde is en gaat inzien wat hij heeft aangericht. | Schade aangericht daarom niet altijd gelijk betrekken | Netwerk & Familie | | Inhoud programma |
|  | 7.4.5 | | Veel mensen moeten überhaupt uit hun omgeving gehaald worden om te veranderen en die kunnen er ook niet meer naar terug gaan. Dat is van het LdH een groter probleem, dat we nu vooral de verslaafden hebben die al zo lang verslaafd zijn dat we die context wellicht helemaal moeten veranderen | Context moet compleet veranderen voor abstinentie | Doelgroep | | Mate van verslaving |
| Wie van de cliënten van het Leger des Heils zouden ambulant behandeld kunnen worden? | 7.5.1 | | Nou dat zou de individu zijn die van plan is om thuis te blijven wonen in plaats van zich op te laten nemen. Maar dat dat er maar heel weinig zijn. | Weinig mensen ambulante behandeling passend | Doelgroep | | Mate van verslaving |
|  | 7.5.2 | | Dan moet de thuisomgeving veilig genoeg kunnen zijn om daar te stoppen met gebruik. | Thuisomgeving moet veilig zijn | Doelgroep | | Woonsituatie / gezinssituatie |
| Sommige mensen zeggen: ‘uiteindelijk zal die persoon terug moeten keren. En als je ze niet met die situatie leert om te gaan.. | 7.6.1 | | Als iemand op verlof gaat dan kijken we gelijk mee van hoe is de situatie en hoeveel kun je aan? ? En dat bouwen we ook op. Daar was pas nog een discussie op de Kempler opleiding. Moeten ze nou wel of niet sport in een café kunnen doen? Misschien moet je dat eerst niet doen en later wel, omdat je dan sterker wordt. | Langzaam opbouwen, je wordt sterker | Methodiek | | Overig |
| onderzoek wijst uit dat heel veel mensen direct na hun klinische behandeling terugvallen, binnen drie weken. Ik hoor jou zeggen dat er veiligheid is en dat die gemist wordt zodra ze hier weggaan. Hoe zie jij dat? | 7.6.2 | | Ik zie daar een kern van waarheid in. Wij proberen om zoveel mogelijk de oefensituaties er te laten zijn en dat er ook een afbouwperiode is zodat die kans al kleiner wordt. | Veiligheid buiten instelling gemist. Afbouwperiode & oefensituaties | Type behandeling | | Klinische behandeling |
| Wat moet er absoluut in een ambulante behandeling zitten? | 7.6.3 | | Ik denk ook dat de groepstherapie heel belangrijk is. En dan als je het dan ambulant doet denk ik dat het goed is dat er een aantal dagen zijn dat mensen die therapie volgen. Het gaat erom dat mensen met elkaar in gesprek zijn en daar gedachtes over hebben. | Groepstherapie belangrijk | Invulling behandeling | | Groepssessies |
| Wat voor groepstherapie zou dat moeten zijn? | 7.7.1 | | Mensen hier hebben veel aan sociale vaardigheden. Ik zou meer aandacht besteden aan de context dan dat we nu doen, omdat je daar dus blijft. | Sociale vaardigheden training | Methodiek | | Overig |
|  | 7.7.2 | | En de individuele begeleiding die moet er absoluut zijn. Die is denk ik nog belangrijker dan nu. juist omdat je het dan nog moeilijker hebt thuis. Dan denk ik dat die steun extra belangrijk is. | Individuele gesprekken belangrijk als steun | Methodiek | | Individuele gesprekken |
| Nog meer belangrijke programma onderdelen? | 7.7.3 | | Liberman natuurlijk, dat gaat specifiek in op verslaving | Liberman belangrijk programma onderdeel | Methodiek | | Cognitieve gedragstherapie |
|  | 7.8.1 | | De werktherapie zou ook een onderdeel kunnen zijn van de behandeling. Als iemand niks heeft moet je met diegene ook gaan zoeken naar dagbesteding. | Dagbesteding belangrijk als werktherapie | Methodiek | | Overig |
| Hoe zou de context een plaats moeten krijgen in de behandeling? | 7.8.2 | | Net als nu, gesprekken met de cliënt en de familie, waarbij je per persoon ook weer kijkt naar wat er nodig is. | Kijken wat nodig is | Familie & Netwerk | | Belang voor netwerk |
|  | 7.8.3 | | Voor de familie vind ik het ook belangrijk dat die de kans hebben om hun stuk van het verhaal te delen, omdat daar ook heel veel pijn zit. En om goed met elkaar verder te kunnen moet daar ook wat mee. | Delen van verhaal om verder te kunnen | Familie & Netwerk | | Inhoud programma |
| Hoe denk je over abstinentie? Zie je ook andere mogelijkheden? | 7.8.4 | | Diegenen die we hier binnen krijgen voor alcohol moeten gaan voor abstinentie. Anders dan gaat het gewoon weer mis. Ik heb denk ik niemand gezien bij wie dat handig zou kunnen zijn. | Harm Reductie voor deze doelgroep niet haalbaar | Invulling behandeling / doelgroep | | Behandeldoel / Mate van verslaving |
| Wat is jullie visie op verslaving | 7.9.1 | | Verslaving is in ieder geval als je niet meer in staat bent om je gebruik onder controle te houden. | Geen controle meer | Visie op verslaving | |  |
|  | 7.9.2 | | Problemen op de meeste levensgebieden. Gaat een van die levens gebieden weer draaien dan draait je verslaving binnen de kortste keren ook weer. | Verslaving beïnvloed andere levensgebieden | Visie op verslaving | | Biopsychosociale model |
|  | 7.9.3 | | Net als diabetes. Als je niet spuit dan wordt je vanzelf ziek. Met gebruik, als je weer gaat gebruiken dan wordt je weer ziek. | Als je gebruikt wordt je weer ziek | Visie op verslaving | | Progressieve ziekte |
|  | 7.9.4 | | Maar het is wel je eigen verantwoordelijkheid wat niet hetzelfde is als dat het makkelijk is die verantwoordelijkheid te nemen om niet te gebruiken. | Eigen verantwoordelijkheid | Visie op verslaving | | Gedragsmatig |
|  | 7.9.5 | | Maar bij alcohol zie je wel heel vaak dat het mensen zijn die redelijk vaak emotioneel zijn. En dat alle dingen die op hun pad komen niet aankunnen en dat dan wegdrinken. | Dingen niet aankunnen dus wegdrinken | Visie op verslaving | | Verloop van verslaving |
| Het is dus belangrijk om met de omgeving van de cliënt aan de slag te gaan? | 7.10.1 | | Ja je hoeft niet de verslaving op zich te behandelen, dat is namelijk een symptoom | Verslaving slechts een symptoom | Visie op verslaving | | Oorzaak verslaving |
| Welke methodiek spreekt je het meeste aan? | 7.10.2 | | Dat is ook weer verschillend wat het beste bij iemand past. En soms zie je dat iemand verschillende dingen probeert en dan slaat het ergens aan | Verschillend welke methodiek bij iemand past | Methodiek | | Overig |
| Welke competenties heeft een hulpverlener nodig, vooral in de ambulante behandeling? | 7.11.1 | | Kan eigenlijk niet heel veel anders zeggen dan stevig in je schoenen staan wat nodig is in de verslavingszorg, bestand tegen manipulatie want dat komt heel veel voor. | Bestand tegen manipulatie | Competentie hulpverleners | | Vereiste competenties algemeen |
| Geld dat voor klinisch en ambulant? | 7.11.2 | | Ja ik denk dat diegene die klinisch kan behandelen dat ook ambulant kan. | Als je klinisch kan behandelen kan je dat ambulant ook | Competenties hulpverleners | | Vereiste competenties ambulant |
|  | 7.11.3 | Je moet het leuk vinden om ambulant te werken, ik hoop dat ik het niet hoef te doen. Ik vind het prachtig al die verschillende inzichten. Een mens is zo ingewikkeld, ik kan dat echt niet in mijn eentje zien, en dat het ook helpt dat ik een collega heb die dan misschien wat meer autoritair is, daar lopen bewoners dan tegen aan, moet niet teveel zijn want dan krijgt die alles over zich heen. En de ander is dan weer wat minder autoritair | | Multidisciplinair team is nuttig, verschillende inzichten | | Type behandeling | Klinische behandeling |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Interview 8 - Cliënt ambulante behandeling** | | | |
| Geïnterviewde: | Dhr. Groenberg | Datum: | 18 april 2013 |
| Locatie: | Leger des Heils De Wending | | |
| Geïnterviewd door: | Michael van Steijn  Joost Baaij | | |
| Behandeling gevolgd bij:   * Tactus verslavingszorg * Castle Craig * Leger des Heils De Wending | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Je had volgens mij tegen Michael gezegd dat je er al over nagedacht had en dat je wel wat ideeën had. | 8.1.1 | Ik ben wat sceptisch geworden in de loop van de tijd. Ik heb wel eens verteld dat ik op Castle Craig heb gezeten in Schotland. En daar zijn de resultaten net zo beroerd als hier. En wereldwijd zijn ze helemaal beroerd natuurlijk. | Sceptisch, resultaten binnen verslavingszorg zijn beroerd | Visie op verslaving | Verloop van verslaving |
| Hoe is jouw geschiedenis dan eigenlijk verlopen? En dan een beetje gespecificeerd of gebruik? | 8.1.2 | Toen mijn jongste het huis uit ging is het echt mis gegaan. Dat was in 98. Ik ben echt fors verslaafd geweest dus van 1998 tot 2006. En daarvoor gebruikte ik wel alcohol maar dat was geen problematisch gebruik. | Fors verslaafd geweest van 1998 tot 2006 | Algemene gegevens | Persoonlijke gegevens |
| Het lege nest syndroom dan misschien een beetje? | 8.2.1 | Ik had niets meer om handen. Ik hoefde niet meer voor mijn dochter te zorgen en inmiddels mijn ex die was hartstikke ziek. Dus dan zit je thuis en wat moet je dan. | Hoefde niet meer voor dochter te zorgen en vrouw was ziek. | Familie & netwerk | Invloed van netwerk op verslaafde |
|  | 8.2.2 | Dus toen werd alcoholgebruik een gewoonte om die dingen te vergeten. | Alcohol gebruik om dingen te vergeten | Visie op verslaving | Verloop van verslaving |
| En hoe hebben de opnames toen gevolgd? | 8.2.3 | Ik ben toen een tijdje geweest bij Tactus. Toen op een gegeven moment ging het echt mis, toen heb ik een burn-out training gehad, toen zoop ik ook al teveel, dat was in 2002. En vervolgens ben ik naar Castle Craig gegaan in 2006. | Tactus, burn-out training (2002), Castle Craig (2006). | Algemene gegevens | Persoonlijke gegevens |
| Maar in 2006 ben je naar Castle Craig gegaan maar dat hielp uiteindelijk toch niet? | 8.2.4 | Oh jawel hoor. Men probeert je altijd dingen te leren maar dat is natuurlijk heel relatief. In ieder geval je moet wat inzicht in jezelf krijgen en ik heb daar een heleboel van mezelf begrepen en een heleboel ellende toch wel een beetje verwerkt. Maar één ding wist ik heel zeker, dat ik nooit meer zou kunnen gebruiken, dat is bull-shit natuurlijk. | In Castle Craig veel over mezelf geleerd maar dacht gewoon weer te kunnen drinken. | Doelgroep | Motivatie |
| En hoe was Tactus, wat was dat voor behandeling? | 8.3.1 | Dat was gewoon heel vriendelijk, je bent welkom, kom hier dan kunnen we misschien wat voor je doen. Het waren individuele gesprekken één keer per 2 weken | Heel vriendelijk, individuele gesprekken 1 keer per 2 weken | Invulling behandeling | hulpverleningscontacten |
| En waar ging het over? | 8.3.2 | Maar ik ging erheen omdat ik net een behoorlijk ongeluk had gehad onder invloed van alcohol. Ik ben erheen gegaan met de reden van misschien scheelt dat in de boete die ik ga krijgen. Vals argument natuurlijk maar er worden zoveel valse argumenten aangevoerd. | Behandeling volgen in de hoop op een lagere boete | Doelgroep | Motivatie |
| Dus je wilde toen eigenlijk niet afkicken? | 8.3.3 | Nou dat weet ik niet. Wat veel mensen vaak zeggen: ‘ik was er niet aan toe’. Het was niet eens een overweging om wel of niet af te kicken. Ik wist wel dat ik teveel zoop maar ik was er nog niet van overtuigd dat ik een alcohollist was. | Niet overtuigd dat ik een alcoholist was. | Doelgroep | Motivatie |
| Hoe werkten ze bij Tactus. Wat voor programma hadden ze? | 8.4.1 | Alleen maar gesprekken. Zonder duidelijke lijn. | Alleen gesprekken zonder lijn | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Was het doel echt dat je abstinent zou worden door die gesprekken of was het meer begeleiding en zicht krijgen op? | 8.4.2 | Begeleiding, zicht krijgen op en hoe ga je eventueel om met de problemen in je leven die er al heel lang waren. Ik heb daarvoor ook al eindeloos gelopen bij een psycholoog. | Gesprekken om zicht te krijgen op verslaving | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Het vat zat nog niet vol? Het vat van de ervaringen? | 8.4.3 | toen ik hier kwam had ik Wim Maaskant als mentor en ik zat hier en week of 4/5 en die vroeg aan mij wat wil je nou eigenlijk. Nouja zei ik; een beetje op kracht komen enzo. Zodat ik de situatie weer aankan. Toen zei Wim; nouja als je er zo over denkt kan je beter meteen vertrekken. Dat heeft me wel goed aan het denken gezet. | Confrontatie zet aan het denken, dacht alleen maar aan te hoeven sterken. | Doelgroep | Motivatie |
| Wat was er goed en wat miste je bij de verschillende behandelingen | 8.5.1 | Maar één van de dingen die natuurlijk heel essentieel zijn niet alleen voor hier maar ook voor elke behandeling is de vraag: ‘wat kom je hier eigenlijk doen’ | ‘Wat kom je hier doen’ is een hele belangrijke vraag. | Methodiek | Overig |
| Ja dat was bij jou de belangrijke vraag? | 8.5.2 | Mensen komen echt niet om te ontwennen. Mensen komen gewoon omdat ze geen geld meer hebben,, omdat het te koud is in de winter. Er is een enkeling die echt komt om te ontwennen. | Meeste mensen komen niet te ontwennen | Doelgroep | Motivatie |
| Castle Craig is nou ook niet echt een plek waar je helemaal heengaat omdat je een dak boven je hoofd nodig hebt. Waarvoor gaan ze er dan heen? | 8.5.3 | Een stok achter de deur, familie, kinderen etc. de buitenwereld showen van kijk mij een ‘ik doe m’n best’. | Alleen behandeling om te laten zien dat je je best doet. | Doelgroep | Motivatie |
| Hoe groot is de kans dat iemand eerlijk antwoord geeft op de vraag ‘wat kom je hier doen?’ | 8.5.4 | Geen. Maar op een of andere manier moet je daar wel achter zien te komen en je moet in ieder geval een aantal dingen zien uit te sluiten. Je moet niet zomaar iedereen klakkeloos laten binnenkomen. | Niet iedereen zomaar klakkeloos laten binnenkomen | Doelgroep | Motivatie |
| Als iemand zijn motivatie alleen is om zijn financiën op orde te krijgen. Moet je zo iemand gewoon wegsturen? | 8.6.1 | Nee dat doe je niet maar je kunt wel motiverende gespreksvoering toepassen | Bij mensen waar de motivatie dubieus is | Methodiek | Motiverende gespreksvoering |
|  | 8.6.2 | Mensen hebben hier een intake vaak onder vage omstandigheden. Ze zijn behoorlijk onder invloed. Dus wat ik al jaren vind is je doet een intake en dan doe je nog eens een keer een her intake na een week of 6 tot 8. | Bij intake mensen vaak onder invloed. Na 6/8 weken nieuwe intake | Beleidsmatig | Intakeprocedure |
| Kan ik stellen dat je een vrij cynische kijk op verslavingshulpverlening hebt? | 8.7.1 | Oh ja hoor, ja. | Vrij cynische blik op verslavingshulpverlening | Algemene gegevens | Persoonlijke gegevens |
| Wat vind je wel goed aan behandeling die je gehad hebt? | 8.7.2 | In Castle Craig waren ze ook heel direct en indringend van wat wil je nou eigenlijk en waar zitten je speerpunten. | Waar zitten je speerpunt (Castle Craig) | Methodiek | Minnesota 12-stappen |
|  | 8.7.3 | De PDA’s vind ik ook een uitstekend punt. Probeer op een rijtje te krijgen wat jouw probleempunten zijn. Niet alleen een vage roep van ik ben alcoholist of ik ben verslaafd, daar zit van alles achter. | Op een rijtje krijgen waar je probleempunten zitten (PDA’s) | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
|  | 8.7.5 | Benadrukken wat mensen goed doen, dat is essentieel. En probeer samen eruit te komen wat de echte problemen zijn die mensen vaak niet in hun eentje kunnen oplossen. | Benadrukken van wat mensen goed doen belangrijk | Methodiek | Empowerment |
|  | 8.7.6 | We hebben hiernaast iemand zitten nu die dood en dood alleen is maar doet alsof de wereld voor hem open ligt en daar moet je doorheen zien te prikken, dat is essentieel. | Door onrealistische beelden heen prikken | Methodiek | Overig |
|  | 8.8.1 | In mijn pda’s moest ik objectief beschrijven wat nu mijn echte problemen waren. Waartoe mijn problemen te herleiden waren. Ik kon dat niet, en ik moest het maandag inleveren. En zondag avond heb ik ten einde raad aan Dick gevraagd; alsjeblieft help me’ Dat was de eerste keer dat ik echt hulp gevraagd hebt. | Ik liep vast en moest toen voor de eerste keer om hulp vragen | Algemene gegevens | Persoonlijke gegevens |
| Wat denk jij dat goede manieren zijn waarop dat vormgegeven kan worden? | 8.8.2 | Ik denk persoonlijk dat een aantal mensen dat is gewoon niet beïnvloedbaar. Als het ze hier niet lukt dan gaan ze naar Caesarea en dan hebben ze nog een soort van parapluutje dat ze veilig houdt. Die moet je eigenlijk ook kunnen filteren vanaf het begin. | Aan het begin gelijk filteren of je een kans maakt bij iemand | Doelgroep | Keuze voor afdeling |
|  | 8.9.1 | Ik heb Hestage vanaf het begin meegemaakt. Dat was toen Minnesota nog op Hestage zat in Beekbergen. Was een kleine groep. 11/12 mensen. Dat zat bij elkaar de hele dag. Dat beïnvloedde elkaar de hele dag. Wat er toen gebeurde is dat het aantal mensen dat overleefd heeft van die kleine groep is veel groter dan wat er nu als resultaat, als overlever naar buiten komt. En ik vind dat verrekte jammer. | De oude Minnesota afdeling was veel effectiever | Methodiek | Minnesota |
|  | 8.10.1 | De verslaafde heeft de neiging om terug te trekken en te isoleren. Je kunt nog zo’n mooie behandeling op Minnesota opzetten maar als ze zich kunnen terugtrekken ’s avonds… Heerlijke tijd, maar dat is niet goed, dan kom je er nooit. | Verslaafde geneigd zich af te zonderen, moet hier de kans niet toe krijgen. | Invulling behandeling | Individueel / Groepssessies |
| Ben je ooit zelf ontvangend naar zelfhulpgroepen gegaan? | 8.11.1 | Ik leer daar niks joh. Ik heb nooit het gevoel gehad dat ik daar wat leerde. | Ik heb nooit het gevoel gehad dat ik daar wat leerde | Nazorg | Zelfhulpgroepen |
| Stel dat je moet kiezen; er komt 1 ambulante behandeling en die krijgt 1 vorm. Welke vorm zou jij dan kiezen? | 8.11.2 | Ja ik denk een beetje van alles. Weetje, het hoeft niet perse Minnesota te zijn. Weet je, jij kent die 12-stappen dus je weet dat daar een heleboel onderdelen in zitten die ook hiernaast behandeld worden maar zonder ze op een stap te fixeren. De twaalf stappen is motiverend als je elk zo’n onderdeel bekijkt. Aan de andere kant, je kunt wel proberen te motiveren maar als je geen enkel zelfinzicht krijgt dan kom je geen steek verder, dan faalt alles. | Verschillende onderdelen belangrijk. | Methodiek | Overig |
| Motiverende, maar ook zelfinzicht krijgen | Methodiek | Overig |
| Op welke manier kan je tot zelfinzicht komen? | 8.11.3 | Ja gesprekken toch, psycholoog desnoods. | Gesprekken om tot zelfinzicht te komen belangrijk | Methodiek | Cognitieve gedragstherapie |
| Hoe zie jij familie en netwerk? | 8.12.1 | Familie is essentieel, mensen die helemaal niemand meer hebben klampen zich vast aan alles wat zich toevallig aanmeld als vriendelijk | Essentieel, anders klamp je je aan alles vast | Familie & Netwerk | Invloed netwerk op verslaafde |
|  | 8.12.2 | Sociaal netwerk is essentieel Als je dat allemaal niet hebt vallen mensen binnen de kortste keren weer terug want de enige veiligheid en zekerheid is dat oude clubje waar je uitkomt. | Zonder sociaal netwerk is de enige veiligheid clubje in kliniek | Familie & Netwerk | Belang in behandeling |
| Maar het is dus belangrijk dat het een plek krijgt in de behandeling? | 8.14.1 | Ja natuurlijk, maar weet je wat ook zo belangrijk is: Er was hier dus een jongen die zat te hameren op de tafel van; ja ik heb kinderen en de ene is 18 en de ander is 19 en ik heb er recht op, het zijn mijn kinderen. Voor degene die het betreft, die heeft het 20 jaar laten zitten en die voelt nu eigenlijk dat gemis eens een keer. Dan moet je hem wel begeleiden in hoe los je dat op. Het is niet zo dat je aan de achterdeur kan aankloppen van; ‘hé ik ben je vader, ik kom ff kijken hoe het met jullie is. | Verslaafde ouders hebben het contact vaak jaren laten schieten. Begeleiding nodig in hoe los je dat op | Familie & Netwerk | Invloed verslaafde op netwerk / Belang in behandeling |
| Wat is jouw visie op verslaving? | 8.14.2 | Iedereen heeft de neiging tot verslaving. Iedereen is op zoek naar roes. Al is het maar eventjes per dag. Denk maar even aan diegene die even zit dag te dromen, even weg van de realiteit. Dat is ook een vorm van verslaving. Iedereen zoekt wel iets wat hem eventjes uit de realiteit kan trekken. | Iedereen zoekt roes, even uit de realiteit stappen | Visie op verslaving | Gedragsmatig |
| Dus het is een menselijk gegeven en een verkeerde keus die maakt dat je verslaafd wordt? hoe kom je daar dan vanaf? Door die keuze gewoon structureel niet meer te maken? | 8.14.3 | Ja, het is een beslissing om niet meer te gebruiken. | Keus om niet meer te gebruiken | Visie op verslaving | Gedragsmatig |
| Dat heeft niets met het biologische te maken en ook niet met de omgeving? | 8.14.4 | Natuurlijk wel. Ik denk niet dat je daar iets mee moet in de behandeling | Biologische kant van verslaving is niet belangrijk in de behandeling | Visie op verslaving | Biopsychosociale model |
| En het sociale aspect. Dat is dus het netwerk en de context en hoe je met anderen omgaat. | 8.15.1 | Ook heel belangrijk maar je moet eerst leren om met mensen om te laten gaan. die mensen zit dus eigenlijk de hele dag een beetje zo in elkaar gedoken van wordt ik niet aangevallen. Dat is de realiteit hoor. En probeer die mensen maar eens te krijgen tot een normaal leven. | Cliënten moet eerst leren om weer met mensen om te gaan | Familie & Netwerk | Inhoud programma |
|  | 8.16.1 | Ik probeer mensen altijd aan te moedigen om naar zelfhulpgroepen of naar de kerk te gaan. Er zijn kerken die maatschappelijk werkers hebben op de achtergrond, psychologen en allerlei dingen. Dus waarom je verzetten tegen een ingang van het opbouwen van een sociale context | Kerk is een goede ingang om een sociaal netwerk op te bouwen | Invulling behandeling | spiritueel |
| Welke vormen van nazorg lijken jou helpend? | 8.16.2 | De kerk en zelfhulpgroepen zijn het meest toegankelijk. Kerken en zelfhulp is overal. | Kerk en zelfhulp toegankelijk en overal | Nazorg | Zelfhulpgroepen |
| Ben jij een christen? | 8.16.3 | Nee ik ben absoluut ongelovig. Maar ik ga wel naar de kerk. Niet omdat ik gelovig zou worden maar het waren goede verhalen. | Ongelovig maar wel naar de kerk, goede verhalen | Algemene informatie | Persoonlijke informatie |
| We moeten zo gaan afronden, wat wil jij nog toevoegen aan ons advies? | 8.16.4 | Hij begon even over welke competentie moet de hulpverlener hebben. Ik denk dat hij in ieder geval één hele essentiële competentie moet hebben; dat hij zich enigszins moet kunnen verplaatsen in de situatie van een ander. | Moeten kunnen inleven in de situatie van de ander | Competenties hulpverleners | Vereiste competenties algemeen |
| Hoe kom je aan zo’n competentie? | 8.17.1 | Dat weet ik niet. Tegenwoordig worden we in de artsen opleiding ook getraind in bedside matters. Hoe gedraag je je tegenover. Hoe pluk je de informatie uit. Hoe krijg je te weten. | Bedside matters, hoe gedraag je je en hoe krijg je informatie uit iemand. | Competenties hulpverleners | Vereiste competenties algemeen |
| Maar zeg jij een hulpverlener moet ervaringsdeskundige zijn? | 8.17.2 | Ik weet het niet | Weet niet of hulpverlener ervaringsdeskundig moet zijn. | Invulling behandeling | Ervaringsdeskundige |
|  | 8.18.1 | als iemand niet echt wil wordt het nooit wat. En dat is denk ik altijd nog de basis voor een succesvolle behandeling. | Als iemand niet echt wil wordt het nooit wat | Doelgroep | Motivatie |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Interview 9 - Medewerker ambulante behandeling** | | | |
| Geïnterviewde: | Dhr. Wouters | Datum: | 19 april 2013 |
| Locatie: | Novadic-Kentron | | |
| Geïnterviewd door: | Michael van Steijn  Joost Baaij | | |
| Functie: hoofd indicatiestelling, zorgtoewijzing en evaluatie | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 9.1.1 | ik ben op dit moment hoofd indicatiestelling, zorgtoewijzing en evaluatie. Ik ben verantwoordelijk voor de intakeprocedure en ook een deel evaluatie, dus een deel van dat proces analyseren, verbeteren verfijnen, en ook verantwoordelijk voor de instrumenten die we daarbij gebruiken. | hoofd indicatiestelling, zorgtoewijzing en evaluatie. | Algemene gegevens | Persoonlijke gegevens |
|  | 9.1.2 | We kennen een aantal intake instrumenten die we toepassen vanaf het moment van aanmelden tot dat je daadwerkelijk start met de behandeling. Een intakeprocedure. Ook een indicatiecommissie. Feitelijk die bestaat uit een voorzitter, een arts en psycholoog. Die leiden op basis van de intake dwingend toe naar een zorgprogramma, en straks verandert dat ook naar een zorgdomein, dus feitelijk is het een geheel geprotocolleerde manier van werken, uniform voor de hele organisatie | Intake procedure leidt tot dwingend advies naar zorgprogramma. | Doelgroep | Keuze voor afdeling |
|  | 9.2.1 | Daar komt een dwingende indicatie te liggen. Voorheen heette dat een zorgprogramma. Daarbinnen kiest men vervolgens weer voor een aantal modulen en straks de zorgpaden. Maar dat proces zijn we nu wel helemaal aan het veranderen | Binnen zorgprogramma verschillende modulen | Doelgroep | Keuze voor afdeling |
| Wat heeft u hiervoor gedaan, wat voor opleiding heeft u genoten? | 9.2.2 | mijn opleiding is ontwikkelingspsycholoog. Ik werk pas 7 jaar in de verslavingszorg. Hiervoor veelal jeugdzorg en ook verstandelijk gehandicaptensector. Maar altijd in beleids en management banen. Met de uitvoer met klanten doe ik zelfs niks. | Ontwikkelingspsycholoog, 7 jaar in de verslavingszorg | Algemene gegevens | Persoonlijke gegevens |
| En als u het heeft over die verschillende modules, is dat dan puur het ambulante of..? | 9.2.3 | Waar we voorheen spraken over zorgprogramma’s hebben we het nu over zorgdomeinen. En dat zijn bijvoorbeeld de domeinen zorg en preventie of verslavingszorg voor volwassenen, dat is de cure, de maatschappelijke ondersteuning, dat is de care afdeling. | Verschillende zorgdomeinen, verslavingszorg, maatschappelijke opvang etc. | Algemene gegevens | Behandelgegevens |
|  | 9.2.4 | verslavingszorg voor volwassenen, dat is de cure, de maatschappelijke ondersteuning, dat is de care afdeling. | Cure – verslavingszorg voor volwassenen. Care- de maatschappelijke ondersteuning | Invulling behandeling | Behandel-doel |
|  | 9.2.5 | De indicatiestelling vindt nu plaats door commissies onafhankelijk binnen elke regio. | Indicatiestelling voorheen door commissies | Doelgroep | Keuze voor afdeling |
|  | 9.2.6 | Nu een aantal beslisbomen aan het implementeren, triages, aan de voordeur om toe te leiden naar het goede domein op basis van een hele korte triage, en binnen zo’n zorgdomein ook weer op basis van zon beslisboom een intake toe te leiden naar een zorgpad | Traiges leiden nu cliënten naar goed zorgdomein, en daarbinnen naar en zorgpad | Doelgroep | Keuze voor afdeling |
| Willen jullie dat ook met E-health gaan doen? | 9.2.7 | Dat hebben wij al langer als aanbod. | E-Health al langere tijd in aanbod | Invulling behandeling | Digitale middelen (E-Health & telefonisch) |
| Wat zijn de opties voor een cliënt | 9.3.1 | Wij behandelen vanaf de basiszorg zeg maar, dat zij de dag en nacht opvang, heroïne verstrekking, methadon. En dan ambulant deeltijd behandeling. Dagbehandeling, klinisch en we hebben ook nog, en dat doen we ook samen met twee andere GGZ instellingen, we hebben ook nog een 3 sterrenhotel. | Aanbod: Basiszorg, ambulante behandeling, dagbehandeling en klinisch. | Type behandeling | Algemeen |
|  | 9.3.2 | Ik had het net over die domeinen. Verslavingszorg volwassenen, dat is feitelijk de cure afdeling. Cure is behandeling. Ten opzichte van care, dat is begeleiding. | Cure is behandeling, care in begeleiding | Invulling behandeling | Behandel-doel |
|  | 9.3.3 | NK heeft vier financieringsstromen. Een klein deel wordt gefinancierd door de gemeentes, met name in de basiszorg, de dag en nacht opvang en de preventie. Vervolgens hebben wij de zorgverzekeringswet, de DBC. Dan hebben we ook nog een deel dat is ingekort door Ministerie van Justitie, dat is ook een aanbod dat je doet maar dan onder de DBBC. En dan nog een deel dat wordt betaald vanuit de AWBZ, wij hebben een heel klein maatschappelijke opvang punt, en daarnaast ook een paar hostels. En we begeleiden ook een paar cliënten vanuit de thuissituatie. | Gemeentes, zorgverzekeringswet, justitieel, AWBZ | Algemene gegevens | Beleidsmatig |
|  | 9.3.4 | Het is een vrij grote instelling. Op jaarbasis zo’n 10.000 cliënten. En we hebben tussen de 1000 en 1100 medewerkers. | 10.000 cliënten per jaar. 1000-1100 medewerkers | Algemene gegevens | Behandelgegevens |
| Bij het Leger des Heils waren we inderdaad ook bezig met de zorgpaden | 9.4.1 | Nou ja bij ons bestaat een zorgpad uit een aantal modules die je inzet en die zijn allemaal genormeerd. Dat wil zeggen je biedt dit, gedurende die periode aan en overschrijdt je dat dan willen wij zien wat daar de reden van is op basis van de systematiek | Zorgpad bestaat uit modules die je aanbied naar wat nodig is | Algemene gegevens | Beleidsmatig |
|  | 9.4.2 | Het merendeel van de modules is evidence-based. En een aantal daarbinnen zijn good practices. | Merendeel modules evidence based, anders good practices | Methodiek | Overig |
| Jullie kijken dan echt per cliënt welke modules jullie bij die cliënt gaan aanbieden? | 9.5.1 | Dat wordt binnen het zorgdomein bepaald. En wat we nu hebben gedaan met bij de doorontwikkeling van die zorgpaden dat we die redelijk hebben afgebakend. Daarnaast bestaan er binnen dat domein een aantal optionele modules die ze kunnen toepassen. Maar het zorgpad dient gevolgd te worden | Aantal modules bij elk zorgpad en aantal optionele modulus. | Algemene gegevens | Behandelgegevens |
| Dus het is niet zo dat iedereen hetzelfde programma heeft? | 9.5.2 | Nee onze klinische afdeling is een ondersteunende afdeling. | Niet iedereen volgt hetzelfde programma | Algemene gegevens | Beleidsmatig |
|  | 9.5.3 | Klinische opname is ondersteunend aan de behandeling. Die behandeling is ambulant of deeltijd. | Klinische opname enkel ondersteunend aan behandeling | Type behandeling | Klinische opname |
| U zegt ondersteunend, maar wat houdt dat dan precies in? | 9.5.4 | Voorheen zat de coördinatie ten aanzien van het behandelaanbod, zat binnen de kliniek. Dat is er nu buiten geplaatst. Met name ook om de duur in te korten, en de regie daar op. | Coördinatie ligt niet meer binnen kliniek maar buiten om duur behandeling in te korten | Algemene gegevens | Beleidsmatig |
| Want u zegt 12-stappen doen we niet? | 9.6.1 | Nee dat is niet helemaal waar. Het Minnesota model zoals dat voorstaat met ervaringsdeskundige. Zover wij die inzetten zal dat altijd onder de verantwoordelijkheid zijn van een professional die geen ervaringsdeskundige is. | Ervaringsdeskundige alleen onder verantwoordelijkheid professional | Invulling behandeling | Ervaringsdeskundige |
| hebben jullie een karakteristieke behandeling? | 9.6.2 | Ja we zijn nu de nieuwe behandelmethodiek aan het implementeren. Dat is CRA community reïnforcement approach. Dat is een andere manier van werken. | Implementeren nieuwe manier van werken vanuit de CRA | Methodiek | CRA |
| Wij hebben er over gehoord bij één van onze interviews | 9.6.3 | Iriszorg is daar ook fors in. Dus dat wordt volledig geïmplementeerd binnen de hele organisatie. | Bij Iriszorg ook CRA | Methodiek | CRA |
|  | 9.6.4 | Het is ook meer een methode van werken. Een systematische, methodische manier waarin je ook bekrachtigers in een proces gebruikt en ook de positieve dingen | Systematische methodische manier met bekrachtigers en positieve dingen | Methodiek | CRA |
|  | 9.6.5 | En veelal is het ook een wat korter en intensiever traject. Smeer je het nu uit over een half jaar dan doe je dat wat intensiever i.p.v. 1 keer per week streef je ernaar dat je de klant twee keer per week ziet. | Korter intensiever traject (CRA) | Methodiek/ invulling behandeling | CRA / intensiteit behandeling |
|  | 9.7.1 | En je betrekt ook zijn netwerk daar direct in. | Direct netwerk betrekken | Methodiek | CRA |
| Werkt het? | 9.7.2 | De resultaatmetingen op een aantal onderdelen zien we wat verbeteringen en we zien ook minder uitval. En dat is ook wel heel belangrijk want no-show is inherent aan de verslavingszorg he. | Resultaatmetingen: verbeteringen + minder uitval | Methodiek | CRA |
| Wat doen jullie met nazorg binnen de CRA? | 9.7.3 | Het zal hoofdzakelijk gestimuleerd worden vanuit die eigen community. Die betrek je toch vaak al in de aanvang bij de trajecten om te kijken, wat kun je over en weer voor elkaar betekenen. Vanuit cliënt en vice versa om dat systeem nog meer te versterken. | Nazorg vanuit eigen community. | Nazorg | Eigen verantwoordelijkheid |
|  | 9.7.4 | Ook daarvoor is nu speciaal een methodiek in het verlengde van de CRA. CRAFT om ook in te zetten op dat netwerk, die omgeving van de klant. | Systeem versterken vanuit CRAft | Familie & netwerk / methodiek | Plek in behandeling / CRA |
| Jullie hebben verschillende soorten behandelingen. Hoe maken jullie zo’n afweging van waar plaats je iemand? | 9.7.5 | Er is een intake en daarbij gebruiken we ook het intake instrument MATE, Een instrument dat cliënt kenmerken meet. Het is een vrij uitvoerige vragenlijst op verschillende deelgebieden die je samen met die klant afneemt. Daarop volgt een intakegesprek. | Intake instrument MATE meet cliëntkenmerken, daarna intakegesprek | Beleidsmatig | Intakeprocedure |
| De afweging waar je iemand gaat plaatsten die maken jullie niet door dat te bespreken in een overleg maar via dat formulier? | 9.8.1 | Nee, die vind nu plaats in die indicatiecommissie. Iemand meld zich aan en krijgt een intake. Dat is tweeërlei, de afname van MATE en een intakegesprek. Op basis van die uitkomst zal de intaker een advies formuleren. De indicatie commissie besluit uiteindelijk op basis van uitkomsten en het advies van de intaker wat het aanbod gaat worden en dat wordt dan gecommuniceerd naar de klant. | Intake: MATE & intakegesprek. Intaker formuleert advies. Indicatiecommisie besluit wat het aanbod wordt. | Beleidsmatig | Intakeprocedure |
| Jullie zijn echt heel flexibel dan begrijp ik? | 9.8.2 | We hebben het model zo ingericht omdat we zeiden; we willen eigenlijk zo veel mogelijk vanuit de vraag van de cliënt een aanbod doen en niet aanbodgericht gaan werken. | Aansluiten bij vraag cliënt i.p.v. aanbod | Invulling behandeling | Behandeldoel |
| Wat is precies bij jullie het verschil tussen de ambulante behandeling en deeltijdbehandeling? | 9.8.3 | Bij deeltijdbehandeling doe je een aantal activiteiten doe je ook met een groep. Je biedt die aan in een bepaalde structuur. Dat is ondersteunend nog altijd. Daarnaast vinden die individuele gesprekken ook nog steeds plaats. | Deeltijdbehandeling activiteiten in de groep ondersteunend aan de ambulante individuele gesprekken | Type behandeling | Deeltijdbehandeling |
| Jullie werken ook vanuit de leefstijlen training? Valt dat dan ook onder de CRA aanpak? | 9.9.1 | De CRA is een basismethodiek die er onder ligt waarin je samen met een klant optrekt en een aantal gesprekken bij aanvang van de behandeling waarin je kijkt naar wat zijn nu een aantal concreet haalbare doelen waar wij gezamenlijk aan gaan werken en vervolgens zetten we daarop in. | CRA als basismethodiek onder andere modules | Methodiek | CRA |
| Het Leger des Heils heeft heel veel mensen rechtstreeks van de straat. Hebben jullie ook zulk soort klanten? | 9.9.2 | Die zitten bij ons in de basiszorg. | Mensen van de straat zitten in de basiszorg | Doelgroep | Woon/ Werk / Gezinssituatie |
| Wat is jullie aanpak daarmee dan? | 9.9.3 | Je differentieert in je resultaten die je wilt behalen met klanten. We zijn behandelaars, die willen uiteindelijk resultaat zien. Volledig van de middelen af. Maar als je kijkt meer naar de keerkant en meer naar de dag en nachtopvang dan is het daar veel meer gericht op stabiliseren. Verbeteren van de kwaliteit van het leven. Maar dan ga je niet je doel stellen als abstinentie. | Dag en nachtopvang meer stabiliseren, beteren kwaliteit leven, geen abstinentie | Invulling behandeling | behandeldoel |
| Is abstinentie dan helemaal geen doel? Of ga je eerst stabiliseren en daarna alsnog kijken of iemand abstinent kan worden? | 9.9.4 | Dat zou wel wenselijk zijn. Maar dat zal voor een aantal chronische klanten zal dat bijna niet haalbaar zijn. Dat is bijna niet haalbaar maar dan heb ik het wel over mensen die al 5/6 keer in behandeling zijn geweest. | Voor sommige chronische klanten abstinentie niet haalbaar | Doelgroep/ invulling behandeling | Mate van verslaafdheid/ Behandeldoel |
| Doen jullie iets met motiverende gespreksvoering. | 9.10.1 | Zeker, dat is hier een standaard onderdeel waar mensen mee starten in de opleiding intern. | Motiverende gespreksvoering standaard onderdeel interne opleiding | Methodiek/ competenties hulpverleners | Motiverende gespreks-voering/ bijscholing |
| Jullie hebben hier ook interne opleidingen? | 9.10.2 | Je zult altijd een basisopleiding krijgen bij de start. Alleen als je al die competentie hebt dan hoeft het niet. Maar mensen krijgen standaard een aanbod bij diensttraining , een basispakket/opleiding. | Nieuwe werknemers standaard basisopleiding | Competities hulpverleners | Bijscholing |
| U zei net al iets over uw visie, het biopsychosociale model, kunt u daar nog wat meer over vertellen? | 9.11.1 | Het is een ziekte, het wordt nu gezien ook als een ziekte. En er zijn tig onderzoeken gedaan die aantonen dat het deels ook erfelijk is, en de omgeving en ontwikkeling speelt mee. Dus vanuit die context totaal het probleem te benaderen. | Ziekte. Deels erfelijk en omgeving en ontwikkeling speelt mee | Visie op verslaving | Biopsychosociale model |
| Bieden jullie nazorg aan? | 9.12.1 | daar hebben wij ook wel programma op onder leiding van onszelf maar dat is wel beperkt. Op een enig moment stoppen we en kijken we hoe we het systeem zodanig kunnen versterken zodat iemand zelf kan handelen. | Beperkt nazorgprogramma. Systeem versterken zodat iemand zelf kan handelen | Nazorg | Eigen verantwoordelijkheid |
| Bieden jullie ook gewoon ambulante zorg aan op iemand die op straat woont. | 9.12.2 | Iemand die binnen de dag en nachtopvang zit, dus dakloos wordt acuut sowieso opgevangen binnen de basiszorg, van daaruit wordt geprobeerd ze te motiveren voor behandeling. | Via basiszorg motiveren voor behandeling | Invulling behandeling | Behandeldoel |
|  | 9.12.3 | Fact zijn we tegenwoordig ook aan het inzetten, binnen alle regio’s nu. We proberen natuurlijk ook een deel van onze klinische behandeling af te bouwen en in te zetten op intensieve ambulante behandeling. | Fact wordt ingezet. Klinisch afbouwen, inzetten op intensieve ambulante behandeling | Methodiek | Overig |
|  | 9.12.4 | Soms doen we dat alleen, soms ook met de GGZ samen omdat er altijd sprake is van comorbide problematiek. | Bij comorbide problematiek soms samen met GGZ | Doelgroep | Mate van verslaafdheid |
|  | 9.12.5 | Dat is ambulant. Het kan zijn, de deur staat open voor en korte klinische opname als die nodig is, maar ook weer snel terug en ambulant. | Korte klinische opname en dan snel weer terug ambulant | Type behandeling | Klinische behandeling |
| Is het doel van die ambulante behandeling van 1 gesprek in de week echt abstinent worden of is het meer begeleiding en zicht krijgen op verslaving? | 9.12.6 | Wij onderscheiden daarin wel op enig moment; zijn we nog aan het behandelen of niet? Er moet wel degelijk behandeling in zitten, als dat niet het geval is sluizen we hem over naar een andere vorm. | Doel 1 gesprek per week is wel echt behandelen | Invulling behandeling | behandeldoel |
| Wat is de behandeling waarmee gestart wordt in die ambulante 1 keer per weeks gesprekken. | 9.13.1 | Met name motiverende. En dat kan een leefstijltraining individueel zijn. | In begin vooral motiverende methodieken | Methodiek | Motiverende gespreksvoering |
|  |  | We kijken dan ook naar van wat kan samen met een groep. Wij krijgen alleen klanten niet zo gemotiveerd om dat altijd in een groep te doen. | Klanten niet gemotiveerd om groepssessies te doen | Invulling behandeling | Individueel/ groepssessies |
| Maar ons thema was vooral gewoon wat voor soort methodieken werken goed. En in principe zegt u CRA… | 9.14.1 | CRA, maar FACT is natuurlijk toch een trend he. ?Het hangt samen met; we moeten klinisch meer gaan afbouwen, dat betekend dat je ambulant intensiever moet gaan inzetten, dichter bij de klant. Vaak ook in de keten. | CRA en FACT is een trend die past bij minder klinisch, intensiever ambulant | Type behandeling | Ambulante behandeling/ deeltijd behandeling |
| Maar u zegt steeds korte klinische opname, wat is kort? | 9.15.1 | Uitgangspunt hier is, dat wordt niet gehaald maar dat is: ‘3 maanden maximaal.’ Dan kun je een keer verlengen maar dan moet het echt stoppen. Je mag sowieso nooit een jaar overschrijden. | 3 maanden klinische opname, dat wordt niet gehaald | Type behandeling | Klinische behandeling |
| Bij Minnesota gaat nu een opvanghuis komen gewoon voor de nachtopvang. Dat heeft waarschijnlijk te maken met dat je nu vaak mensen hebben opgevangen onder het mom van verslaving. | 9.16.2 | Van oorsprong als je kijkt naar de verslaving dan was het vroeger ook beperkt ambulant iets en het was veel maatschappelijke opvang. Daarom hebben we heel rigoureus gekozen dat een klinische behandeling niet meer is dan behandel ondersteunend. | Verslavingszorg vroeger vooral maatschappelijke opvang en beperkt ambulant | Type behandeling | Klinische behandeling |
| Dus iemand volgt eerst altijd wat ambulante zorg en dan eventueel kan iemand dan een klinische opname krijgen als wordt gezien dat dat echt nodig is? | 9.16.3 | Je kan er ook mee starten maar direct navolgend wordt dat ambulant. | Starten met klinische opname mogelijk maar aansluitend gelijk ambulant | Invulling behandeling | Behandeldoel |
|  | 9.17.1 | Wij hebben een matrixorganisatie. Ik ben bijvoorbeeld verantwoordelijk voor aanmelden tot behandelen op de inhoud verantwoordelijk. En er is een vestigingsmanager die is qua proces verantwoordelijk. Want dan wordt je gedwongen om duaal op te trekken. | Gedeelde verantwoordelijkheid qua proces en inhoud. | Algemene gegevens | Beleidsmatig |
|  | 9.17.2 | Bij ons hebben we train de trainer dus er worden bij ons een aantal mensen binnen ons opgeleid die weer de andere uitvoerders trainen en superviseren. | Train de trainer, mensen worden opgeleid om anderen te trainen. | Competenties hulpverleners | bijscholing |