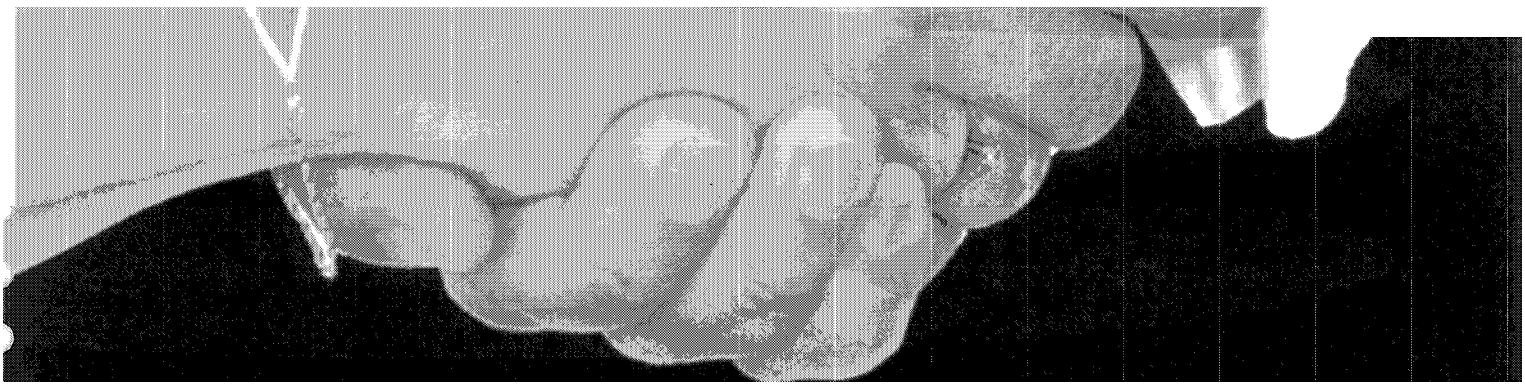
Bejegening

vanuit

cliëntperspectief

1



||f^|||;i^|;|J||||i^i^



José Dragtsma, mei 2008
Chr. Hogeschool Windesheim
Opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Begeleider: Wil Ozinga
Beoordelaar: Aafien Pi eters

Betrokken instelling:
Verslavingszorg Noord Nederland

Voorwoord

In september 2004 begon ik aan de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD) aan de Chr. Hogeschool Windesheim te Zwolle. Nu, drieëneenhalf jaar later, ben ik aan het afstuderen. Ik keek eerst op tegen het schrijven van een scriptie, omdat ik allerlei 'beren op de weg' zag. De irreële gedachte dat ik niet een volwaardige scriptie zou kunnen afleveren bleef maar in mijn hoofd rondspoken. Over de eerste versies van mijn scriptie was ik dan ook allerminst tevreden, want het moest beter. Dit zegt veel over mijn perfectionisme, als ik iets doe dan wil ik het zo goed mogelijk doen!

Die 'beren op de weg' verdwenen, naarmate mijn scriptie inhoudelijk meer vorm begon te krijgen. Het plezier in het schrijven nam ook toe, ik begon steeds meer energie in mijn scriptie te steken. Het onderwerp van mijn scriptie had hier ook een groot aandeel in. Tijdens mijn studie en mijn stage in de verslavingszorg ben ik gefascineerd geraakt door het menselijke gedrag. Deze fascinatie heb ik nu dus kunnen benutten bij het schrijven van deze scriptie. Ik had het echter niet gered zonder de steun en hulp van een aantal mensen. Ik wil dan ook van de gelegenheid gebruik maken om deze mensen te bedanken voor hun inzet:

Allereerst wil ik mijn vriend Jeroen bedanken, zonder hem was de lay-out van mijn scriptie nooit zo mooi geworden.

Ramon, bedankt voor het kritisch controleren van de spelling van een gedeelte van mijn scriptie, ik ben daar erg blij mee.

Ik wil mijn collega's van de verslavingsreclassering bedanken voor de interesse in mijn afstuderen. In het bijzonder wil ik Knerd bedanken, vanwege zijn bruikbare feedback op mijn scriptie.

Mijn dankwoord wil ik ook richten aan de cliëntenraad, Liesbeth Vollemans en Jannet de Jonge, bedankt voor jullie tijd.

Tot slot wil ik Bert, Botte, Jos & Jos, René, Mischa en de andere collega's van de Vondellaan, het IMC en de A-weg bedanken die mij geholpen hebben bij het realiseren van mijn onderzoek.

José Dragtsma
22 mei, 2008

j. dragtsma @ vnn.nl

Inhoudsopgave

Inleiding 4

Probleemstelling
Vraagstelling en deelvragen
Doelstelling
Inhoud en opbouw van deze scriptie
Verslavingszorg Noord Nederland

DEEL 1 - Theoretische achtergronden

Hoofdstuk 1 Slaaf van de verslaving 9

ï.i Definitie van verslaving 9

1.2 Maatschappelijke ontwikkelingen io

1.2.1 Verslaving gezien als hersenziekte n

1.3 Oorzaken en gevolgen van een verslaving 13

1.3.1 Ontwikkelingsstadia 13
1.3.2 Betrokken factoren 15

1.3.3 Psychische, lichamelijke en sociale gevolgen i6

1.4 Kenmerken van de verslaafde persoon 18

1.4.1 Typen verslaafden 18
1.4.2 Verslavingsgedrag **IQ**

Hoofdstuk 2 Bejegening 20

2.1 Bejegening onder de loep genomen 20
2.2 Beroepscode voor de maatschappelijk werker 24

Hoofdstuk 3 De verslavingszorg en betrokken professionals 25

3.1 Verslavingszorg in Nederland 25

3.1.1 Actuele maatschappelijke ontwikkelingen 25

3.1.2 Kwaliteit binnen de verslavingszorg 26

3.2 Kenmerken van professionals 28

3.2.1 Common factors van maatschappelijk werkers 28

DEEL il - Het onderzoek

Hoofdstuk 4 Onderzoeksopzet en evaluatie 3[1]

4.1 Oriëntatie voorafgaand aan het onderzoek 31

4.1.1 Vooronderzoek 31
4.1.2 Gekozen onderzoekspopulatie 32
4.1.3 Onderzoeksbenadering 33
4.1.4 Dataverzamelingsmethoden 34

4.2 Evaluatie van het onderzoek,. 36

Hoofdstuks Resultaten 39

5.1 Uitkomsten van het groepsinterview 39
5.2 Uitkomsten van de vragenlijsten 40

5.2.1 Statistische gegevens 40
5.2.2 Open vragen : 4[2]

Hoofdstuk 6 Conclusies en discussie 43

6.1 Conclusies 43
6.2 Discussie 45

Hoofdstuk 7 Aanbevelingen en suggesties 47

7.1 Aanbevelingen 47
7.2 Suggesties voor verder onderzoek 49

Bronvermelding 50

BIJLAGEN

Bijlage 1: Interview Liesbeth Vollemans 54
Bijlage 2: Semi - gestructureerde vragenlijst 57
Bijlage 3: Resultaten vragenlijsten 59

Inleiding

Ik ben op het onderwerp van mijn scriptie gekomen naar aanleiding van de conferentie 'Verhalen over verslaving' op de Chr. Hogeschool Windesheim te Zwolle.
Tijdens een debat werd onder andere gesproken over de bejegening door professionals. Chris Loth, zij is auteur en daarnaast werkzaam als verpleegster en onderzoekster binnen de verslavingszorg, vond dat de huidige professionals in opleiding (stagiaires) 'niet meer met hun hart werken maar met hun hoofd' en veelal cliënten onheus bejegenen.

Haar mening bracht een verhitte discussie op gang. Veel aanwezigen (waaronder voornamelijk professionals werkzaam binnen verschillende instellingen) waren het met mevrouw Loth eens, behalve een aantal studenten die zich aangevallen voelden. Ik sta hier zelf dubbel in: aan de ene kant vind ik dat niet alle nieuwe professionals en stagiaires in het werkveld over één kam moeten worden geschoren. Aan de andere kant kan ik me voorstellen dat onheuse bejegening door deze groep voortkomt vanuit een gebrek aan duidelijkheid over wat gewenst en ongewenst is en het gebrek aan kennis omtrent de kenmerken van de doelgroep. Toen ik zelf namelijk als stagiaire aan het werk ging binnen de Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) te Groningen, wist ik niet goed hoe ik mijn cliënten moest bejegenen en wat een verslaving allemaal met zich meebracht. Nog steeds ben ik hier zoekende in, wat natuurlijk ook te maken heeft met de ontwikkeling van mijn professionele beroepshouding als maatschappelijk werker.

Na de conferentie was mijn nieuwsgierigheid gewekt, ik vroeg me af wat de cliënten binnen de verslavingszorg nou zélf belangrijk vinden in de bejegening door professionals. Tijdens mijn opleiding MWD heb ik bij het vak Methodiek wel les gehad in het omgaan met cliënten, maar dit was vooral gericht op theoretisch gebied (gesprekstechnieken, enzovoorts). Wat cliënten zélf belangrijk vinden in de bejegening werd achterwege gelaten. Tevens kwamen de cliënten met een verslaving weinig aan bod.

Probleemstelling

Het is voor (aanstaande) professionals in het werkveld onduidelijk welke aspecten van de bejegening de cliënten binnen de verslavingszorg belangrijk vinden. Hoe willen de cliënten behandeld worden door de professionals?

Vraagstelling en deelvragen

Aan de hand van de probleemstelling ben ik tot de volgende vraagstelling gekomen:

Wat vinden **cliënten** belangrijk in de **bejegening** door **professionals** binnen de **verslavingszorg?**

De vraagstelling is de centrale vraag die als rode draad door mijn scriptie zal lopen. Op basis hiervan heb ik de volgende deelvragen geformuleerd:

- Wat is een verslaving en wat zijn de oorzaken en gevolgen?
- Wat zijn de kenmerken van verslaafde cliënten?
- Wat is bejegening en waaruit bestaat dit?
- Welke rol speelt bejegening binnen de verslavingszorg?
- Wat is een professional?
- Wat voor effect heeft de bejegening door de professional op de kwaliteit van de hulpverlening?

Doelstelling

Mijn doelstelling is middels het onderzoek inzicht te krijgen in wat de cliënten binnen de verslavingszorg belangrijk vinden in de bejegening door professionals. De bedoeling is om op grond van dit onderzoek een aantal conclusies te trekken. Op basis van deze conclusies zal ik met aanbevelingen komen op het gebied van cliëntbejegening voor de studenten van de opleiding Social Work. Deze aanbevelingen zijn in het bijzonder gericht op de studenten die het GGZ-traject[1] reeds volgen of dit willen gaan volgen, aangezien de verslavingszorg ook onder de GGZ valt. Tevens zijn de aanbevelingen bedoeld voor de professionals, waaronder maatschappelijk werkers, die reeds werkzaam **2**:ijn binnen de verslavingszorg. Tot slot zal ik een aantal suggesties geven voor verder onderzoek.

Inhoud en opbouw van deze scriptie

Vooraf: voor de leesbaarheid heb ik er voor gekozen om deze scriptie in de hij-vorm te schrijven. Waar *hij* of *zijn* staat kan ook *zij* of *haar* gelezen worden. Voordat ik in deel I en II aan de hoofdstukken van mijn scriptie begin, benoem ik de visie op de verslaving en de verslavingszorg en de missie van de VNN.

Deel **I:** Het eerste deel van mijn scriptie bestaat uit een drietal hoofdstukken waarin de theoretische achtergronden van het onderwerp van mijn onderzoek centraal staan. In elk hoofdstuk zal ik antwoord geven op de deelvragen. In *hoofdstuk 1* ga ik dieper in op wat een verslaving is en wat de maatschappelijke ontwikkelingen zijn. Tevens benoem ik de oorzaken en gevolgen van een verslaving. In *hoofdstuk 2* leg ik uit wat de definitie van bejegening is, benoem ik een aantal aspecten hiervan en koppel ik de beroepscode van het AMW aan bejegening. In *hoofdstuk 3* richt ik me op de maatschappelijke ontwikkelingen die ook zo zijn weerslag hebben op de verslavingszorg, de kwaliteit binnen de verslavingszorg, de kenmerken van professionals en tot slot de cornmon factors van maatschappelijk werkers.

Deel **II:** Het tweede deel van mijn scriptie is gewijd aan het onderzoek en staat in het teken van de beantwoording van de vraagstelling. In *hoofdstuk 4* wordt de oriëntatiefase besproken en hierin verantwoord ik de keuzes die ik gemaakt heb. In *hoofdstuk* **5** staan de resultaten van het onderzoek beschreven en in *hoofdstuk 6* de conclusies en discussie. In *hoofdstuk* **7** kom ik met aanbevelingen en suggesties voor verder onderzoek. Tot slot komt de bronvermelding met alle gebruikte bronnen en de bijlagen, met onder andere een interview en vragenlijst.

[1] Het Geestelijke Gezondheidszorgtraject is het traject voor de aantekening GGZ-agoog bij de School of Social work en is gericht op studenten die binnen de GGZ willen werken.

Verslavingszorg Noord Nederland

Mijn onderzoek heb ik uitgevoerd binnen de VNN. De VNN is in 2004 voortgekomen uit de fusie van de Ambulante Verslavingszorg Groningen (AVG), het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs in Drenthe (CAD») en de Dr. Kuno van Dijk Stichting (KvD). De VNN is actief in de provincies Groningen, Drenthe en Friesland. Hieronder benoem ik ter informatie de visie op verslaving en verslavingszorg en de missie, afkomstig van de website van de VNN.

Visie op verslaving

Het gebruik van psychoactieve middelen is vaak incidenteel en recreatief van karakter. Herhaald en intensief gebruik kan echter leiden tot misbruik of afhankelijkheid. In deze gevallen spreken we van een verslaving aan een middel. De VNN ziet verslaving als een recidiverende en tot chroniciteit neigende aandoening met een biopsychosociale (BPS) etiologie (Gezondheidsraad 2002). Dit betekent dat verslaving veroorzaakt wordt door biologische, psychologische of sociale factoren of een combinatie hiervan. De VNN definieert misbruik en afhankelijkheid volgens de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. DSM staat voor Diagnostic and Statistica! Manual of Mental Disorders en dit is een diagnostisch handboek gepubliceerd door de American Psychiatrie Association (APA). De DSM-IV-TR dateert uit 2000 en is de meest recente publicatie van het handboek.

Visie op verslavingszorg

De visie op verslaving brengt met zich mee dat in het proces naar verslaving/afhankelijkheid verschillende stadia zijn te onderscheiden (van boven naar beneden):

—> Geen gebruik
—• Experimenteel gebruik
—> Geïntegreerd gebruik
—> Problematisch gebruik
—> Problematisch gebruik met klachten
—> Verslaafd
- - » Ernstig chronisch verslaafd

De VNN heeft voor elk van de boven weergegeven stadia een (behandel) aanbod. Daarnaast leidt de visie op verslaving vanuit het biopsychosociaal model tot een viertal behandeldoelstellingen namelijk:

1. het voorkomen van misbruik en afhankelijkheid;
2. genezing van misbruik en afhankelijkheid;
3. stabiliseren van gebruik;

Missie:
De VNN staat voor een cliëntgerichte en doelmatige uitvoering van de verslavingszorg. Zij biedt deze aan in de vorm van trajecten binnen één circuit voor de verslavingzorg, zowel intern als met externe netwerkpartners

VNN maakt gebruik van evidence based dan wel best practice methodieken in de zorg en is actief in opleidingen en onderwijs op het gebied van verslaving evenals in wetenschappelijk onderzoek dat onder meer gericht is op de effectiviteit van de behandelingen in de verslavingszorg.

De medewerkers van VNN zijn deskundig op hun vakgebied en worden betrokken bij nieuwe beleidsontwikkelingen. VNN biedt ruimte voor de persoonlijke ontwikkeling van haar medewerkers in relatie tot de innovatie en kwaliteitsverbetering van zorg.

(http://www.vnn.nl)

Deel 1

Theoretische achtergronden

Hoofdstek i Slaaf van de verslaving

JL i Definitie van verslaving

Het begrip verslaving wordt regelmatig gebruikt in het dagelijkse leven en dan vooral binnen de verslavingszorg. Opvallend is dat dit begrip niet voorkomt in de hedendaagse psychiatrische classificatiesystemen, de DSM-IV-TR en de ICD-io[2]. Dit tornt volgens Van der Stel (2004a) doordat de gezondheidszorg wilde voorkomen dat: een medisch probleem in moralistische termen zou worden uitgedrukt. In de DSM-IV-TR wordt bijvoorbeeld gesproken van *afhankelijkheid van een middel* en *misbruik van een middel* Er is volgens dit classificatiesysteem sprake van misbruik wanneer er een patroon is van onaangepast gebruik van een middel met als gevolg dat er op verschillende leefgebieden problemen ontstaan. Er is nog geen afhankelijkheid van het middel opgetreden en er hoeft nog geen schade te zijn op lichamelijk of psychisch gebied. Men spreekt van afhankelijkheid van een middel wanneer iemand de controle over het middelengebruik heeft verloren of er sprake is van tolerantie en/of onthoudingsverschijnselen. Er ontstaan beperkingen ten gevolge van het middel. Stoppen of minderen lukt niet, al het denken en doen van de persoon wordt bepaald door het middel (American Psychiatrie Association, 2000).

In deze scriptie pas ik voor alle duidelijkheid het begrip verslaving toe. Van der Stel (2004a, p. 153) definieert een verslaving als volgt:

> Verslaving is de meest ernstige consequentie van herhaald middelengebruik - een persistente toestand, waarin het dwangmatige gebruik aan de controle van de betrokkene is ontsnapt, ook als dit gepaard gaat met ernstige negatieve gevolgen/

Ras, Van der Feltz-Cornelis & Van Eijk (2001, p. 158) hanteren de volgende definitie van een verslaving:

> 'Iemand is verslaafd als datgene waaraan hij verslingerd is het centrum van zijn leven is geworden, de spil van zijn bestaan en al het andere naar het tweede plan is gegaan.'

In de omschrijving van Van der Stel (2004a) wordt er expliciet over een aan middelen gebonden verslaving gesproken, terwijl er in de omschrijving van Ras, Van der Feltz-Cornelis & Van Eijk (2001) ook ruimte is voor een verslaving zonder middelen, zoals een gameverslaving, koopverslaving of gokverslaving.
Wanneer ik spreek over een verslaving dan wordt hiermee een combinatie van bovengenoemde definities bedoeld; iemand is verslaafd als er sprake is van het *verlies van controle* en als alles staat in het teken staat van het middel of het uitvoeren van de activiteit, ondanks de negatieve gevolgen. In deze scriptie wordt echter wel meer aandacht besteed aan middelengerelateerde verslavingen, aangezien deze verslavingen binnen de verslavingszorg het meeste voorkomen.

[2] ICD staat voor International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. De ICD-10 betreft de tiende editie van de lijst van internationale ziekten van de World Health Organization (WHO), waarvan de meest recente versie uit 1999 komt.

i. 2 Maatschappelijke **ontwikkelingen**

Wanneer er op macroniveau aandacht wordt besteed aan de maatschappelijke kijk op verslaving, blijkt dat sinds het midden van de achttiende eeuw zich een aantal veranderingen heeft voorgedaan in het denken over een verslaving en de verslaafden. In onderstaande tabel van Van den Brink (2006) staan alle perioden met de dominante verslavingsmodellen en de bijpassende behandeling beschreven. Per model geef ik uitleg aan de hand van de informatie van Van den Brink (2006). Ik verdiep me in subparagraaf 1.2.1 in het ziektemodel, aangezien dit de meest recente maatschappelijke ontwikkeling is ten aanzien van de kijk op verslaving.

Maatschappelijke ontwikkelingen door de jaren heen

Periode	Dominante verslavingsmodel	Bijpassende behandeling
		Gevangenis, heropvoedingskamp
1850-nu	Farmacologische model	Verbod op alcohol en drugs
1930-nu	Symptomatische model	Psychotherapie en TG [3]
1940-nu	Ziektemodel	Medicijnen en AA [4]
1960-nu	Leertheoretisch model	Gedragstherapie
	Biopsychosociaal model	Multi-modale therapie
1990-nu	Hersenziektemodel	Medicatie en gedragstherapie

Morele modlel
Hierbij gaat het om de morele gedachte die zegt; 'een verslaving is een slechte gewoonte en moet gestopt worden.' Vooral de verantwoordelijkheid van de verslaafde wordt benadrukt, hij is niet een willoos slachtoffer van zijn biologische aanleg. Een verslaving wordt gezien als een vorm van negatief aangeleerd gedrag wat weer afgeleerd moet worden en waar gezond gedrag voor in de plaats moet komen.

Farmacologische model
Er wordt in dit model eenzijdig uitgegaan van het middel en er wordt niet naar de verslaafde zelf gekeken. De verslaafde moet volledig stoppen met het middelengebruik met behulp van medicatie.

Symptomatische model
De schuld voor de verslaving wordt weggenomen bij de verslaafden en toegeschreven aan de verslavende stof. Het is niet langer de zwakke, amorele persoon, maar de sterk verslavende eigenschap van het middel die gezien wordt als de oorzaak van de verslaving.

Ziektemodel
In dit model wordt er een oplossing voor de verslaving gezocht via de medische weg, door middel van een therapeutische behandeling. Zomaar stoppen heeft geen zin al is het uitgangspunt van de behandeling wel gericht op volledige abstinentie[5]. De gehele problematiek wordt in kaart gebracht. Het gevaar bij dit model is echter wel dat de verslaving gezien wordt als een ongeneeslijke ziekte die enkel beheersbaar kan worden gemaakt.

[3] Therapeutische gemeenschap.
[4] Anonieme alcoholisten.
[5] Abstinentie wil zeggen dat iemand zich geheel van het verslavende middel onthoudt.

Leertheoretisch model
Volgens dit model is een verslaving foutief aangeleerd gedrag wat ook weer afgeleerd kan worden. Het gedrag van de verslaafde is dus aangeleerd en hangt af van gebeurtenissen in de omgeving. Het gedrag dat beloond wordt zal versterkt worden en het gedrag dat gestraft wordt zal afnemen. De behandeling bestaat vanuit deze optiek vooral uit het trainen van de vaardigheden van de cliënt.

Biopsychosociale model
Een verslaving heeft invloed op alle levensgebieden van de cliënt. Zowel het ontstaan als de beëindiging van de verslaving wordt in dit model gezien als het resultaat van de continue interactie tussen aangeboren kwetsbaarheid (biologisch), persoonlijke ontwikkeling (psychologisch) en omstandigheden (sociaal).

Hersenziekte model
Een verslaving is een ziekte en daarom mag men ook via medicijnen ingrijpen om het lijden te verminderen en ter bevordering van een succesvol resultaat van de behandeling. Dit is de meest actuele kijk op verslaving. Zie subparagraaf 1.2.1 voor meer informatie over dit model.

(Van den Brink, 2006)

1.2.1 Verslaving gezien als hersenziekte

Vanaf de jaren tachtig worden in de psychiatrie geestesziekten bestudeerd als hersenziekten. Pas twee decennia later werd ook een verslaving binnen dit nieuwe psychiatrische denken geïntegreerd (Van der Stel, 2004). Volgens Van der Stel is het verzet hiertegen een rem geweest op de ontwikkeling van een op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde zorgverlening aan verslaafden. 'Het heeft de strijd tegen de stigmatiserende benadering van verslaafden nodeloos gehinderd', aldus Van der Stel (2004, p. 21).

Er zijn en worden verschillende onderzoeken gedaan naar het verband tussen de hersenen en het verslavingsgedrag. Ik heb hieronder een overzicht gemaakt van een aantal wetenschappelijke onderzoeken en de hieruit voortkomende ontdekkingen.

- Neurowetenschapper Pennartz heeft zich samen met onderzoekers van het Academisch Medisch Centrum (AMC) te Amsterdam gericht op het leren tijdens de slaap. Tijdens zijn onderzoek kwam hij ook tot een ontdekking rondom de hersenen van verslaafden. Volgens Pennartz kan een verslaving worden beschouwd als een te ver doorgeschoten leerproces. Verslaafden onthouden vooral de informatie die zij overdag hebben opgedaan omtrent het verslavende middel. Dit komt doordat tijdens het slapen de aan middelengerelateerde informatie steeds weer opnieuw wordt afgespeeld. Dit wordt door Pennartz *replay* genoemd.

  Deze ontdekking sluit aan bij een eerder onderzoek naar het verschijnsel *craving:* een sterke, veelal niet te beheersen hunkering naar het verslavende middel. Craving speelt een belangrijke rol bij het instandhouden van het verslavingsgedrag en de terugval na een periode van onthouding. Het blijkt dat de craving van verslaafden sterk wordt beïnvloed door middelengerelateerde prikkels *(cues),* zoals plaatjes van spuiten en flessen. De verwerking van deze prikkels verloopt afwijkend, zo hebben alcoholisten bijvoorbeeld een sterker geheugen voor alcoholgerelateerde prikkels dan voor neutrale prikkels. (Hijmans, 2004)

> Hoofddocent psyehoneurofarmacologie Ellenbroek van de Radboud Universiteit Nijmegen en zijn collega's, deden samen met onderzoekers van de afdelingen psjfchiatrie en antropogenetica van het Universitair Medisch Centrum (UMC) St. Radboud te Nijmegen, onderzoek naar verslaving. Tijdens zijn onderzoek konden ratten zichzelf in hun kooi cocaïne toedienen door hun snuit in een gat te steken. De ratten raakten verslaafd en moesten daarna weer afkicken. Wanneer de ratten een jaar later weer in dezelfde situatie werden geplaatst, zaten zij binnen enkele dagen terug op het oude niveau van gebruik.

  Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de productie van de neurotransmitter dopamine een grote rol speelt. Een neurotransmitter is een molecuul dat wordt gebruikt voor de signaaloverdracht tussen zenuwcellen (neuronen) die zich in het zenuwstelsel bevinden. Verstoringen in de productie zorgen voor een verandering in de verslavingsgevoeligheid. Wanneer mensen activiteiten uitvoeren die ze als leuk ervaren, wordt het dopaminerge systeem, het systeem dat zorgt voor de productie en transport van dopamine in de hersenen, krachtig gestimuleerd. Bij het gebruik van drugs is er echter sprake van een nog veel sterker effect. Wanneer iemand bijvoorbeeld cocaïne gebruikt wordt het dopamine-niveau in het brein op hoogten gebracht die zonder dit middel niet haalbaar zijn. Na deze piek valt het dopamine-niveau in een dal en is het verlangen naar een nieuw piekmoment zeer groot. Er is dan sprake van craving. (Ellenbroek, 2004)

- Een lopend onderzoek is het onderzoek van de hoogleraren Schoffelmeer, Veltman en Van den Brink van het Vrije Universiteit Medisch Centrum (Vumc) en het AMC. Zij willen middels een klinisch en dierexperimenteel samenwerkingsproject aantonen dat verslaving een behandelbare hersenziekte is. Bij ratten gaan ze onderzoeken wat de relatie is tussen impulsiviteit en verslavingsgedrag. Eerst leren ze de ratten hoe ze door het uitvoeren van een taak alcohol, drugs of vet calorierijk voedsel kunnen krijgen. Na enkele weken zijn de ratten aan de betreffende stof verslaafd, waarna de onderzoekers ze laten afkicken. Een maand later worden de ratten blootgesteld aan omgevingsprikkels waardoor zij terugvallen in drug- of voedselzoekgedrag. Bij elk van de ratten wordt de mate van impulsiviteit vastgesteld, zowel voor als na de ontwikkeling van het dwangmatige zoekgedrag.

  Schoffelmeer is er van overtuigd dat verslaving een hersenziekte is. Helaas wordt hier volgens hem binnen de samenleving anders over gedacht, aangezien verslaafden worden gezien als zwakke mensen die niet flink genoeg zijn om met hun drugsgebruik te stoppen. Met gedragstherapie zouden verslaafden weer op het rechte pad worden geholpen is vaak de gedachte. Schoffelmeer en de andere onderzoekers zijn echter van mening dat verslaving een ernstige chronische ziekte is, vergelijkbaar met bijvoorbeeld depressie of schizofrenie. Cognitieve gedragstherapie is volgens hen bij veel verslaafden alleen effectief als dit vergezeld gaat met de juiste medicamenteuze behandeling. (Kleverlaan, 2007)

Uit deze voorbeelden is duidelijk geworden dat er middels wetenschappelijk onderzoek verscheidene dingen zijn ontdekt op het gebied van verslaving in relatie met het menselijke brein. Wat naar voren komt is dat ten gevolge van het middelengebruik de hersenenstrueturen bij een verslaafde persoon blijvend veranderd zijn en dat er telkens een chemisch proces in werking wordt gezet zodra het middel wordt gebruikt. Volgens De Jong (Sligter, 2006), die een verslaving ook als (chronische) hersenziekte beschouwt, moeten verslaafden worden behandeld als chronisch zieken en moet er een zachtere aanpak komen vanuit de verslavingszorg bestaande uit; acceptatie, betrokkenheid, ondersteuning en een behandeling met medicatie en therapie.

1.3 Oorzaken en gevolgen van een verslaving

Een verslaving ontstaat niet van de ene op de andere dag, hierbij spelen verschillende oorzaken een rol. In subparagraaf 1.3.1 vertel ik met behulp van een casus hoe een verslaving zich kan ontwikkelen en in subparagraaf 1.3.2 ga ik verder met de verschillende factoren die een verslaving in de hand werken. In subparagraaf 1.3.3 benoem ik de gevolgen van een verslaving op psychisch, lichamelijk en sociaal gebied.

1 .3.1 Ontwikkelingsstadia

Met de casus van Brian, wat deels is gebaseerd op verhalen vanuit de praktijk, zal ik uit leggen hoe een verslaving zich kan ontwikkelen. Het verhaal van Brian wordt verteld in stadia op basis van de literatuur van De Ridder (2006). De Ridder spreekt in haar boek over een viertal stadia, te noemen; 1) het stadium van *experimenteren,* 2) het stadium van *regelmatig, al dan* niet *geïntegreerd gebruik,* 3) het stadium van *overmatig gebruik,* en tot slot *4)* het stadium van *verslaving.*

De ontwikkelingsstadia van een verslaving

1» Het experimenteerstadium

Brian, een jongen van 17 jaar, gaat bijna elk weekend met zijn vrienden uit in de stad Groningen. Voordat de groep jongeren gaat stappen, gaan ze meestal gezellig Voordrinken' bij iemand thuis. Het wordt in de stad toch pas druk tussen 00:00 en 01:00 uur. Er gaan bij het vooraf drinken meestal twee kratten bier doorheen, dit drinken de jongens vooral. De meiden drinken witte zoete wijn en mixjes, zoals rode wodka met Redbull. Brian drinkt nog nieït zo heel lang (nu een halfjaartje) en is vooral aan het experimenteren. Hij begon hiermee vanuit nieuwsgierigheid en omdat zijn vrienden ook allemaal drinken. Sindsdien drinkt hij eigenlijk elk weekend. Hij is één keer dronken geweest en toen moest: hij overgeven. Zijn moeder moest hem toen midden in de nacht naar bed brengen nadat hij was thuisgebracht door twee vrienden, want hij kon helemaal niks meer.

2, Het stadium van regelmatig en/of geïntegreerd gebruik

Brian vindt het drinken van alcohol de normaalste zaak van de wereld als hij gaat stappen. 'Zonder drank is er gewoon niks aan, weet je/ Hij is 20 jaar en drinkt nu al een aantal jaren, altijd samen met zijn vrienden. Sinds kort studeert hij in Groningen en woont hij hier op kamers. Zo nu en dan houdt Brian een feestje op zijn kamer en dan gaat er de nodige alcohol doorheen. 'Het is echt lachen, gieren, brullen als iedereen aangeschoten is', aldus Brian. Soms doen ze leuke drankspelletjes en sluiten ze daarbij weddenschappen met elkaar af. Laatst moest een vriend van hem in zijn blote kont de straat op nadat hij als laatste zijn biertje op had, iedereen lag helemaal in een deuk. Brian heeft zich in het verleden vaak een buitenbeentje gevoeld, dit vanwege zijn verlegenheid. Als hij een aantal biertjes op heeft krijgt hij meer durf om in de kroeg op meisjes af te stappen. Het drinken van alcohol geeft hem fijn gevoel op het moment dat hij aangeschoten is. Brian kan dan 'de helle wereld aan'.

3» **Het** stadium *van* overmatig en schadelijk gebruik

Brian is 32 jaar en heeft net een scheiding achter de rug. Zijn ex-vrouw woont nu ergens anders en de kinderen zijn ook bij haar ingetrokken. Ze zijn niet bepaald vriendschappelijk uit elkaar gegaan, zijn ex bleek een buitenechtelijke relatie te hebben met een collega. Zijn zoontje van vier en dochtertje van anderhalf jaar oud ziet hij nu eens per twee weken. Brian wordt op zijn werk op het matje geroepen door zijn leidinggevende. Zijn leidinggevende is op de hoogte van de recente scheiding en heeft Brian wat in de gaten gehouden. Het is hem opgevallen dat Brian geregeld te laat komt en steken laat vallen tijdens zijn werkzaamheden en hij gaat hierover met hem in gesprek. Brian geeft aan wat gedeprimeerd te zijn, maar ontkent zijn problemen met alcohol. Als Brian die avond thuiskomt, voelt hij zich niet best. Automatisch loopt hij door naar de keuken waar hij een halve liter bier uit de koelkast trekt. En nog een halve liter. En nog een halve liter. En nog een halve liter... Hij probeert zijn gevoelens van verdriet rondom zijn scheiding en het confronterende gesprek met zijn leidinggevende weg te drinken. Even is hij helemaal in een andere wereld en kan hij zijn verdriet vergeten. De volgende ochtend wordt Brian wakker op de bank met knallende hoofdpijn en een droge mond.

4, Het verslavsngsstadïum

Inmiddels is Brian zijn baan verloren, zijn leidinggevende had bij hem aangegeven dat Brian hulp moest zoeken en hij wilde hem hierbij helpen. Brian, nu bijna 34 jaar, sloeg het eerdere advies van zijn leidinggevende in de wind en ging gewoon door met werken zoals voorheen. Op een gegeven moment ging dit niet meer, want elke ochtend verscheen Brian te laat en uitgeput op zijn werk na een avond vol alcoholgebruik. Brian verloor uiteindelijk zijn baan. Zodra bij Brian depressieve gevoelens naar boven komen grijpt hij naar de drank. Meerdere mensen vanuit zijn omgeving hebben het alcoholmisbruik bij hem gesignaleerd en geven aan dat hij hulp moet gaan zoeken bij de verslavingszorg. Brian negeert deze adviezen, met als gevolg dat mensen afstand van hem nemen. Zijn ex heeft tegen hem gezegd dat hij pas zijn kinderen weer mag zien als hij nuchter is. Brian voelt zich een mislukkeling en pakt opnieuw een halve liter uit de koelkast. Hij verwaarloost zichzelf; scheert zich niet meer en draagt smerige kleren, en daarnaast ziet zijn huis er ook niet al te fris uit meer uit. Om 's morgens het trillen van zijn handen tegen te gaan bestaat zijn ontbijt uit: een halve liter bier.

Uitleg van de vier stadia

1. Het eerste stadium maakt duidelijk dat Brian vooral begint met drinken uit nieuwsgierigheid en om bij de groep te horen. Het alcoholgebruik is in deze fase nog redelijk onschuldig.
2. In het tweede stadium neemt het gebruik van alcohol grotere vormen aan, het drinken van alcohol is nu geïntegreerd in het leven van Brian. Brian ervaart nu vooral de positieve effecten; hij krijgt meer zelfvertrouwen als hij een stuk of tien glazen bier op heeft. Hij heeft echter nog geen last van zijn alcoholgebruik, zelfs de katers vallen mee.

3. Het derde stadium beschrijft hoe Brian steeds dieper afglijdt na een vervelende gebeurtenis. Hij ontkent zijn problemen met alcohol op zijn werk en probeert alles zo goed mogelijk te doen. Zijn gebruik is in deze fase overmatig, hij drinkt elke avond vier liter bier. Hij drinkt niet alleen alcohol om zich fijn te voelen, maar ook om spanningen en verdriet te verdrijven.
4. In het vierde stadium is er bij Brian overduidelijk sprake van een alcoholverslaving. Hij drinkt meer dan hij wil en heeft dit niet meer in de hand. Het grootste gedeelte van de dag is hij bezig met het drinken van alcohol. Op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied is er sprake van schadelijke g€ïvolgen. Brian glijdt steeds dieper af in deze fase en heeft professionele hulp nodig van de verslavingzorg om van zijn alcoholverslaving af te kunnen komen.

1.3.2 Betrokken factoren

Middels het viertal stadia in de vorige subparagraaf (1.**3**.1) heb ik uitgelegd hoe een verslaving zich kan ontwikkelen. De oorzaken van een verslaving zijn complex. Bij het ontstaan van een verslaving spelen namelijk meerdere factoren een rol. Deze factoren kunnen niet van elkaar losgekoppeld worden en vertonen een voortdurende wisselwerking (De Ridder, 2006). Volgens Linde (2000) kunnen de verschillende factoren worden onderverdeeld in *persoonlijkheidsproblemen, acute psychische nood* en een *slechte sociale situatie.* In deze subparagraaf geef ik een opsomming van alle factoren.

Persoonlijkheidsproblemen

- Emotionele verwaarlozing door ouders of verzorgers
- Mishandeling
- Seksueel misbruik
- Aanleg voor psychiatrische stoornissen (genetisch)
- Overmatige kwetsbaarheid voor emotionele pijn
- Gebrek aan realiteitsbesef

Acute psychische nood

Dood van een ouder of familielid
- Scheiding van de ouders en/of eigen scheiding
- Van school gestuurd of ontslagen van het werk
- Ernstige machtstrijd binnen het gezin en/of de relatie met de partner

Slechte sociale situatie

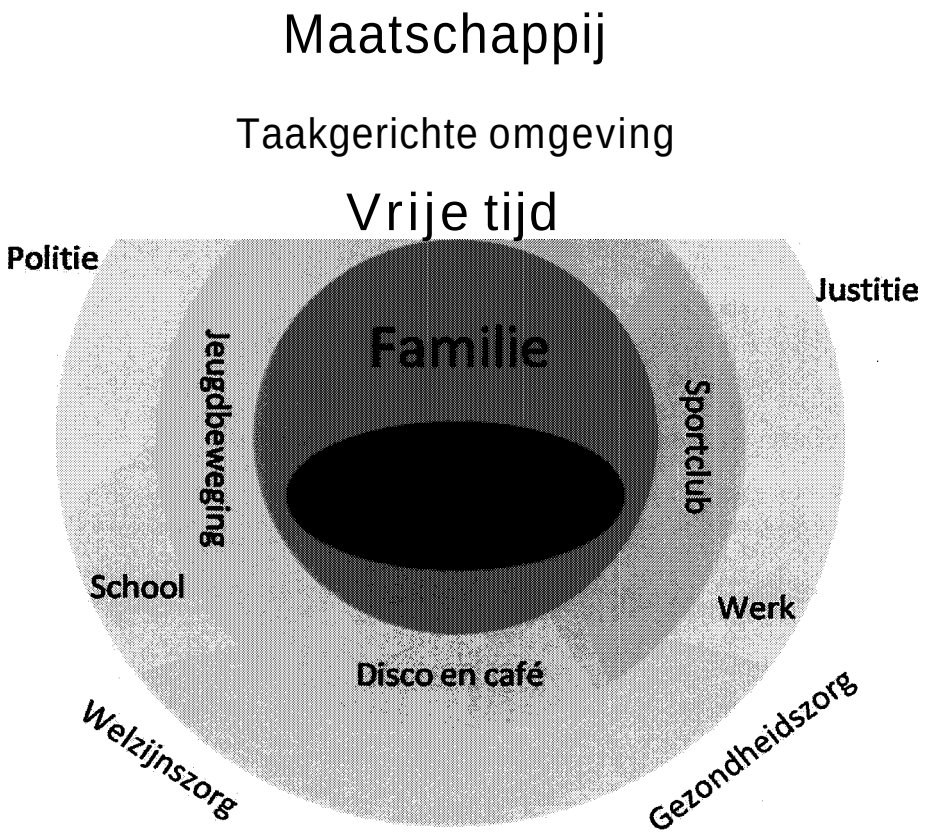
- Vervagen van de normen en waarden
- Onzekerheid over de eigen toekomst
- Het dicht op elkaar wonen

(Linde, 2000, pp. 101-102)

Wanneer er aan één of meer van de genoemde factoren voldaan is en er is een verslavend middel voorhanden, dan bestaat de kans dat iemand verslaafd raakt. Al deze factoren leiden op zichzelf niet tot het gebruik van middelen of het hebben van problemen. Des te meer van deze factoren tegelijk voorkomen, des te groter de kans is dat een verslaving ontstaat (Linde, 2000).

*1.3*3* ***Psychische? lichamelijke en sociale gevolgen***

Een verslaving kan ernstige gevolgen met zich meebrengen. Aan de hand van onderstaande cirkel benoem ik in deze subparagraaf de gevolgen. De cirkel laat zien waar de gevolgen het eerste zichtbaar zijn en hoe zij zich daarna van binnen naar buiten toe manifesteren op de andere leefmilieus (Matthys, 2000). Ik heb de gevolgen weer onderverdeeld op *psychisch, lichamelijk* en *sociaal* gebied.



In het midden van de cirkel staat de verslaafde zelf, hij zal het meest direct de gevolgen van zijn verslaving ervaren. Zo ervaart de verslaafde *psychische* en *lichamelijke gevolgen* (NWP, 1998).

Psychische gevolgen

- De verslaafde denkt vrijwel voortdurend aan het middel en kan de drang niet weerstaan, er is sprake van craving.
  Elke keer gebruikt de verslaafde meer en vaker dan hij zich had voorgenomen en gaat hiermee over zijn eigen grenzen heen.
- De verslaafde heeft sneller last van angst, een depressie of psychosen.
- Stoppogingen van de verslaafde mislukken telkens weer.
- Bij het stoppen voelt de verslaafde zich ongelukkig en steken irritatie en verveling de kop op.

Lichamelijke gevolgen

- Er kan *tolerantie* ontstaan: de verslaafde heeft steeds meer nodig van het middel om hetzelfde effect te ervaren.
  De verslaafde kan last krijgen van *onthoudingsverschijnselen,* zo kan hij last krijgen van hoofdpijn, slapeloosheid, tijdelijk geheugenverlies, misselijkheid en rusteloosheid.
- Er kunnen bij de verslaafde lichamelijke gevolgen optreden die in de meeste gevallen steeds ernstiger worden als hij door blijft gaan met gebruiken. Dit is afhankelijk van het middel waar hij verslaafd aan is. Bij een heroïneverslaving kunnen er hartaandoeningen en abcessen ontstaan. Bij een alcoholverslaving kunnen ontstekingen van de maag en alvleesklier, verschillende typen kanker en de Ziekte van Korsakov (vorm van dementie) ontstaan. Ecstasy en andere oppeppende middelen kunnen leiden tot een verdroging en hersenbeschadiging. Een cocaïneverslaving kan tot slot leiden tot hart- en longproblemen.

Een verslaving heeft ook effect op de omgeving van de verslaafde. De familie is als eerste cirkel om de verslaafde heen getekend, aangezien zij dichtst bij de verslaafde staan en het sterkst met de problemen worden geconfronteerd. Met de familie wordt zowel het gezin van herkomst als de partner en kinderen bedoeld. Daarna breidt de cirkel ach uit en worden de gevolgen van de verslaving ook zichtbaar op andere leefgebieden. Veelal probeert de verslaafde zijn verslaving geheim te houden voor de omgeving. Vroeg of laat valt hij echter toch door de mand door het zichtbaar worden van de psychische en lichamelijke gevolgen. De verslaafde begint dan de *sociale gevolgen* te ervaren. (N W P , 1998; Matthys, 2000)

Sociale gevolgen

De verslaafde raakt verwikkeld in conflicten met de familie, vrienden en kennissen.

- Ten gevolge van de psychische en lichamelijke gevolgen kan de verslaafde zijn werkzaamheden niet meer stipt uitvoeren. De kans is groot dat hij zijn baan zal verliezen, of moet stoppen met zijn opleiding indien hij doorgaat met het gebruik.
  Doordat de verslaafde zijn sociale contacten verwaarloosd en hij uitgesloten wordt door de maatschappij, kan hij in een *sociaal isolement* terechtkomen. Hij kan zich niet meer autonoom voortbewegen in de samenleving als mens en als burger en sluit zich op in zijn eigen wereldje. Vaak gaat hij alleen nog maar om met andere verslaafden.
  De verslaafde krijgt te maken krijgen met verschillende zorg- en welzijnsinstellingen vanwege zijn problemen op de verschillende leefgebieden.
- Ten gevolge van geldgebrek kan de verslaafde zich op het criminele pad begeven, om zo toch in het middelengebruik te kunnen voorzien. Het gevolg is dan dat de verslaafde met Justitie in aanraking komt.

Een verslaving brengt dus veel problemen met zich mee op zowel psychisch, lichamelijk als sociaal gebied. Door al deze problemen komt de verslaafde aan de rand van de samenleving terecht. Deze samenleving is hard en stelt zich niet tolerant op tegenover de verslaafde (zie subparagraaf 3.1.1), met als gevolg dat de problemen verergeren en de verslaafde in een vicieuze cirkel terechtkomt.

1.4 Kenmerken van *de* verslaafde persoon

In het onderzoeksrapport 'Kerncijfers verslavingszorg 2006' van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) worden de kenmerken van de cliënten binnen de Nederlandse verslavingszorg weergegeven in cijfers. Zo bleek dat in 2006 ongeveer één op de vier cliënten binnen de verslavingszorg vrouw was en dat de meeste cliënten tussen de 25 en 54 jaar oud waren. Tevens werd duidelijk dat met 46 procent bijna de helft van alle cliënten te maken hadden met alcoholgebruik. Op de tweede en derde plek stonden het opiaat- en cocaïnegebruik (LADIS, 2007).

In de volgende subparagrafen leg ik vooral de nadruk op de persoonlijke, gedragsmatige kenmerken van verslaafden. In subparagraaf 1.4.1 ga ik nader in op de typen verslaafden en in subparagraaf 1.4.2 bespreek ik het kenmerkende verslavingsgedrag.

1.4.1 *Typen verslaafden*

Volgens Linde (2000) zijn mensen met verslavingsgedrag in te delen in typen. Een dergelijke indeling kan een praktische waarde hebben, omdat daarmee het gedrag en de begeleidingsmogelijkheden in zekere mate te voorspellen zijn.

De primaire verslaafde
De primaire verslaafde is voor zijn achttiende levensjaar verslaafd geraakt met als gevolg dat hij niet in de levensfase terecht is gekomen waarin hij leert om zelfstandig in zijn levensonderhoud te voorzien en verantwoordelijkheid te dragen voor zijn gedrag. Een stabiel, primair milieu is afwezig geweest door bijvoorbeeld een opvoeding in kindertehuizen of op^voedingsinstellingen. Vaak is er sprake van emotionele verwaarlozing. Zo kan een primaire gebruiker zich gedragen als een veertienjarige puber. Bij dit type verslaafde moet de begeleiding sterk gericht zijn op de sociale vaardigheden, heropvoeding, arbeidsgewenning en het dragen van de verantwoordelijkheid.

De secundaire verslaafde
De secundaire verslaafde heeft wel ervaring opgedaan in zelfstandig volwassen f unctioneren voordat hij verslaafd raakte. Hij is geschoold en heeft ooit in zijn levensonderhoud voorzien. Dit type verslaafde vindt men vooral in bepaalde beroepsgroepen, zoals kunstenaars, verpleegkundigen, horecapersoneel of (taxi)chauffeurs. Vaak begint het gebruik onschuldig voor het plezier, maar ontstaat de verslaving naarmate hij langer gebruikt. Het gedrag van de secundaire verslaafde lijkt op die van de primaire verslaafde. Een verschil is wel dat de secundaire gebruiker zijn verslavingsgedrag sneller afleert, aangezien hij de basisvaardigheden weer kan oppikken.

De criminele verslaafde
Bij de criminele verslaafde gaat de criminaliteit vooraf aan de verslaving. Hij heeft net als de secundaire verslaafde geleerd in zijn levensonderhoud te voorzien, inaar dan niet volgens sociaal aanvaarde normen. Hij komt uit een milieu van criminaliteit, en aangezien de handel in drugs een voorname peiler vormt binnen het criminele circuit, is er een verhoogde kans dat hij ten prooi valt aan een verslaving. Het stoppen met gebruiken is voor hem gemakkelijker dan stoppen met het criminele gedrag. In dat laatste geval zal hij zijn levenswijze moeten aanpassen, maar ook moeten breken met familieleden. Bij de behandeling van dit type verslaafde is het van belang de mogelijkheden en behandeldoelen te toetsen op hun haalbaarheid.

De psychotische verslaafde
De psychotische verslaafde is in feite dubbel gehandicapt, aangezien hij naast zijn verslaving ook te maken heeft met psychiatrische problematiek. Dit wordt ook wel een dubbeldiagnose genoemd. Een aantal middelen, bijvoorbeeld heroïne, hebben het effect dat ze de symptomen van een psychose (hallucinaties, wanen) onderdrukken. De psychotische verslaafde vormt dan ook een risicogroep voor het ontwikkelen van een verskving, omdat ze vaak middelen toepassen als zelfmedicatie om zo redelijk te kunnen functioneren. Bij het afkicken van het middel is het gevolg dat de psychose zich snel zal manifesteren.

(Linde, 2000, p. 102)

1.4.2 Verslauingsgedrag

Een cliënt binnen de verslavingszorg kan bepaald gedrag gaan vertonen ten gevolge van zijn verslaving. Dit typerende gedrag wordt in vaktermen ook wel *het junkiesyndroom* genoemd . In deze subparagraaf geef ik beknopt de hoofdverschijnselen van het junkiesyndroom weer.

Hoofdverschijnselen van het junkiesyndroom

- De verslaafde liegt en steelt. Omstanders, zoals familieleden, zijn vaak geschokt dat zij zo belogen en bedrogen zijn.
- De verslaafde manipuleert anderen doormiddel van wisselend, grensoverschrijdend gedrag. Hij kan zich het ene moment agressief gedragen en het andere moment juist meelijwekkend.
- De verantwoordelijkheid van alle problemen legt hij bij anderen, aangezien zij volgens hem de veroorzakers zijn van zijn misère.
- De verslaafde gedraagt zich onverantwoordelijk door bijvoorbeeld nonchalant om te gaan met het besmettingsgevaar van ziektes zoals Hepatitis en AIDS.

(Kaiser, 2007)

De gedragskenmerken van het junkiesyndroom komen overeen met die van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Toch is er een verschil: zodra de verslaafde persoon middels behandeling stopt met het middelengebruik, dan zal het junkiesyndroom ook verdwijnen. Een antisociale persoonlijkheidsstoornis is daarentegen ongeneeslijk en met behandeling zullen enkel de verschijnselen minder worden (Kaiser, 2007).

Het komt er op neer dat het gedrag van de verslaafde negatief en destructief is geworden door toedoen van het verslavende middel. Het junkiesyndroom uit zich vooral indien de versslaafde niet kan beschikken over het middel. Het is van belang dat de professional de verschijnselen van dit verslavingsgedrag herkent en hier professioneel mee omgaat tijdens het contact met de verslaafde.

Hoofdstuk 2 Bejegening

2.1 Bejegening oeder de loep genomen

In deze paragraaf neem ik de definitie en aspecten van *bejegening* onder de loep. Bejegening is een ruim begrip. Bejegening kan namelijk te maken hebben met hoe een cliënt door de samenleving of het personeel van de instelling wordt benaderd. Het kan ook te maken hebben met de manier waarop cliënten elkaar onderling benaderen. In deze scriptie wordt de bejegening beperkt tot de relatie tussen de cliënt en de professional.

Bosch (2003, p. 15) komt met de volgende definitie van bejegening:

> 'Bejegening is de wijze waarop men zich jegens iemand gedraagt. Bij respectvolle bejegening gaat het mijns inziens altijd om de volgende logica: visie, attitude en kritische zelfreflectie.'

In deze scriptie is de definitie van Bosch ingeperkt tot de nianier waarop de professional zich tegenover de cliënt gedraagt. Gedrag valt in te delen in verbale communicatie (wat er letterlijk gezegd wordt) en non-verbale communicatie (gebaren, lichaamshouding) (Jagt, 2001). Hoe de professional zich verbaal en non-verbaal gedraagt tegenover de cliënt heeft te maken met verschillen dingen, zoals sdjn normen en waarden (normatief), kennis (objectief) en gevoelens (subjectief). Genoemde punten kunnen ook in competenties worden verdeeld met behulp van het driewereldenmodel van Bootsma (2004).

Het driewer eldenmodel van Bootsma

Wereld	***Competentie***	***Soort vragen***	***Geldigheidsclaim***
Objectief	**IKHGBlll^IBt** instrumentele ***Beheersaspect***	Wat weet ik? (Kennis) \ Wat kan ik? (Praktisch) Zó moetje kijken! Zó werkt het!	Is het, ***ware*** betrouwbare kennis (theorie) waarover ik beschik? Werkt het zo (ervaring)? Is mijn doen ***effectief en efficiënt?***
Sociaal	Normatieve competentie ***Verkeersaspect***	Wat vind ik goed en rechtvaardig om te doen? Wat wil ik met cliënten?	Is het ***juist*** of ***acceptabel*** wat ik zeg goed te vinden? Doe ik de ander recht met de keuze voor mijn rol, methoden en technieken?
Subjectief	Persoonlijke competentie ***Identiteitsaspect***	Hoe wil ik zijn? Waar sta ik voor? Waar hoop ik op? Zó past het bij mij!	Kan ik ***waarachtig*** zijn en blijven, in de zin van trouw aan mijzelf en anderen?

Bosch (2003) spreekt over bepaalde logica die volgens hem aan een respectvolle bejegening ten grondslag liggen. In het 'bejegeningdrieluik' heeft hij deze logica, bestaande uit *visie, attitude* en *kritische zelfreflectie,* verwerkt.

Het bejegeningdrieluik van Bosch

Logica	***Uitleg***
	Met de ***visie*** geeft men de kijk op mensen weer en verwoordt men de manier waarop zij met deze mensen willen omgaan. In een instelling hoort volgens Bosch een gezamenlijke visie te worden uitgedragen door de professionals die respectvolle bejegening naar cliënten toe veronderstelt en mogelijk maakt.
Attitude	De ***attitude*** bestaat uit het gedrag waarmee men deze visie praktisch gestalte geeft.
Kritische zelfreflectie	De ***kritische zelfreflectie*** is daarbij weer nodig om scherp te bezien hoe de attitude is en of hiermee daadwerkelijk de visie wordt belichaamd, of deze visie bevestigd kan worden, of moet worden bijgesteld.

Wanneer dit bejegeningdrieluik van Bosch wordt vergeleken met het driewerelden-model van Bootsma lijken er overeenkomsten te zijn. Zo lijkt de *visie* overeen te komen met de *normatieve competentie,* de *attitude* met de *technisch-instrumentele competentie* en de *kritische zelfreflectie* met de *persoonlijke competentie.*
Het komt er bij beide modellen op neer dat een professional (en bij Bosch ook de instelling) van zichzelf moet weten welke kennis hij heeft, wat hij wil met zijn cliënten, waar hij voor staat en wat bij hem past. Tevens moet de professional geregeld controleren of hij dit ook daadwerkelijk zo uitdraagt. Bij het bejegeningdrieluik gebeurt dit in de kritische zelfreflectie. Bij het driewereldmodel wordt er gecontroleerd met behulp van de geldigheidsclaims.

Uit de literatuur van Bootsma (2004) en Bosch (2003) kan ik concluderen dat de manier van bejegenen veel over de professional zelf zegt. Het is dus van belang dat de professional zelfkennis heeft van alle drie de werelden en dat hij deze zelfkennis ook kritisch onder de loep durft te nemen tijdens zijn werkzaamheden.

Verschillende aspecten van bejegening

In het informatieve boekje van Kragten (2003) spreken cliënten van de geestelijke gezondheidszorg over de bejegening door professionals. De aspecten van bejegening komen hierbij naar voren. Een aantal van deze aspecten, gericht op de professional in relatie tot de cliënt, staan in deze subparagraaf benoemd. Per aspect zal ik een voorbeeld geven vanuit cliëntperspectief, afkomstig uit de literatuur van Kragten (2003).

- Aandacht geven

'Als ik een gesprek heb en er komt iemand binnen dan zegt mijn psychiater altijd tegen de ander dat hij niet gelegen komt. Dit geeft mij het gevoel dat het gesprek tussen ons iets vertrouwelijks en belangrijks is'. (Kragten, 2003, p. 6)

- Aanpassen van taalgebruik

'Als ik iets lees vraag ik me af wat ze ermee bedoelen. Het stikt van de afkortingen en moeilijke woorden. Meestal moet ik dat soort teksten twee of drie keer lezen en dan begrijp ik het wel, maar andere cliënten snappen er gewoon geen bal van.' (Kragten, 2003, p. 10)

- Begrip tonen

'Als ik agressief word dan reageert zij heel kalm en lief. Een ander zou gewoon kwaad worden maar zij kijkt door mij heen en dat maakt me rustiger en minder kwaad.' (Kragten, 2003, p. 11)

Cliënt centraal stellen

'Wat me de laatste tijd opvalt in de huiskamervergaderingen is dat we meer te zeggen hebben. Sinds we een nieuw afdelingshoofd hebben is er veel veranderd. Vroeger kregen we altijd te horen waarom het niet klopte wat wij te zeggen hadden. Nu is er meer een gesprek tussen de verpleging en cliënten.' (Kragten, 2003, p. 12)

^ Complimenten geven

'Soms krijg ik ineens te horen: 'Wat kijkje lui uitje ogen, kun je nietje handen uit de mouwen steken?'. Ik vind dat de medewerkers dit soort dingen niet tegen mij mogen zeggen zonder een duidelijke aanleiding. Het werkt heel negatief en afbrekend. Ik wil graag complimenten krijgen over de dingen die ik goed doe. Er is teveel aandacht voor wat ik niet kan en voor mijn ziekte en te weinig aandacht voor de dingen waarin ik me ontwikkel.' (Kragten, 2003, p. 13)

- Geduld tonen

'Ze is de laatste tijd niet meer te pruimen. Elk klein foutje dat ik maak wordt uitgebreid besproken en afgekraakt. Ik vraag me wel eens af wie hier de cliënt is, terwijl ze mij eigenlijk zou moeten begeleiden.' (Kragten, 2003, p. 19)

»• Gelijkwaardigheid

'Het afdelingshoofd gaat dan tussen ons in zitten en vraagt recht op de man af hoe we het hier vinden. Hij is helemaal niet uit de hoogte en het is ook iemand die echt iets doet, als je het ergens niet mee eens bent.' (Kragten, 2003, p. 20)

- Keuzemogelijkheden bieden

'Ik heb van de behandeling echt het idee dat ik er niets over te zeggen heb. Het is vaak ook zo'n technisch verhaal: medicatie dit en dat en het ziekteverloop. De psychiater heeft weinig gevoel voor hoe ik in elkaar zit en wat ik zelf verder wil met mijn leven.' (Kragten, 2003, p. 26)

- Openheid

Ik mocht op een gegeven moment mijn dossier wel lezen van de verpleging. Hoewel mijn behandelaar eerst had gezegd dat dit niet mocht. Er stonden dingen in waar ik het totaal niet mee eens was maar ik mocht ze niet veranderen. Later hoorde ik van iemand anders dat ik hier over een klacht had kunnen indienen/ (Kragten, 2003, p. 38)

- Overleg voeren

'Als er een behandelingsplanbespreking is, word ik er altijd bij geroepen. Dat vind ik trouwens normaal. Per slot van rekening is het mijn behandelingsplan en mijn behandeling.' (Kragten, 2003, p. 39)

- Regels toepassen

'De hele dag moet ik me aan regels houden. Dus niet drinken en op tijd mijn bed uit en eten. Sommige regels vind ik goed, omdat het anders een zooitje wordt. Andere regels vind ik kinderachtig en meer iets voor een kleuterschooltje.' (Kragten, 2003, p. 42)

- Respect tonen

'Ik heb een behandelaar die noemt mij 'meneer'. Dit geeft mij een goed gevoel. Hij geeft eerlijk zijn mening over dingen en houdt niets achter. Hij geeft mij uitgebreid de kans om te vertellen hoe ik tegen dingen aankijk. Hij vertrouwt me en ik kan in vertrouwen iets aan hem vertellen, dus zonder dat hij het opschrijft in zijn dossier. Hij is niet afstandelijk, hij heeft iets stimulerends, zo van: 'we houden de moed erin.' (Kragten, 2003, p. 43)

- Vriendelijkheid

'De verpleegkundigen op onze afdelingen komen vaak tussen de cliënten in zitten. Volgens mij doen ze dat bewust en ze stellen zich heel menselijk op. Op andere afdelingen gaan ze vaak op het kantoortje bij elkaar klitten en komen ze nooit op de afdeling, alleen als het moet. Ik vind het leuk dat ze bij ons komen zitten en ze vragen vaak echt naar je, hoe het gaat. Het belangrijkste vind ik of iemand sympathiek overkomt.' (Kragten, 2003, p. 49)

- Waardering

'Ik werk al jaren als cliënt-vrijwilliger. Als ik ziek word en in het gewone ziekenhuis beland krijg ik geen kaartje of bloemetje terwijl de externe vrijwilligers en betaalde krachten dit altijd wel krijgen. Ik vind dat ik ook wel eens wat waardering moet krijgen voor het werk dat ik al jaren doe als cliënt-vrijwilliger.' (Kragten, 2003, p. 51)

Dit waren een aantal aspecten van bejegening, onderbouwd met voorbeelden van cliënten van de GGZ. Ik spreek expliciet over een 'aantal' aspecten, aangezien er nog meer aspecten onder bejegening vallen. Voor alle aspecten wil ik verwijzen de literatuur van Kragten (2003).

2*2 Beroepscode voor **maatschappelijk** werkers

Aangezien ik de opleiding MWD heb gevolgd kom ik in deze subparagraaf met informatie over de beroepscode van het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). Volgens de NVMW[6] (2006) formuleert de beroepscode voor de maatschappelijk werker kenmerkende beroepsethische principes. De beroepscode is kort samengevat een samenhangend geheel van principes en regels met betrekking tot het: uitoefenen van het beroep van maatschappelijk werker. De codes die met de bejegening door de maatschappelijk werker te maken heïbben benoem ik hieronder.

De beroepscode

Code	*De tekst uit de code*
• • i	De houding van de maatschappelijk werker tegenover de cliënt is gebaseerd op respect voor diens persoon en erkenning van diens verantwoordelijkheid voor de eigen keuze van handelen.
6	De maatschappelijk werker laat na misbruik te maken van het uit zijn deskundigheid en/of positie voortvloeiend overwicht in de professionele relatie tot de cliënt.
7	De maatschappelijk werker informeert de cliënt over de wijze waarop en de vorm waarin binnen de doelstelling en het: beleid van de organisatie hulp kan worden geboden.
9	De maatschappelijk werker handelt in het kader van de professionele relatie, op basis van overeenstemming met en instemming van de cliënt over de doelstellingen en aard van de professionele relatie en de daarbij horende voorwaarden De maatschappelijk werker verstrekt de cliënt daartoe alle behorende informatie.
12	Krachtens zijn persoon als vertrouwenspersoon heeft de maatschappelijk werker de plicht tot geheimhouding van hetgeen hem als zodanig over de persoon en omstandigheden van de cliënt ter kennis is gekomen.

(Janssen, 2005, p. 251-255)

In de code komen een aantal aspecten van bejegening naar voren die ik reeds in de vorige subparagraaf heb benoemd. Hierbij gaat het om; *respect, keuzemogelijkheden bieden, openheid* en *gelijkwaardigheid.* Aspecten die ik in de code terugzie, maar niet in de vorige subparagraaf heb benoemd zijn; *erkenning van de cliënt zijn verantwoordelijkheid* en de *vertrouwelijkheid* (geheimhoudingsplicht).

[6] De Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werkers is de beroepsvereniging voor maatschappelijk werkers, opgericht in 1969.

Hoofdstuk 3 De verslavingszorg en betrokken professionals

3. i Verslavingszorg **in** Nederland

De rijksoverheid rekent de verslavingszorg tot de geestelijke gezondheidszorg. De verslavingszorg heeft zich de afgelopen decennia ontwikkeld tot een gespecialiseerde vorm van lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg. Er is een breed aanbod ontstaan bestaande uit interventies en voorzieningen. Dit aanbod is gericht op alle stadia van de ziekte en waarin verslaving wordt behandeld vanuit een multidisciplinaire en een methodische aanpak. De behandeldoelen kunnen zowel gericht zijn op *cure* (abstinentie) als *care* (het middelengebruik stabiliseren) (Kersten, 2006). Binnen de verslavingszorg wordt volgens het *stepped care principe* gehandeld. Dit houdt in dat de cliënt eerst de goedkoopste, meest effectieve, minst belastende en kortste behandeling wordt aangeboden. Als dit niet werkt wordt er overgegaan tot een intensievere, duurdere behandeling.

In de volgende subparagrafen ga ik in op de actuele maatschappelijke ontwikkelingen en de rol van de kwaliteit binnen de verslavingszorg in relatie tot de bejegening.

3.1.1 Actuele maatschappelijke ontwikkelingen

In het document 'Zorg in Zicht' (VNN, 2006) worden een aantal actuele maatschappelijke ontwikkelingen besproken die zo ook zijn weerslag hebben op de Nederlandse verslavingszorg. In deze subparagraaf benoem ik deze maatschappelijke ontwikkelingen en geef ik bij elke ontwikkeling uitleg.

- **Verharding en minder tolerantie binnen de maatschappij**

Er is in de huidige maatschappij sprake van verharding. Mensen worden steeds meer op hun eigen verantwoordelijkheid gewezen en er bestaat tussen mensen onderling steeds minder tolerantie en solidariteit. Binnen de **verslavingS2üorg** is deze verharding zichtbaar bij de cliënten die mondiger en eisender worden. Een gevolg van de verharding is dat dit door kan werken op de kwetsbare personen binnen deze maatschappij, met als gevolg dat zij meer middelen gaan gebruiken wat kan leiden tot een verslavingsprobleem.

- **Cliënteninspraak**

Zoals bij de vorige ontwikkeling al werd benoemd, worden cliënten steeds mondiger en eisender. Een ontwikkeling binnen de zorg is **dein** ook dat cliënten meer inspraak hebben gekregen. Deze inspraak wordt vormgegeven via de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ), die op 1 juni 1996 in werking is getreden. Door de invoering van deze wet is bijvoorbeeld elke zorgaanbieder verplicht een cliëntenraad in te stellen om de belangen van de cliënten te behartigen.

- **Zelfhiidporganisaties**

Zelfhulporganisaties, zoals de Anonieme Alcoholisten, maken zich sterk voor een grotere betrokkenheid bij de professionele verslavingszorg. Deze ontwikkeling wordt gestimuleerd door de gemeenten en de landelijke politiek.

- **Overlastbestrijding**

De eerder genoemde tendens van verharding, met daarbij de dalende tolerantie, uit zich ook in de houding van de samenleving ten aanzien van afwijkend gedrag. In deze maatschappij gaat de aandacht meer uit naar overlastbestrijding en er wordt door de overheid veel geïnvesteerd in deze bestrijding. Deze investeringen zijn zowel in de zorg als in het strafrechtelijke circuit. Een voorbeeld hiervan is de verzakelijking en standaardisering bij de verslavingsreclassering. Het reclasseringsproces is tegenwoordig strak geprotocolleerd, zo zijn de werkzaamheden gekoppeld aan producten en alleen deze producten worden gefinancierd.

- **Financiële veranderingen**

Een belangrijke verandering op dit gebied is de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) op 1 januari 2007. De WMO vervangt de Welzijnswet, de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het doel van de overheid was om de AWBZ terug te brengen naar de oorspronkelijke kern: de onverzekerbare zorg. Delen van de AWBZ zijn in het kader hiervan overgeheveld naar de basisverzekering en andere delen naar de gemeenten die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de WMO. De financiering van de forensische zorg in een strafrechtelijk kader is overgeheveld naar Justitie. Deze wettelijke regelingen hebben als doel de zorg betaalbaar te houden en meer transparant te maken. Voor de zorgaanbieders, waaronder ook verslavingszorg, heeft dit als gevolg dat zij meer verantwoording moeten afleggen over de geleverde zorg. De verslavingszorg wordt nu meer verantwoordelijk gesteld en afgerekend op de behaalde resultaten.

- **De opkomst van het internet en E-health**

De laatste ontwikkeling op maatschappelijk vlak is de toename van het internetgebruik. Vandaag de dag heeft ruim 80 procent van alle huishoudens toegang tot een internetverbinding. Deze toename heeft niet alleen negatieve consequenties (zoals een grotere kans op een internetverslaving), maar het biedt ook mogelijkheden op het gebied van digitale hulpverlening. Hulpverlening via het internet, wordt ook wel E-health genoemd en is de meest actuele ontwikkeling in het zorgaanbod van de Nederlandse verslavingszorg. Er wordt door verslavingszorginstellingen steeds meer gebruik gemaakt van E-health toepassingen en zij hebben op dit gebied ook voorsprong op andere welzijnsinstellingen. Voorbeelden hiervan zijn www.wefozorg.nl en www.minderdrinken.nl.

(VNN, 2006)

3.1.2 Kwaliteit binnen de verslavingszorg

Door de jaren heen heeft de verslavingszorg zich sterk ontwikkeld, al was dit niet altijd ten gevolge van positieve prikkels. In de tweede helft van de jaren negentig was er kritiek op de verslavingszorg, er werd door de media een negatief beeld geschetst. Zo werd er slecht door de verschillende instellingen samengewerkt en waren de resultaten te beperkt. Het was hard nodig dat de verslavingszorg zich zou gaan professionaliseren. Begin jaren negentig kwam het kwaliteitsdenken op en kwam de Kwaliteitswet zorginstellingen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in beeld. In 1999 werd gestart met het zorgvernieuwingsproject 'Resultaten Scoren', met als doel de kwaliteit van de verslavingszorg te verbeteren. In de verslavingszorg werd door dit project vooral de aandacht gevestigd op het efficiënt werken gebaseerd op de *Evidence-based practice.* Hierbij kiest de beroepsbeoefenaar de behandeling waarbij vanuit wetenschappelijk onderzoek is bewezen dat deze het meest doeltreffend en doelmatig is (Goossensen 2008).

Goossensen (2008) schreef de rede 'Logica en liefde: de behandelrelatie als basis voor zorgvernieuwing'. Deze rede gaat over de kwaliteit van de zorg voor mensen met verslavingsproblemen, het onderwerp waar Goossensen onderzoek naar heeft gedaan. Aan de hand van de bevindingen uit haar onderzoek kwam Goossensen tot de stelling dat de hulpverlening bij verslavingsproblematiek kan worden verbeterd door de kwaliteit van de behandelrelatie te verbeteren. Nu zijn de verbetertechnieken binnen de verslavingszorg te vaak gericht op behandeltechnieken of protocollen. Goossensen is van mening dat mede door de eisen die vanuit het belang van de bedrijfsvoering aan de zorg worden gesteld, de essentie van het contact tussen de verslaafde en professional onvoldoende tot zijn recht: komt. Volgens Goossensen is de manier waarop de professional met de verslaafde communiceert bepalend voor een belangrijk *deel* van het behandelresultaat. Uit onderzoek is ook gebleken dat de kwaliteit van het contact tussen professional en cliënt van doorslaggevend belang is (Goossensen, 2008).

Een aantal andere stellingen van Goossensen aan de hand van haar bevindingen zijn:

> 'Patiëntgerichtheid heeft te weinig voet aan de grond gekregen in de verslavingszorg/
>
> 'Patiënten worden vooral recht gedaan door het door het voorkomen van het ten onrechte kaderen van hun verhaal door de hulpverlener/
>
> 'Medewerkers voelen zich gereduceerd tot hun methoden. Het is tijd om de beroepszeer[7] beweging serieus te nemen en meer ruimte te scheppen voor het opbouwen van een relatie bij intake en behandeltrajecten/
>
> 'Verslavingszorg professionals dienen opgeleid te worden tot vakkundige hulpverleners in termen van logica en liefde. Zij dienen zowel technische kennis en vaardigheden te verwerven, als gevormd te worden in attitude, empathie en betrokkenheid/

(Goossensen, 2008, pp. 36,37)

Uit de rede van Goossensen kan ik concluderen dat er meer aandacht moet worden besteed aan de relatie tussen de professional en de cliënt en dat de professional hier ook de ruimte voor moet worden gegeven. Deze ruimte is momenteel teveel ingeperkt ten gevolge van het huidige marktmechanisme, waarbij het efficiënt werken en het behalen van de productie een grote plek heeft ingenomen. De bejegening door de professionals is volgens Goossensen een belangrijke factor bij het slagen van de behandeling. In het kader hiervan dienen de professionals doormiddel van opleiding hun vakkundigheid op dit gebied te bevorderen.

De Vries (2007) is ook van mening dat de professionele relatie tussen professional en cliënt vaak meer oplevert dan de verschillende methodieken die worden toegepast. Volgens hem spelen de zogenaamde *common factors* van de professional mee in het succes van de hulpverlening. In subparagraaf 3.2.1 leg ik uit wat er met deze common factors bedoeld wordt.

[7] 'Beroepszeer' staat voor professionals die ontevreden zijn, doordat zij niet hun expertise kunnen inzetten ten gevolge van allerlei regeltjes.

3.2 **Kenmerken** van professionals

Binnen de verslavingszorg werken verschillende disciplines, zoals gezondheidspsychologen, verpleegkundigen, reclasseringswerkers, sociotlierapeuten, systeemtherapeuten, psychiaters, verslavingsartsen, ambulante hulpverleners en maatschappelijk werkers. Deze beroepsdisciplines noemen zichzelf professionals. In deze paragraaf beschrijf ik in het kort de kenmerken van professionals en in subparagraaf 3.2.1 benoem ik de zogenaamde common factors van maatschappelijk werkers.

Volgens Hutschemaekers (2001, p. 10) voldoen professionals aan de volgende kenmerken:

- Professionals zijn voortdurend bezig met beroepsvormende activiteiten. Ze ontwikkelen hun kennis en leren nieuwe methodieken.
- Professionals bekommeren zich om de positie van hun beroepsgroep. Ze leggen niet zelden eisen op tafel op grond van hun deskundigheid of ze eisen een uitzonderingspositie op binnen de organisatie. Dit proces wordt ook wel professionalisering genoemd.

Het komt er dus op neer dat iemand zich een professional mag noemen wanneer hij zich bezighoudt met de ontwikkeling van zijn persoonlijke kennis en de profilering van het beroep dat hij uitvoert.

3.2.1 Common factors van maatschappelijk merkers

Zoals ik in paragraaf 3.2 reeds aangaf zijn er binnen de verslavingszorg ook maatschappelijk werkers werkzaam. Een maatschappelijk werker kan bijvoorbeeld een functie vervullen als ambulant maatschappelijk werker of preventiewerker. Welke functie er echter ook wordt vervuld, waar de maatschappelijk werker voor staat blijft hetzelfde:

> 'Maatschappelijk werkers streven ernaar dat mensen zich in wisselwerking met hun sociale omgeving zo goed mogelijk kunnen ontplooien, naar hun eigen aard, behoeften en opvattingen, en dat ze rekening houden met de anderen met wie zij samenleven.'

(NVMW, 2006, p.10)

Voor het bereiken van de bovengenoemde missie beheerst de maatschappelijk werker verschillende methodieken en gesprekstechnieken die hij heeft geleerd tijdens zijn opleiding. Het toepassen van methodieken en technieken kan gezien worden als een bewust gekozen manier van werken. Wat daarnaast essentieel is, zijn de common factors van de maatschappelijk werker. Dit zijn de gemeenschappelijke factoren die werkzaam zijn in alle vormen van hulpverlening. Methodieken en technieken zijn slechts een aanvulling hierop. Hierbij gaat het vooral om de persoonskenmerken van de professional die naar voren komen in het contact met de cliënt (De Vries, 2007). In tegenstelling tot de methodieken en technieken past de maatschappelijk werker zijn persoonskenmerken minder bewust toe. Deze kenmerken zitten namelijk diep in zijn persoon geworteld en kunnen enkel door een kritische zelfreflectie aan het licht worden gebracht (zie hoofdstuk 2, paragraaf 2.1).

Volgens de Vries (2007) zijn er wel degelijke 'goede' en 'foute' hulpverleners. Goede hulpverleners zijn volgens hem persoonlijk, betrokken en warm in het contact met de cliënt en kunnen flexibel omgaan met de veranderende situatie van de cliënt. Tevens geloven zij in wat zij doen en hebben ze een niet oordelende houding. Foute hulpverleners werken het tegenovergestelde en zijn juist afstandelijk, kil en veroordelend jegens de cliënt. Of iemand een 'goede' of'slechte' hulpverleners is, heeft dus veel te maken met de manier waarop de professional de cliënt bejegent.

Uit het onderzoek van De Vries is gebleken dat maatschappelijk werkers effectief zijn. Er blijkt een overlap te zijn in wat de cliënten heeft geholpen, de uitgangspunten van de maatschappelijk werkers en de common factors:

1. De cliënt staat als mens centraal en het gaat om zijn mogelijkheden en doelen;
2. de relatie moet positief en gelijkwaardig zijn;
3. de professional moet betrokken, kundig en begrijpend zijn;
4. Methoden en technieken vullen bovengenoemde punten aan.

Uit verschillende onderzoeken is nu gebleken dat maatschappelijk werkers effectief zijn, aangezien ze dus werken met de common factors. Daarnaast sluiten ze aan bij de cliënt en de soort hulpverlening die hij als doeltreffend beschouwt. De cliënt is hierdoor tevreden zodat er goede resultaten worden geboekt.

(De Vries, 2007)

Uit de literatuur van De Vries (2007) kan ik concluderen dat de common factors in relatie staan tot de manier van bejegenen door de professionals. Hoe zij in contact treden met de cliënt en een behandelrelatie aangaan, beïnvloedt in grote mate het succes van de hulpverlening. Wanneer deze relatie door de cliënt namelijk als positief wordt bestempeld zullen zij meer tevreden zijn over de zorg van de zorgaanbieder.

Goossensen (2008, p. 38) zegt hier tot slot het volgende over:

> 'Kwaliteitsbeleid in de verslavingszorg is nu gebaat met het erkennen van het belang van een optimale behandelrelatie, als wezenlijk instrument om patiëntgerichtheid te bevorderen. Het lijkt veelbelovend om daarbij in te zetten op onderzoek naar de kwaliteit van de hulpverlener- patiënt communicatie en op scholing om het niveau van die relatie te verbeteren/

Deel II

Het onderzoek

Hoofdstuk 4 Onderzoeksopzet en evaluatie

4.1 Oriëntatie voorafgaand aan **het** onderzoek

In deze paragraaf benoem ik het vooronderzoek dat ik heb gedaan, de gekozen onderzoekspopulatie en tot slot de onderzoeksbenadering en methoden die ik gebruikt heb. Ik heb bij de onderzoekspopulatiekeuze en de keuze voor de onderzoeksbenadering en methoden onderbouwd waarom ik hiervoor gekozen heb.

4.1.1 Vooronderzoek

Voordat ik daadwerkelijk aan het schrijven van niijn scriptie ben begonnen heb ik gesproken met een aantal mensen. Aan de hand van de verkregen informatie van deze mensen kwam ik op ideeën voor de invulling van mijn scriptie.

Gesprek met dr. Jannet de Jonge

In juni 2007 had ik een gesprek met Jannet de Jonge die werkzaam is als onderzoeker en GZ-psycholoog binnen de VNN te Assen. Mevrouw De Jonge onderzocht onder andere bij bestaande en nieuwe meetmethodes voor motivatie en motiverende gespreksvoering de betrouwbaarheid en validiteit. Haar onderzoek resulteerde in de ontwikkeling van nieuwe Nederlandse meetinstrumenten die toepasbaar zijn binnen de verslavingszorg. In het kader van haar ervaring met het doen van onderzoeken binnen de verslavingszorg nam ik contact met mevrouw De Jonge op. Ik heb van haar een aantal bruikbare tips voor de opzet van mijn onderzoek. Zo sprak ik met haar over de indeling van een onderzoek en hoe ik gegevens zou kunnen verwerken.

Interview met liesbeth Vollemans

Op 19 februari 2008 sprak ik met Liesbeth Vollemans, nadat ik tijdens het zoeken naar informatie op het internet op haar weblog[8] terechtkwam. Op haar weblog sprak ze over de bejegening door hulpverleners, waar mijn scriptie ook over gaat. Mevrouw Vollemans is een ervaringsdeskundige op het gebied van psychiatrie en verslaving en ze is werkzaam als trainer, co- onderzoeker en auteur. Mevrouw Vollemans was enthousiast over het onderwerp van mijn scriptie en wilde meewerken aan een interview. Op 19 februari 2008 ben ik naar Rotterdam vertrokken voor het interview met haar. Mevrouw Vollemans vertelde over haar eigen ervaringen met bejegening en de onderzoeken die ze momenteel uitvoert waarin ook bejegening een rol speelt. Ze heeft me tips gegeven voor het bereiken van respondenten. Het gehele interview valt terug te lezen in bijlage 1.

[8] Een weblog is een internetpagina in een dagboekstijl. De maker, de weblogger, plaatst links (doorverwijzingen) naar andere internetpagina's die hij of zij leuk of interessant vindt.

Gesprek met de cliëntenraad

Ik sprak op 10 maart: 2008 met de cliëntenraad^ van de VNN over het onderwerp bejegening. De cliëntenraadsleden vertelden mij over de eigen ervaringen met bejegening. Ze vroegen mij daarnaast wat ik onder de term bejegening verstond. De clientenraadsleden gaven aan dat zij bejegening hoog op de agenda hebben staan, aangezien de bejegening door professionals veel zegt over de kwaliteit van een zorginstelling. Bij de gesprekken die ze met cliënten van verschillende afdelingen van de VNN hebben, komt de bejegening ook geregeld aan bod. Tot slot gaven een paar clientenraadsleden mij tips over hoe ik het beste aan cliënten voor mijn onderzoek kon komen. Ze gaven mij een aantal namen van werknemers binnen de organisatie die mogelijk iets voor mij konden betekenen. Bij het benaderen van deze werknemers mocht ik de cliëntenraad als referent noemen.

4.1.2 Gekozen onderzoekspopulatie

Ik heb ervoor gekozen om de onderzoekspopulatie af te bakenen, zodat ik hiermee mijzelf inperk en het concretiseer. Ik moet hier wel bij vermelden dat het nog steeds een brede onderzoekspopulatie is, aangezien ik bijvoorbeeld niet voor de cliënten van een bepaalde afdeling van de VNN heb gekozen. Ik heb hier bewust voor gekozen, omdat ik vind dat bejegening heel algemeen is en het van belang is bij alle afdelingen binnen een zorginstelling. Steekproefsgewijs zullen cliënten van de VNN bij het onderzoek worden betrokken. In deze subparagraaf zal ik mijn keuzes betreffende de gekozen onderzoekspopulatie verantwoorden. Ik benoem eerst de punten op basis waarvan ik de onderzoekspopulatie heb uitgekozen en daarna zal ik elk punt onderbouwen.

De onderzoekspopulatie waar ik voor heb gekozen:

1) is of was verslaafd aan psychoactieve stoffen;
2) ontvangt momenteel behandeling en/of begeleiding van de VNN;
3) bestaat uit mannen en vrouwen;
4) is van alle leeftijden.

Onderbouwing

1) Ik heb bij de start van mijn onderzoek besloten het op cliënten te richten die verslaafd zijn of dit waren, aangezien een verslaving invloed heeft op het gedrag van deze cliënten en dit een specifieke manier van bejegening door de professionals behoeft. Er zijn veel verschillende soorten verslavingen. Wel is het zo dat de meeste cliënten binnen de verslavingszorg verslaafd zijn aan psychoactieve middelen, zoals alcohol, cocaïne en heroïne (zie paragraaf 1.4) In het kader daarvan heb ik dit onderzoek gericht op cliënten die verslaafd zijn aan psychoactieve stoffen.

[9] Een cliëntenraad is een onderdeel van een organisatie. Deze raad is verantwoordelijk voor de medezeggenschap door en belangenbehartiging van alle cliënten binnen de organisatie.

2) Het gaat om cliënten die op dit moment behandeling en/of begeleiding van de VNN ontvangen voor de verslavingsproblematiek en voor de problemen op andere leefgebieden, zoals wonen, werk en financiën. Ik heb ervoor gekozen om cliënten te benaderen die midden in de begeleiding en/of behandeling van de VNN zitten. Dit kunnen cliënten zijn die net een maand zorg ontvangen, maar ook cliënten zijn die ruim 20 jaar zorg ontvangen. Aangezien deze cliënten op dit moment actief te maken hebben met professionals, kunnen zij het beste aangeven wat zij prettig in de bejegening vinden of juist ergerlijk.
   Dit zijn alleen cliënten van de VNN, aangezien ik zelf stage heb gelopen binnen de VNN bij de afdeling verslavingsreclassering. Momenteel ben ik nog steeds werkzaam bij de verslavingsreclassering als reclasseringswerker. Dit maakte het voor mij logisch om binnen diezelfde organisatie ook mijn onderzoek uit te voeren.
3) Ik heb geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen in mijn onderzoek. Ik heb namelijk niet als doel te onderzoeken of vrouwen en mannen anders denken over de bejegening door professionals. Ik wil enkel onderzoeken wat de cliënten in het algemeen, dus zowel mannen als vrouwen, belangrijk vinden in de **oniLgang** met professionals.
4) De leeftijden van de cliënten binnen de verslavingszorg zijn zeer gevarieerd. Uit een eerder uitgevoerd onderzoek binnen de VNN uit 2006, gericht op de cliëntsatisfactie, bleek namelijk de jongste cliënt 15 jaar te zijn en de oudste cliënt 79 jaar. In het kader hiervan heb ik besloten geen leeftijdcategorie te kiezen, maar het breed te houden.

4.1.3 Onderzoeksbenadering

Ik heb qua onderzoeksbenadering gekozen voor een empirisch[10] kwalitatief onderzoek. Wat een kwalitatief onderzoek inhoudt en wat de voor- en nadelen zijn ga ik in deze subparagraaf beschrijven. In deze beschrijving heb ik gebruik gemaakt van de theorie van Baarda, De Goede & Teunissen (1995) en Baarda en De Goede (2001).

Kwalitatief onderzoek

Ik kan mijn onderzoek bestempelen als een empirisch kwalitatief onderzoek. Een kwalitatief onderzoek is een onderzoek waarbij problemen in situaties, personen en gebeurtenissen beschreven en geïnterpreteerd worden aan de hand van de gegevens van kwalitatieve aard. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om belevingen en ervaringen die verzameld zijn via open interviews en/of met bestaande documenten. Aangezien mijn onderzoek ook is gericht op de belevingen en ervaringen van de respondenten, heb ik gekozen voor een kwalitatief onderzoek in plaats van een kwantitatief onderzoek. Bij een kwantitatief onderzoek draait het om het verzamelen van cijfermatige gegevens en kan bijvoorbeeld onderzocht worden hoeveel cliënten tevreden zijn over de zorg die ze ontvangen. Met behulp van dit onderzoek wil ik een kijkje nemen in de belevingswereld van de respondenten. Het ging mij hierbij niet om het in kaart brengen van cijfers, vandaar dat ik niet voor een kwantitatief onderzoek heb gekozen.

Een empirisch onderzoek is op de werkelijkheid en de ervaring gebaseerd in plaats vanuit de theorie.

Er zijn ook een aantal voor- en nadelen aan een kwalitatief onderzoek verbonden. Ik heb deze hieronder op een rijtje gezet.

Voordelen:

Bij een kwalitatief onderzoek kan tijdens een interview worden doorgevraagd door de onderzoeker als iets niet helder is.
De respondenten[1] krijgen de kans om hun verhaal te vertellen, aangezien er grotendeels open vragen worden gesteld.

- Er kan worden ingegaan op onverwachte situaties doordat de vragenlijst niet dwingend is, enkel richtinggevend.

Nadelen:

- De resultaten geven alleen een indicatie en zijn niet volledig representatief.
  De antwoorden zijn niet eenduidig, aangezien de vragen niet sterk gestandaardiseerd zijn.

Bij mijn keuze wogen voor mij de voordelen zwaarder dan de nadelen. Dat het onderzoek niet volledig representatief zal zijn, ervaar ik niet als probleem. De resultaten kunnen namelijk wel een indicatie geven over wat er leeft onder de gekozen onderzoekspopulatie op het gebied van bejegening.

4.1.4 Dataverzamelingsmethoden

De gekozen dataverzamelingsmethoden voor dit onderzoek zijn deskresearch, een groepsinterview en het afnemen van vragenlijsten. Deze methoden zal ik nader omschrijven en ik zal tevens onderbouwen waarom ik voor deze methoden heb gekozen. Dit heb ik gedaan met behulp van de theorie van Baarda, De Goede & Teunisen (1995) en Van Driel (1998).

Deskresearch

Door middel van deskresearch heb ik onder andere informatie gevonden over wat een verslaving is, wat de definitie van bejegening is en wat de kenmerken van de cliënten binnen de verslavingszorg zijn. Deskresearch betekent letterlijk 'bureauonderzoek'. De onderzoeker voert zijn onderzoek uit vanachter zijn bureau.Het doel van de deskresearch is om antwoord te gerven op alle deelvragen afkomstig uit de vraagstelling. Ik heb onder andere informatie gehaald uit boeken, vakbladen en documenten van het internet. Zie voor alle gebruikte informatiebronnen de bronvermelding.

Groepsinterview

Interviews kunnen rnet een individuele cliënt of met een groep cliënten worden gehouden. In het laatste geval wordt gesproken van een groepsinterview. In mijn onderzoek is het groepsinterview ook als methode toegepast. Aan een dergelijk interview zijn een aantal voor- en nadelen verbonden.

Voordelen:

Het scheelt tijd wanneer er meerdere mensen tegelijk worden betrokken.

- Er kan worden doorgevraagd als iets; niet helder is.
- Verschillende mensen hebben verschillende meningen en dit kan interessante discussies opleveren.

Nadelen:

- Dominante respondenten kunnen overheersend zijn, waardoor de introverte aanwezigen op de achtergrond blijven.
- De respondenten kunnen elkaar op negatieve wijze beïnvloeden.

Ik heb uiteindelijk gekozen voor een groepsinterview, aangezien hierbij de mogelijkheid tot doorvragen bestaat als iets onduidelijk is. De nadelen heb ik in mijn achterhoofd meegenomen. Wat ik vooral belangrijk vond, was te voorkomen dat dominantere respondenten meer aan het woord waren.

Vragenlijsten

Ik heb ook een aantal vragenlijsten naar verschillende afdelingen binnen de VNN gestuurd. Aangezien ik tussen de 25 en 30 respondenten wilde benaderen ontbrak het mij aan tijd om iedereen persoonlijk te interviewen. Om toch de cliënten van verschillende afdelingen bij mijn onderzoek te betrekken heb ik gebruik gemaakt van vragenlijsten. Ik heb gekozen voor semi-gestructureerde vragenlijsten, aangezien hierin zowel open als gesloten vragen staan. De gesloten vragen zijn gericht op de kenmerken van de respondenten en de open vragen op de belevingen en ervaringen met de bejegening. Hieronder staan in het kort de vragen, zie voor de volledige lijst bijlage 2.

Gesloten vragen:

1. Wat is je leeftijd?
2. Hoelang heb je contact met de verslavingszorg?
3. Met welke soorten zorg heb je ervaring?
4. Waar ben of was je aan verslaafd?

Bij vraag 4 heb ik 'waar ben of was je aan verslaafd?' gevraagd, aangezien een deel van de respondenten die behandeling/begeleiding ontvangen mogelijk het middel al een langere tijd niet meer gebruiken. Wanneer er aan deze respondenten dan zou worden gevraagd 'waar ben je aan verslaafd?' bestaat de kans dat zij zullen invullen geen verslaving meer te hebben. De ervaring met middelen blijft dan onduidelijk.

Open vragen:

5. Wat vind je prettig in het contact met hulpverleners?
6. Heb je een voorbeeld, of misschien meerdere voorbeelden hiervan?
7. Waar kun je je aan ergeren in het contact met hulpverleners?
8. Heb je een voorbeeld of misschien meerdere voorbeelden hiervan?
9. Wat waren je verwachtingen toen je met de verslavingszorg in aanraking kwam?
10. Tot slot: waar moeten hulpverleners binnen de verslavingszorg volgens jou op letten? (Hier kun je tips geven).

Ik heb ervoor gekozen om een deel van de vragenlijst uit open vragen te laten bestaan. Door open vragen toe te passen, krijgen de respondenten de vrijheid om hun mening in eigen bewoordingen te beschrijven. Ik wilde hiermee voorkomen dat het interview gestuurd zou worden aan de hand van bijvoorbeeld vaststaande antwoordkeuzes zoals bij een kwantitatief onderzoek. Nu komen de antwoorden vanuit de respondenten zelf.

Aan het werken met vragenlijsten zijn een aantal voor- en nadelen verbonden. Deze voor- en nadelen heb ik hieronder opgesomd.

Voordelen:

Het is relatief eenvoudig om een grote groep te benaderen.
De respondenten kunnen zelf bepalen waar en wanneer ze de lijst invullen.
Het is anoniem en de respondenten zullen hierdoor opener zijn dan bijvoorbeeld tijdens een mondeling interview.
De meningen van respondenten onderling kunnen op deze wijze gemakkelijk vergeleken worden.

Nadelen:

De respondenten kunnen moeite hebben met lezen en schrijven en dan wordt het invullen van een vragenlijst lastig. Ze moeten dan hulp inschakelen van iemand die ze helpt met invullen.
De mogelijkheid om cüeper op bepaalde aspecten in te gaan met als doel deze te verhelderen, is niet aanwezig.

- De respondenten kunnen de vragen verkeerd interpreteren.
- De respondenten kunnen sociaal wenselijke antwoorden geven.

Ik was me er van bewust dat een deel van de respondenten moeite zou hebben met het lezen en schrijven. In het kader daarvan heb ik geprobeerd de vragenlijsten zo kort en simpel mogelijk te houden. Ik heb geen moeilijke woorden gebruikt die voor de cliënt lastig te begrijpen zouden kunnen zijn. Zo spreek ik bijvoorbeeld over 'hulpverleners', aangezien dit een vaker gebruikte benaming is dan 'professionals'.

4**2 Evaluatie van het onderzoek

In deze paragraaf beschrijf ik het verloop van het groepsinterview en de vragenlijsten. Ik zal hierbij ook de knelpunten benoemen.

- **Groepsinterview**

Via de cliëntenraadsleden kreeg ik namen van werknemers van de VNN die ik zou kunnen benaderen voor het werven van respondenten. Zo kwam ik, na wat rond te hebben gemaild, in contact met een werknemer van de kliniek van de VNN te Groningen (locatie Vondellaan) die mij wilde helpen bij mijn onderzoek. Hij heeft uiteindelijk geregeld dat er half april op een vrijdagmiddag tussen 14:00 en 15:00 een groepsinterview kon plaatsvinden.

Bij het groepsinterview waren 11 respondenten aanwezig. Ik had geen opnameapparatuur meegenomen, omdat «dit de respondenten zou kunnen afremmen in het geven van hun mening. Ik stelde mijzelf eerst voor en ging daarna over op het doel en de werkwijze van het groepsinterview.
Ook gaf ik informatie over de vragenlijsten, aangezien ik voorafgaand aan het groepsinterview de lijsten wilde laten invullen door de respondenten. Hier gaf ik ze 10 tot 15 minuten voor. Daarrna begon het interview en konden de onderlinge meningen van de respondenten besproken worden. De open vragen uit de vragenlijst werden tijdens dit interview nogmaals gesteld met als doel hier dieper op in te gaan.

Bij het: interview was tevens een werknemer van de kliniek aanwezig die het interview in goede banen zou leiden, aangezien ik geen ervaring had met een groepsinterview. Uiteindelijk ben ik toch meer in de rol van gespreksleider gekropen, aangezien er tijdens het interview veel vragen in mij opkwamen. In de tussentijd maakte ik aantekeningen van de belangrijkste punten die naar voren kwamen. Na het interview gingen w'e de bijeenkomst in het kort evalueren. In totaal heeft het groepsinterview tussen de 45 en 60 minuten geduurd.

Knelpunten:
Tijdens het groepsinterview gaven een aantal respondenten dubbelzinnige antwoorden wanneer er gevraagd werd naar hun mening. Vooral bij het geven van voorbeelden van onheuse bejegening. Er werd dan een voorbeeld gegeven, maar hier werd dan wel bij benadrukt dat ze tevreden waren over de bejegening binnen de kliniek. Dit kwam mogelijk door de loyaliteit naar de instelling toe. Het zou daarbij zo kunnen zijn dat de aanwezigheid van de medewerker de reacties remde, aangezien een aantal respondenten mogelijk bang waren dat een negatieve opinie nadelige consequenties zou hebben voor de hulpverleningsrelatie met deze medewerker. Hier heb ik achteraf nog met de medewerker over gesproken en zij dacht ook dat dit mogelijk een oorzaak zou kunnen zijn. Daarnaast waren diïe a vier respondenten dominant aanwezig en beïnvloedden zij mogelijk de mening van de anderen. Wanneer zij namelijk iets riepen dan werd dit overgenomen door de andere respondenten. Tot slot kwam tijdens de evaluatie naar voren dat een aantal respondenten negatieve verwachtingen hadden van de invloed van hun mening op het onderzoek. Ze gaven aan dat het gehele groepsinterview geen zin had, aangezien 'iedereen er toch weer anders over dacht, en er toch niets met de uitkomsten van het onderzoek gedaan zou worden/ Ik bleef hier positief onder en gaf aan dat ik de informatie verkregen uit het groepsinterview wel degelijk waardevol vond voor mijn onderzoek.

- **Vragenlijsten**

Ik heb een viertal werknemers van de ambulante hulpverlening, de methadonverstrekking en de laagdrempelige hulpverlening van de V N N te Groningen gevraagd of ze vragenlijsten onder cliënten wilden verspreiden. Hiervoor heb ik ook toestemming gevraagd aan de leidinggevenden. Bij het opsturen van de vragenlijsten naar de werknemers heb ik een begeleidende brief meegestuurd met hierin informatie over de werkwijze en doelstelling van mijn onderzoek. Eveneens heb ik een begeleidende brief meegestuurd met een aantal die ik per post naar de respondenten van de ambulante hulpverlening heb gestuurd na overleg met de betrokken werknemer van de ambulante hulpverlening.

Ik ben met een aantal vragenlijsten naar het Intramuraal Motivatie Centrum (IMC)[11] te Eelde gegaan, nadat ik van de leidinggevende toestemming had gekregen. Nadat ik de respondenten had geïnformeerd over mijn onderzoek deelde ik de lijsten uit. Eventuele vragen konden ze tijdens het invullen aan mij stellen.

Het IMC is een klinische verslavingszorgvoorziening die zich in eerste richt op cliënten die geplaatst worden in het kader van een strafrechtelijke maatregel.

Nadat alle vragenlijsten waren verstuurd was het afwachten op de respons. Ik had een aantal vragenlijsten vrij snel binnen doordat ik aanwezig was bij het invullen door de respondenten van het IMC en de kliniek. Nadat de lijsten waren ingevuld kon ik ze meenemen. Uiteindelijk (druppelden de vragenlijsten van de ambulante hulpverlening, de methadonverstrekking en de laagdrempelige hulpverlening ook binnen.

Knelpunten:
Het bleek voor de werknemers van de laagdrempelige hulpverlening en de methadonverstrekking lastig om cliënten te vinden die de vragenlijsten wilden invullen. Zelf kwam ik wat in tijdnood te zitten, doordat ik mijn plannen had gewijzigd. Zoals ik al eerder vertelde, ging ik nu met vragelijsten werken in plaats van met interviews. Zodoende moest ik vragenlijsten gaan opstellen en dit heb ik uiteindelijk gedaan in samenwerking met een aantal die op hun opleiding (HBO Human Technology) veel scholing krijgen op het gebied van onderzoek. Met deze studenten heb ik tevens een pilot (test) gedraaid door één student als proefpersoon in te zetten.

Hoofdstuk 5 Resultaten

5. i **Uitkomsten van** het **groepsinterview**

Aan het groepsinterview binnen de kliniek van de VNN deden elf respondenten mee, vier mannen en zeven vrouwen in uiteenlopende leeftijden. Bij het interview werden de respondenten gewaagd naar hun mening omtrent heuse en onheuse bejegening en om deze mening te onderbouwen. Er werd vooral gesproken over wat door de respondenten belangrijk in het contact met professionals werd gevonden en welke tips ze hadden voor (aanstaande) professionals binnen de verslavingszorg. De hoofdpunten heb ik hieronder opgesomd.

Wat vonden de respondenten het meest belangrijk in het contact met professionals?

- Gelijkwaardigheid. De professional ligt op één lijn met de cliënt.
  Het nakomen van afspraken. De professional komt na wat: hij tegen de cliënt heeft gezegd.
- Duidelijkheid. De professional zegt waar het op staat en laat de cliënt niet in onzekerheid zitten.
- Inlevingsvermogen. De professional leeft zich in in de situatie van de cliënt.
- Zorgvuldigheid. De professional is zorgvuldig met informatie van de cliënt en raakt geen informatie, zoals dossiers, kwijt.
- Openheid: naar zichzelf durven kijken. Als de professional een fout maakt moet hij/zij hier open over zijn en dit durven toegeven.

Al deze punten kwamen naar voren in het interview en werden door meerdere respondenten beaamd. Bij de vragen over wat de respondenten ergerlijk vinden in het contact, gaven ze tegenovergestelde antwoorden, zoals ongelijkwaardigheid, afspraken niet nakomen, geen inlevingsvermogen, slordig omgaan met privé informatie en het niet willen toegeven van een gemaakte fout.

Wat voor tips hadden de respondenten voor professionals?

Benader je cliënt als mens; behandel hem/haar gelijkwaardig en doe niet alsof je boven hem/haar staat.
- Pas humor toe, dit kan de situatie minder zwaar maken.
- Wanneer de cliënt je iets vertelt, luister dan echt en doe niet alsof je luistert.
  Ken de achtergrond van je cliënten. Lees het dossier, zodat je weet met wie je te maken hebt.

Een aantal respondenten kwamen met deze tips. Wat belangrijk te vermelden is, is dat dit de tips zijn van individuele respondenten en dat niet duidelijk is geworden of alle andere respondenten zich hier ook in kunnen vinden. Deze tips vertegenwoordigen dus niet de mening van de groep.

5*2 Uitkomsten van de vragenlijsten

Ik heb rond de 50 vragenlijsten verstuurd. In totaal heb ik 29 vragenlijsten terug ontvangen van de Miniek, ambulante hulpverlening, methadonverstrekking, laagdrempelige hulpverlening te Groningen en het IMC te Eelde. De gesloten vragen heb ik verwerkt in diagrammen, om zo de kenmerken van de respondenten te verhelderen. Deze statistische gegevens staan in subparagraaf 5.2.1. De uitkomsten uit de open wagen staan in subparagraaf 5.2.2.

5.2.1 Statistische gegevens

Deel 1 van de vragenlijst bestond uit vier gesloten vragen. De uitkomst van deze gesloten heb ik verwerkt in diagrammen. De diagrammen heb ik verdeeld in de categorieën; leeftijden, contact met verslavingszorg, soorten zorg en middelenproblematiek.

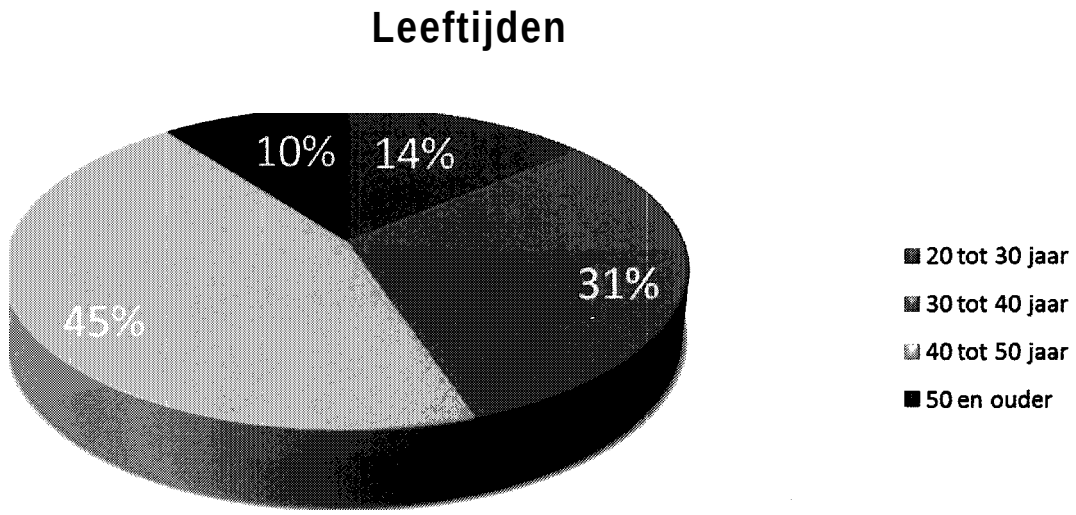


Diagram 1: In dit cirkeldiagram staan de leeftijden van de respondenten verdeeld in groepen. Wat opvalt, is dat de grootste groep respondenten tussen de 40 en 50 jaar is (45 *%)* en op de tweede plek de respondenten tussen de 30 en 40 jaar (31%) staan. De jongere respondenten tussen de 20 en 30 jaar (14 %) en de oudere respondenten (10%) zijn in de minderheid. De jongste respondent is 22 jaar en de oudste respondent 59 jaar. De gemiddelde leeftijd is 39, 5 jaar.

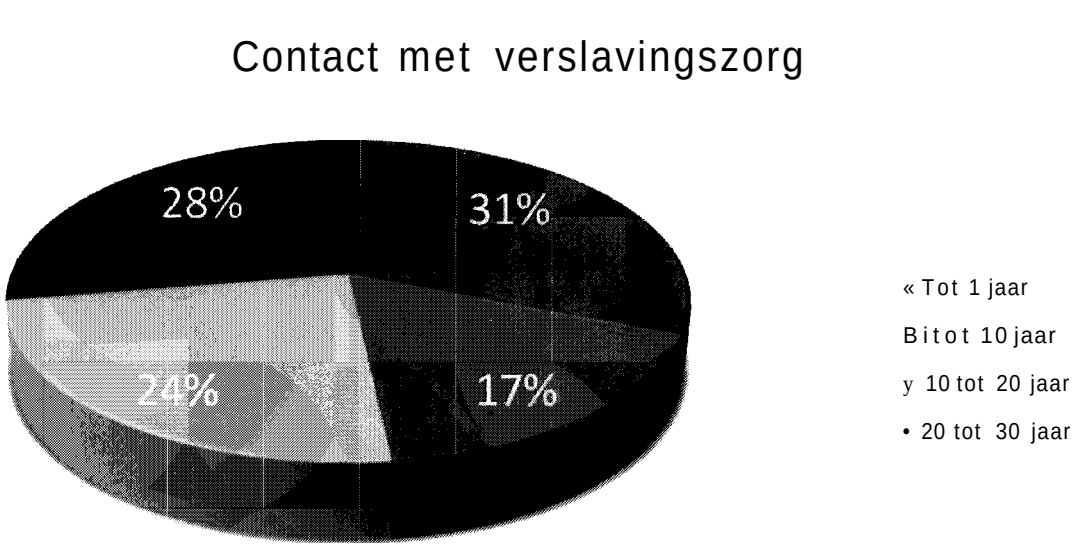


Diagram 2: In dit cirkeldiagram komt naar voren hoe lang de respondenten contact hebben met de verslavingszorg. Uit het diagram valt op te maken dat er een redelijk evenredige verdeling is in het aantal contactjaren van de respondenten. Dit geeft aan dat alle ervaringscategorieën in dit onderzoek vertegenwoordigd zijn. Wat opvalt, is dat de grootste groep korter dan 1 jaar contact heeft met de verslavingszorg (31%). Op de tweede en derde plaats staan de respondenten die 20 tot 30 jaar (28%) en 10 tot 20 jaar (24%) contact hebben met de verslavingszorg. Op de laatste plek staan de respondenten die tussen de 1 tot 10 jaar contact hebben met de verslavingszorg (17%).

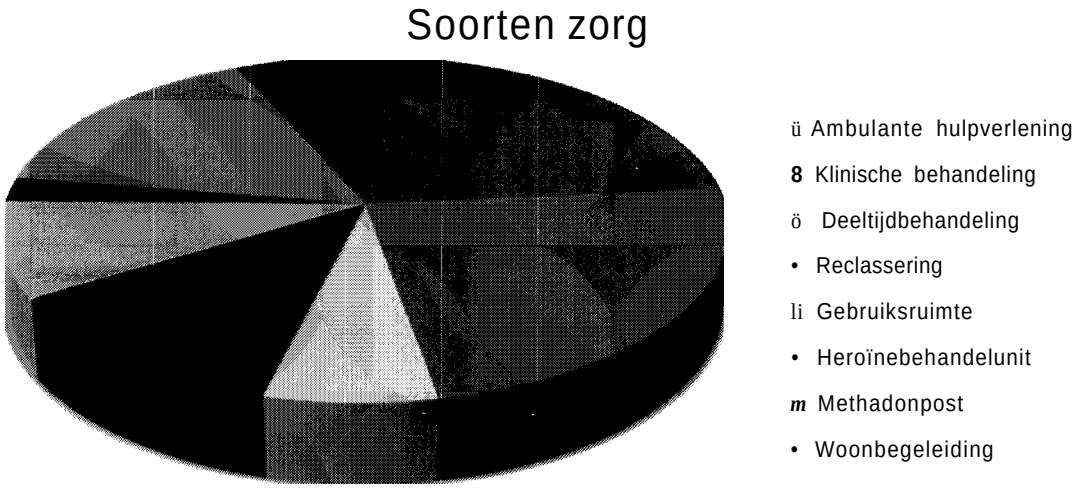


Diagram 3: In dit cirkeldiagram staan de soorten zorg van de verslavingszorg waarmee de respondenten ervaring hebben. De meeste respondenten hebben ervaring met meerdere afdelingen. Duidelijk wordt dat het grootste gedeelte van de respondenten ervaring heeft met de ambulante hulpverlening en klinische zorg. Op de derde en vierde plaats staan de methadonverstrekking en reclassering, gevolgd door de deeltijdbehandeling, woonbegeleiding en gebruiksruimte. De minderheid van de respondenten heeft ervaring met de heroïnebehandelunit.

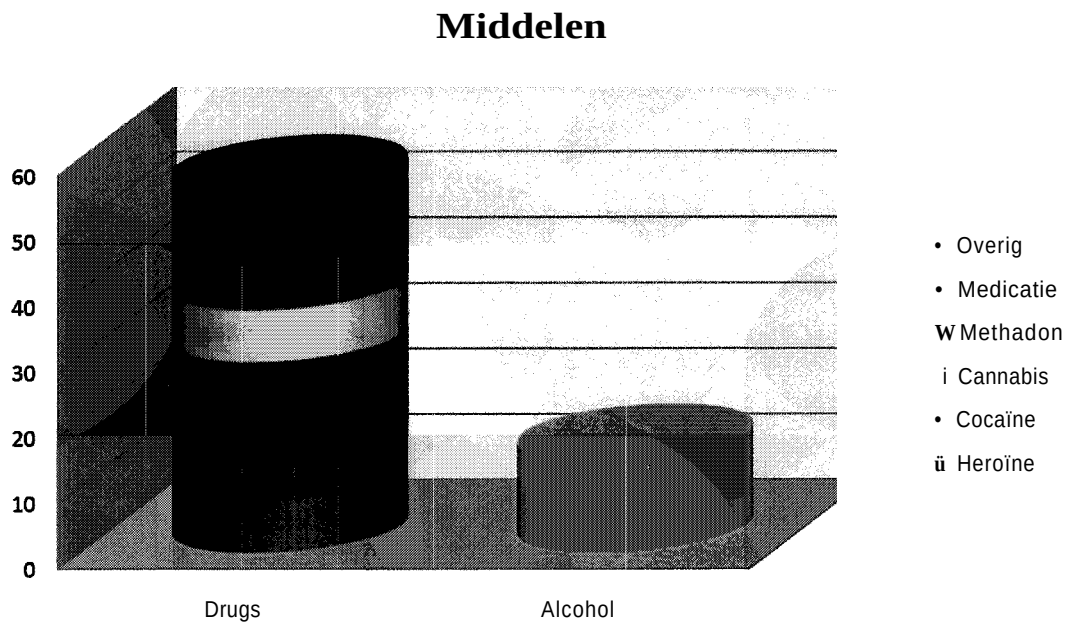


Diagram 4: In dit staafdiagram staan in twee losse staven het alcohol- en drugsgebruik van de respondenten vermeld. Het overgrote gedeelte van de respondenten zijn polygebruikers, en gebruiken dus meerdere middelen. De drie meest gebruikte middelen zijn heroïne, alcohol en cocaïne. Op een vierde en derde plek staan cannabis en methadon. Een deel van de respondenten gebruikt medicamenten, zoals benzodiazepinen, dit is een geneesmiddelengroep met een kalmerende, slaapbevorderende en angstremmende werking. Officieel valt methadon ook onder de medicatie (het is een kunstmatig opiaat), maar omdat dit door veel respondenten wordt gebruikt heb ik het als apart middel vermeld. Met de overige middelen worden drugs waaronder XTC (ecstasy) en GHB (gamma-hydroxy-butyraat) bedoeld.

5.2.2 Open vragen

Bij de open vragen in de vragenlijst konden de respondenten hun mening weergeven in eigen bewoording. In zijn algemeenheid heeft het merendeel van de respondenten antwoord gegeven op alle open vragen. De vragen waar niet alle respondenten antwoord op gaven waren vooral vraag 6 (zeven respondenten) en vraag 8 (elf respondenten), waarbij om voorbeelden werd gevraagd. Alle antwoorden van de respondenten zijn terug te lezen in bijlage 3.

Hoofdstuk 6 Conclusies en discussie

6.1 Conclusies

Aan de hand van de antwoorden van de respondenten heb ik een aantal conclusies kunnen trekken. Belangrijk om te vermelden is dat ik enkel conclusies heb getrokken uit de antwoorden op de open vragen, omdat deze antwoorden betrekking hebben op het beantwoorden van mijn vraagstelling. Per open vraag ben ik tot een aantal conclusies gekomen die ik in deze paragraaf zal benoemen. Ook noem ik voorbeelden.

Wat vinden de respondenten over het algemeen prettig in het contact met hulpverleners?

De meerderheid van de respondenten vindt het vooral prettig dat hulpverleners aandacht voor ze hebben. Deze aandacht nioet dan bestaan uit een luisterend oor. Belangrijk hierbij is volgens de respondenten dat de verhalen die ze vertellen vertrouwelijk blijven. Respondenten waarderen het als hulpverleners openheid tonen en direct zijn, hierbij hoort ook het geven van feedback. Tevens moet er volgens de respondenten een gelijkwaardige positie zijn tussen de hulpverlener en de cliënt. Ook vinden ze het prettig als hulpverleners behulpzaam zijn, onder andere bij het regelen van praktische zaken.

Voorbeelden van de respondenten:

- 'Hulp bij woonruimte zoeken, bij praktische dingen of als je naar tandarts of ziekenhuis moet. Bezoek als je ziek bent of vast zit.'
- 'Als ik trek heb als ik opsta, dat met mijn mentor van me alpraten.'
- 'Dingen uit het verleden bespreken.'
- 'Goed gesprek, geen betweters.'
- 'Als ik in de stress zit: kan ik daar altijd terecht. Sommigen zien het ook aan me.'

Waar kunnen de respondenten zich in het algemeen aan ergeren in het contact met hulpverleners?

De respondenten ergeren zich het meest aan de hulpverleners die de cliënten niet als volwaardige mensen behandelen. Ze kunnen zich er ook aan ergeren als hun eigen kunnen wordt onderschat en er sprake is van betutteling. Tevens is het gebrek aan interesse van hulpverleners een punt waaraan ze zich kunnen ergeren. Hulpverleners die zich beter voelen dan de cliënten behoren eveneens tot een hoge ergernisfactor. De respondenten ergeren zich aan hulpverleners die niet zeggen waar het op staat en gemaakte afspraken uitstellen of niet nakomen. Tot slot ergeren ze zich aan hulpverleners die zich teveel vasthouden aan regels.

Voorbeelden van de respondenten:

'Hooghartige houding van psychiaters die weinig kennis van diepere zaken hebben. Als mijn mening volgens hun mijn stoornis is.'
'Op alle slakken zout leggen, niet vragen wat de reden is.'

- 'Als ze veel uit boekjes werken.'
  'Ik kreeg een adviesgesprek 1 dag later dan gezegd. Ze zeiden dat ik pas was aangemeld tenvijl dat een maand geleden was.'
- 'Wanneer iemand die nog nooit gezopen heeft mij vertelt wat ik moet voelen.'

Wat waren de verwachtingen van de respondenten toen ze met de verslavingszorg in aanraking kwamen?

Veel respondenten wisten dit niet meer of hadden weinig tot geen verwachtingen toen ze voor het eerst te maken kregen met de verslavingszorg. De algemene verwachting van de respondenten was dat de hulpverleners ze zouden begeleiden en ondersteunen bij de verschillende problemen, waaronder de middelenproblematiek en praktische zaken.

Tot slot: waar moeten hulpverleners binnen de verslavingszorg volgens de respondenten op letten? (Hier konden de respondenten tips geven)

Wat de respondenten vooral als tips geven aan hulpverleners is dat zij moeten kijken naar de persoon, aangezien elke cliënt weer anders is en een andere aanpak nodig heeft. Bij deze persoon hoort ook zijn verleden en de ervaring met middelengebruik. De hulpverleners moeten hierbij de cliënten serieus (blijven) nemen. Tevens willen de respondenten als tips meegeven dat ze het belangrijk vinden dat een hulpverlener medeleven en begrip toont. Tot slot moeten hulpverleners letten op de problemen van de cliënten en een oogje in het zeil houden, zonder hier overigens al te ver in te gaan.

Samenvatting van de conclusies

Uit de antwoorden is helder geworden dat de respondenten het belangrijk vinden dat een hulpverlener de tijd voor ze neemt en oprecht naar ze luistert. Hierbij gaat het vooral om het luisteren waarbij de hulpverleners de cliënten serieus nemen en ze niet worden veroordeeld. Vertrouwelijkheid speelt hierin een grote rol. Ze hebben graag dat de hulpverleners kijken naar de persoon, aangezien de ene persoon de ander niet is. Ze willen zich gewaardeerd voelen als mens met hun eigen specifieke kenmerken en ervaring. Hulpverleners die in een ongelijkwaardige positie gaan zitten en doen alsof ze boven de cliënten staan, daar moeten de respondenten niks van hebben en dit vinden ze dan ook zeer ergerlijk. De respondenten waarderen het als de hulpverlener ze wQ begeleiden en ondersteunen bij praktische zaken en de middelenproblematiek. Hierbij is het overigens van belang dat de hulpverlener doet wat hij zegt en de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk nakomt.

De aspecten (die uit het onderzoek naar voren komen worden grotendeels ook benoemd in de literatuur van Rragten (2003). Kragten spreekt ook over gelijkwaardigheid, de cliënt centraal stellen en het geven van aandacht. Een duidelijk verschil is dat hij het luisteren niet als apart aspect benoemd.

6,2 Discussie

In deze paragraaf wordt de representativiteit, validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek ter discussie gesteld. Bij de representativiteit gaat het om de mate waarin de groep respondenten de cliënten binnen de verslavingszorg vertegenwoordigt. Bij de validiteit gaat het erom of daadwerkelijk gemeten is wat de onderzoeker beoogde te meten. De betrouwbaarheid geeft aan in hoeverre de gebruikte methoden, omstandigheden en resultaten binnen het onderzoek consistent en herhaalbaar zijn. Mijn discussie is gebaseerd op de theorie van Baarda en De Goede (2001).

In hoeverre zijn het onderzoek en de resultaten representatief?

In subparagraaf 4.1.3 beschreef ik al dat een kwalitatief onderzoek zo zijn voor- en nadelen heeft. Wat een duidelijk nadeel is, is dat mijn onderzoek niet volledig representatief is. Ik kan niet zeggen dat de groep van 29 respondenten alle cliënten van de verslavingszorg van de VNN, laat staan van heel Nederland, vertegenwoordigt. Toch denk ik dat ik met een redelijke vertegenwoordiging ben gekomen.
Er zijn namelijk respondenten van verschillende leeftijdscategorieën benaderd en er is verdeeldheid in hoelang de respondenten in de verslavingszorg verblijven. De top drie van meest gebruikte middelen door de respondenten komt, tot op de volgorde na, overeen met de top drie middelen die in Nederland het meeste wórden gebruikt (zie subparagraaf 1.4). Daarnaast blijkt dat de respondenten ervaring hebben met verschillende afdelingen van de VNN.

Een vraag die ik achteraf gezien had kunnen stellen is 'ben je een man of vrouw?', aangezien ik bij mijn onderzoekspopulatiekeuze in subparagraaf 4.1.2 aangaf zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten te willen benaderen. Toch heb ik dit niet gedaan, aangezien ik geen onderscheid wilde maken in de antwoorden van mannen en vrouwen. Nadeel is wel dat ik nu precies niet weet wat het percentage van het aantal mannelijke en vrouwelijke respondenten is. Achteraf heb ik bij ruim de helft van de vragenlijsten (van de kliniek en het IMC) kunnen achterhalen hoeveel mannelijke en vrouwelijke respondenten meededen, waaruit bleek dat zowel mannen als vrouwen betrokken waren, zoals ik in mijn onderzoekspopulatiekeuze had beschreven.

Een zwak punt van mijn onderzoek is dat ik enkel bij het groepsinterview heb kunnen doorvragen wanneer mij iets niet duidelijk was. Doordat ik bij de vragenlijsten niet kon doorvragen begreep ik bij een aantal antwoorden niet wat de respondenten hiermee bedoelden. Het gevaar was aanwezig dat ik hieruit mijn eigen conclusies zou gaan trekken. Ik heb ervoor gekozen dit niet te doen door mij vooral te richten op de antwoorden die wel duidelijk waren. Mogelijk is hiermee waardevolle informatie van de respondenten met onduidelijke antwoorden verloren gegaan.

Een ander zwak punt is dat er uiteindelijk weinig is gebeurd met de resultaten van het groepsinterview. In principe had het groepsinterview kunnen fungeren als een verdieping van alle reeds binnengekomen vragenlijsten. Helaas waren nog niet alle vragenlijsten binnen en werd in het groepsinterview alleen dieper ingegaan op de antwoorden die ze van te voren op de vragenlijst hadden ingevuld.

In hoeverre is er bij het onderzoek en de resultaten sprake van validiteit?

Qua validiteit is het een voordeel dat dit kwalitatieve onderzoek midden in de praktijk heeft plaatsgevonden. De respondenten die hun medewerking verleenden ontvingen namelijk op dat moment behandeling en/of begeleiding van de VNN. Deze respondenten weten wat er speelt binnen de verslavingszorg en hebben ervaring met de bejegening door professionals. Ik heb door gebruik te maken van deze onderzoekspopulatie antwoord gekregen op mijn vraagstelling en ik heb hierdoor aanbevelingen kunnen schrijven. Doordat de resultaten aansluiten bij mijn vraagstelling kan ik het onderzoek als redelijk valide benoemen.

In hoeverre zijn het onderzoek en de resultaten betrouwbaar?

Ik kan de betrouwbaarheid ook als redelijk benoemen, aangezien er geen andere onderzoekers betrokken waren, wat het onderzoek consistent maakt. Nadeel is wel dat doordat er geen andere onderzoekers bij betrokken waren, ik gemakkelijker mijn eigen conclusies kon trekken en andere invalshoeken ontbraken. Tevens bestaat de kans dat (een deel van) de respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Om dit te controleren zou een herhaling van het onderzoek kunnen plaatsvinden. In hoofdstuk 4 staat alles omtrent het onderzoek nauwkeurig beschreven. Dit maakt het mogelijk om een replica van het onderzoek uit te voeren.

Hoofdstuk 7 Aanbevelingen en suggesties

7*i Aanbevelingen

De doelstelling van mijn onderzoek was om. op basis van de conclusies met een aantal aanbevelingen te komen op het gebied van cliëntbejegening. Deze aanbevelingen zijn bestemd voor studenten en voor professionals die werkzaam zijn binnen de verslavingszorg. Onderstaande aanbevelingen zijn gebaseerd op de conclusies uit mijn onderzoek en aangevuld met informatie vanuit de literatuur en met tips vanuit mijn eigen ervaring als professional binnen de verslavingszorg.

- **Weet wie je cliënt is.**
  Door het dossier van je cliënt door te lezen kom je meer te weten over de achtergrond van de cliënt. Hierin staan meestal gegevens over uit wat voor gezin de cliënt komt, wat het hulpverleningsverleden is en de typische persoonlijke kenmerken (gedrag, enzovoorts). Wanneer je dit niet weet vraag het dan. De cliënt wil als een individu worden gezien en dat de zorg wordt aangepast op zijn/haar niveau (Bosch, 2003). Dit kan alleen werkelijkheid worden als je als professional weet met wie je te maken hebt. Tevens toon je interesse in de cliënt door hem te vragen naar zijn achtergrond. Deze interesse ontbreekt veelal vanuit de maatschappij en vanuit de privé-situatie waarin de cliënt zich bevindt.

- **Luister naar je cliënten.**
  Veel cliënten hebben aangegeven simpelweg veel waarde te hechten aan een luisterend oor. Gebruik hierbij de verbale en non verbale gesprekstechnieken die je vanuit de opleiding geleerd hebt. Hierbij gaat het om ja-knikken, oogcontact en het samenvatten van informatie (Jagt, e.a., 2001). Dit is echter niet genoeg, want een cliënt merkt het als je niet oprecht luistert. Je luistert oprecht wanneer je precies wilt begrijpen wat de cliënt je feitelijk verteld of je probeert te vertellen, zonder datje bezig bent met het vormen van een eigen oordeel (Fousert, Maris & Greenleaf, 2003).

  Probeer daarnaast te voorkomen datje teveel je eigen normen en waarden in het gesprek legt en hierdoor moraliserend overkomt. Hier hebben cliënten al genoeg last van door het stigma dat door de samenleving op ze is geplakt. Denk na over wat je normen en waarden zijn en bedenk wat het nut is om deze normen en waarden tijdens een gesprek naar voren te laten komen. Hierbij kun je gebruik maken van het driewereldenmodel van Bootsma (2004).

  Als; je iets niet begrijpt, bijvoorbeeld over de verslaving, vraag dit dan aan de cliënt, in plaats van zomaar ja te knikken. Ook als je bepaalde gevoelens van een cliënt moeilijk kan plaateen, vraag hier dan naar. Hiermee laat je aan de cliënt zien dat je oprecht luistert, en toon je inlevingsvermogen en respect voor de huidige situatie en levenservaring van de cliënt.

- **Creëer een gelijkwaardige situatie.**
  Dit kan alleen als je ook kritisch naar jezelf als professional durft te kijken. Als het goed is heb je vanuit de opleiding veel over je eigen denken, voelen en handelen moeten reflecteren. Blijf dit: ook doen tijdens je werkzaamheden. Hiermee bedoel ik geen eindeloos lange reflecties op papier, maar meer het reflecteren in je gedachten. Je kunt ook over je eigen handelen reflecteren met collega's.
  Denk erover na wat jezelf belangrijk vindt in het contact met anderen. In je contact met cliënten straal je deze attitude dan ook uit.

Strikt gezien is een relatie tussen een professional en cliënt nooit gelijkwaardig. Dit door de verschillende posities die de professional en cliënt bekleden, waarbij de cliënt zich meestal in een ondergeschikte rol bevindt (Bosch, 2003). Het meest onprettig wat je volgens de cliënten kan doen, is deze ongelijkheid nog meer te benadrukken door jezelf als een superieure persoon neer te zetten.
Ondanks dat de relatie dus strikt gezien ongelijkwaardig is, kan er gevoelsmatig wel degelijk een gelijkwaardige situatie worden gecreëerd tussen de professional en cliënt. Wanneer de professional ook een stukje van zichzelf blootgeeft dan stelt hij zich open voor de cliënt. Van de cliënt wordt ook verwacht dat hij zijn gehele ziel en zaligheid blootlegt, dus waarom kan de professional niet een stukje van zichzelf laten zien? Natuurlijk zijn er grenzen, het moet voor jezelf, je collega's en de organisatie te legitimeren zijn waarom je iets aan een cliënt over jezelf vertelt (Bootsma, 2004).

Een gelijkwaardige relatie heeft tevens te maken met het openstaan voor de mening van de cliënt en het benaderen van de cliënt als een volwaardig en verantwoordelijk mens. Deze benadering past goed bij de huidige maatschappelijke ontwikkeling betreffende participatie, waarbij iedereen mee moet kunnen doen in de maatschappij (denk bijvoorbeeld aan de Wet Maatschappelijke Ontwikkeling). Door samen met de cliënt het hulpverleningsplan op te stellen betrekje de cliënt in het hulpverleningsproces, in plaats van zonder overleg zelf met een plan te komen. Wanneer de cliënt zoveel mogelijk in het hulpverleningsproces wordt betrokken en inspraak heeft, heeft dit een positief effect op het gevoel van gelijkwaardigheid. (Bosch, 2003).

Wanneer cliënten afspraken niet nakomen worden ze door de professionals hierover op de vingers getikt. Kom jij als professional een afspraak niet na of maak je een fout wat ten nadele van de cliënt is, verontschuldig je dan en erken datje een fout hebt gemaakt. Fouten maken is menselijk en doordat de professional zijn fout erkent in plaats van ontkent komt de gelijkwaardigheid niet in het geding. Van de cliënt wordt het toegeven immers ook verwacht.

- **Wees duidelijk en realistisch naar je cliënten toe.**
  De cliënten in de verslavingszorg hebben vanuit de privé-situaties en de maatschappij te maken met onduidelijkheden. Vaak worden ze door instellingen van het kastje naar de muur gestuurd. Dit maakt de cliënten wantrouwend. In het contact met cliënten is het dan ook van groot belang dat je als professional duidelijk bent en zegt waar het op staat. Zo komen de cliënten niet voor verassingen te staan en wordt het vertrouwen in de professional versterkt. Er is sprake van duidelijke communicatie als de professional zijn werkelijke beleving uitspreekt, zonder deze beleving te Verpakken' in verhullende taail en/of zijn eigen draai er aan te geven (Janssen, 2005).

  Als je als professional afspraken maakt met een cliënt, kom deze dan ook daadwerkelijk na. De regel is dan ook; doe pas een belofte als je weet dat je deze waar kan maken. Vooral bij het regelen van praktische zaken is het van belang dat de professional realistisch is over de mogelijkheden. Als bijvoorbeeld een cliënt zo snel mogelijk een woning wil en de professional weet dat dit nog tien maanden kan duren, dan moet hij dit aan de cliënt vertellen. Uit de praktijk blijkt dat dit echter niet altijd gebeurt en cliënten aan het lijntje worden gehouden. En als je iets niet zeker weet, zeg dit dan in plaats van een ander verhaal op te hangen. Daarnaast is het ook belangrijk om af te checken of cliënten hebben begrepen wat je ze hebt verteld. Hiermee wordt voorkomen dat pas achteraf blijkt dat de cliënt niets van het verhaal heeft begrepen, of de verkeerde conclusies eruit heeft getrokken.

7,2 Suggesties voor verder onderzoek

Nu uit dit onderzoek helder is geworden wat een groep cliënten uit de verslavingszorg belangrijk vindt in het contact met de professionals, zou dit middels een vervolgonderzoek verder onderzocht kunnen worden. Hier heb ik onderstaande suggesties voor.

Suggesties voor vervolgonderzoek

- Er zou een kwantitatief onderzoek op organisatorisch niveau kunnen plaatsvinden. Uit de conclusies van mijn onderzoek worden onder andere de kenmerken van bejegening benoemd die de respondenten als prettig en ergerlijk ervaren. Middels een kwantitatief onderzoek zouden deze kenmerken verder onderzocht konden worden onder de gehele cliëntenpopulatie van de VNN. Het uiteindelijke doel is op basis van de uitkomsten eventueel interventies te plegen (zoals het aanbieden van cursussen betreffende bejegening aan de werknemers of het schrijven van een protocol wat enkel over bejegening gaat), zodat de kwaliteit van de zorg omhoog gaat.

- Er zou middels kwalitatief onderzoek nader kunnen onderzocht wat er op maatschappelijk niveau leeft onder de cliënten van de verslavingszorg op het gebied van bejegening. Hierbij moeten alle verslavingszorginstellingen worden betrokken. Deze uitkomsten geven preciezer aan wat de cliënten binnen de Nederlandse verslavingszorg van belang achten in de bejegening door professionals dan mijn onderzoek nu doet.

Bronvermelding

Boeken

- American Psychiatrie Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fourth edition, text revision). Arlington: American Psychiatrie Publishing.
- Baarda, D.B., & Goede, M.P.M., de (2001). *Basisboek methoden en technieken* (derde herziene druk). Groningen: Stenfert Kroese.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M., de, & Teunissen, J. (1995). *Kwalitatief onderzoek.* Groningen: Stenfert Kroese.

  Bootsma, J. (2004). *Het driewereldenmodel* (tweede licht herziene druk). Amsterdam: SWP.
- Bosch, E. (2003). *Bejegening in de zorg, respectvol omgaan met cliënten* (vierde druk). Baarn: H. Nelissen.
- Driel, M., van, e.a.(i998). *Beoordeling door cliënten.* Amsterdam: SWP.
- Fousert, D., Maris, T., & Greenleaf, R. (2003). Ander leiderschap. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Hutschemaekers, G. (2001) *Onder professionals. Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg.* Amsterdam: Boom.
- Jagt, N., e.a. (2001). *Methodiek maatschappelijk werk en dienstverlening* (vierde druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Janssen, H. (2005). *Als praten bij je werk hoort, gespreksvaardigheden voor hulp- en dienstverleners.* Amsterdam: Boom.
- Janssen, J. H. G. (1999). *De nieuwe code gedecodeerd* (vijfde druk, zesde oplage). Baarn: HB Uitgevers.
- Kragten, R. (2003). *Bejegening in de GGZ* (achtste druk). Utrecht: Willem Arntsz Huis.
- Matthys, F. (2000). *Leven met een verslaafde.* Apeldoorn: Garant
- NVMW (2006) *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker* (geheel herziene uitgave). Utrecht: NVWM.
- Ras, H.J.C., Feltz-Cornelis, C.M.,van der, & Eijk, L, van (2001). *Wegwijs in de psychiatrie.* Amsterdam: Boom.
- Ridder, H., de (2006). *Jongeren, ouders en drugs.* Apeldoorn: Garant.
- Steehouder, M. e.a. (1999). *Leren communiceren* (vierde druk). Groningen: Wolters-Noordhoff.

- Stel, J., van der (2004) Handboek preventie: voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid. Assen: Van Gorcum.

- Vries, S., de (2007). *Wat werkt? De kern en kracht van het maatschappelijk werk.* .Amsterdam: SWP.

- Wiers, R. (2007). *Slaaf van het onbewuste.* Amsterdam: Bert Bakker.

Vakbladen

- Brink, W., van den (december 2006). Verslaving: een chronisch recidiverende hersenziekte. *Justitiële verkenningen, jrg. 32, nr. 8,* pp. 59-75.
- Seheltinga, H.], van, e.a. (december 2006). Zijn maatschappelijk werkers effectief? *Maatwerk, nr. i>* pp. 14-21.
- Stel, J„ van der (april 2004a). Het ziektebegrip van verslaving. *Gedrag en gezondheid, jrg. 32,* pp. 153-163.

Kranten / tijdschriften

- Ellenbroek, B. A. (26 oktober 2004). Accepteer verslaafde als zieke. *NRC Handelsblad.*
- Hijmans, A. (1 juni 2004). Leren tijdens de slaap. *AMC magazine.*
- Sligter, A. (9 september 2006). Verslaving is een hersenziekte. *Volkskrant.*
- Kleverlaan, E. (8 november 2007) Verslaving is een behandelbare hersenziekte [Elektronische versie]. *Tracer.*

Internet (websites **en documenten)**

- http://www.vnn.nl Geraadpleegd op 2 februari en 18 maart 2008.
- http: //www.trimbos.nl Geraadpleegd op 2 februari en 18 maart 2008.
- http:// www.ru.nl Geraadpleegd op 19 februari 2008.
- http: //www.volkskrant.nl Geraadpleegd op 19 februari 2008
- http://www.vumc.nl Geraadpleegd op 19 februari 2008.
- http://www.kdc.kun.nl Geraadpleegd op 19 februari 2008.
- http://www.rivm.nl Geraadpleegd op 17 maart 2008.
- http: //www.svg.nl Geraadpleegd op 17 maart 2008.
- http://www.ggzkennisnet.nl Geraadpleegd op 17 maart 2008.
- http://www.verslaafd.info Geraadpleegd op 17 maart 2008.
- http://www.minderdrinken.nl Geraadpleegd op 18 maart 2008.
- http://www.vereniging-e-health.nl Geraadpleegd op 20 maart 2008.

- GGZ Nederland (mei 2006). *Een visie op verslaving en verslavingszorg.* http://www.verslaafd.info/shared/nieuws/Nieuwsarchief/20o6o623.pdf Geraadpleegd op i.7 maart 2008.

- Goossensen, A. (februari 2008). *Logica en liefde in de verslavingszorg: de behandelrelatie als basis voor zorgvernieuwing.* http://www.inhoUand.nl/NR/rdonlwes/C2E.q7AQA-.^oAQ-4^26-AEo8-B32E142F1C86/0/redeboekie_AnneGoossens.pdf Geraadpleegd op 2 april 2008.

Kersten, G.C.M.(december 2006). *Psychologen in de verslavingszorg.* http://www.psvnip.nl/upload;/sectQrg/artikel Psychologen i Verslavz.pdf Geraadpleegd op 20 maart 2008.

- LADIS (december 2007). *Kerncijfers verslavingszorg 2006.* http://www.svg.nl/uploaded/editor documenten/Verslavingszorg/Kernciifers 2006 %2oSamenvatting.pdf Geraadpleegd op 17 maart 2008.

- Matthys, W., e.a. (z.j.). *Verslaving deel 1.* http: //www.verslaafd.info/shared/publicaties/GGZ-Verslavingszorg/studiesnaslag/factoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik.pdf Geraadpleegd op 7 februari 2008.

- Wijdeveld, A.G.M. (1998). *In gesprek over: verslaving.* http: //www.nwp.net/upload/348Q3/versla ving.pdf Geraadpleegd op 2 februari 2008.

- VNN (2006). *Zorg in zicht.* Intranet Verslavingszorg Noord Nederland Geraadpleegd op 7 april 2008

Bijlagen

Bijlage i: Interview Liesbeth Vollemans

Bijlage 2: Semi-gestroctureerde vragenlijst

Bijlage 3: Resultaten vragenlijsten

Bijlage i: Interview Liesbeth Vollemans

Kun je me iets vertellen over je werkzaamheden?
Ik houd me bezig, en heb me bezig gehouden, met een aantal dingen:

- Ik ben werkzaam binnen het Basisberaad Rijnmond. Dit Basisberaad houdt zich bezig met projecten voor cliënten. Zo geef ik nu als ervaringsdeskundige trainingen aan hulpverleners en dit heet 'Cliënten trainen hulpverleners'. Deze training is opgestart in 2002 en ik heb vanaf het begin meegewerkt om dit van de grond te krijgen. Ik heb voor het trainen van hulpverleners een certificaat behaald.
  Ik ben co-onderzoeker bij het onderzoeksbureau Kwadraad en neem interviews af bij cliënten.
  Ik zat (momenteel dus niet meer) in het HEE (=Herstel Empowerment en Ervaringsdeskundigheid)-team van het Trimbos Instituut. Dit team van ervaringsdeskundigen richt zich op het herstel van cliënten met psychische aandoeningen. We besteden aandacht aan empowerment zodat cliënten zichzelf kunnen helpen.
- In het verleden heb ik verschillende dingen gedaan. Zo heb ik onder andere gewerkt als een *community fieldworker,* ik noemde mijzelf altijd gewoon een veldwerker'. Ik ging de straat op om contact te leggen met gebruikers. Verder heb ik stiekem een Basement opgericht in Rotterdam, dit was een informele gebruikersruimte waar gebruikers naast het gebruiken van drugs ook konden dealen. De buurt mocht dit niet weten, omdat er anders teveel gezeur en ophef over zou komen. Hans Visser, de 'drugsdominee' van de Paulus kerk, bemiddelde hierbij zodat het door de politie gedoogd werd. Deze Basement heeft een aantal jaren bestaan, maar bestaat inmiddels niet meer. Verder heb ik de opleiding Sociale Dienstverlening gevolgd en ben ik werkzaam geweest binnen de jeugdhulpverlening.'

Je bent ervaringsdeskundige, wat houdt dit precies in?
'Een ervaringsdeskundige maakt gebruik van zijn eigen ervaringen in het contact met cliënten. Iemand kan echter pas ervaringsdeskundige worden als hij zijn verleden heeft verwerkt. Daarnaast moet diegene een training hebben gevolgd. Ik heb zelf de training 'Werken met eigen ervaring' gevolgd. Daarbij is het belangrijk dat diegene zijn eigen verhaal kan presenteren. Voor het presenteren heb ik een cursus bij het Trimbos Instituut gevolgd.'

Je vertelde datje trainingen geeft, wat is het doel van deze trainingen?
'Tijdens de training 'Cliënten trainen hulpverleners' is het doel om hulpverleners bewuster te maken en ze in de schoenen te laten staan van cliënten. Vroeger waren dit alleen hulpverleners van de GGZ, maar dit is veranderd, nu is het ook gericht op Hulpverleners vanuit de verslavingszorg.'

Hoe is de training 'Cliënten trainen hulpverleners' opgebouwd?
'Ik heb het programma voor je meegenomen van de laatste training *Liesbeth geeft me een aantal papieren*. De training bestaat uit één volle dag en een temgkomdag. Na de eerste dag krijgen de hulpverleners wat huiswerkopdrachten mee die ze weer meenemen op de terugkomdag. Een belangrijk onderdeel van de training is rollenverlies, dit gaat over de rollen die cliënten verliezen wanneer ze verslaafd zijn, bijvoorbeeld de rol van moeder.'

Heb je ook nog andere trainingen gegeven?
'Een andere training die ik heb gegeven is de Individuele Rehabilitatie Benadering voor St. Rehabilitatie '92. In deze training worden hulpverleners geleerd om verder door te vragen bij verslaafde cliënten, want is er naast het middelengebruik vaak nog veel meer aan de hand. Het is dan ook belangrijk dat de hulpverlener ook vraagt naar de andere leefgebieden, zoals het sociale netwerk.'

Wat voor rol speelt het onderwerp 'bejegening' tijdens deze trainingen?
'Eigenlijk gaat daar bij de training hier alleen maar over. Het gaat hierbij namelijk onder andere over gelijkwaardigheid. Andere thema's die we behandelen zijn: macht/onmacht, veiligheid/onveiligheid, afhankelijkheid/onafhankelijkheid.'

Hoe kijk je zelf als ervaringsdeskundige naar bejegening?
'Ik vind bejegening gewoon zó belangrijk. Ik vind dat er sprake van gelijkwaardigheid tussen hulpverlener en cliënt moet zijn. Ik vond het zelf in het contact met de hulpverlening daarnaast van belang dat een hulpverlener mij serieus nam en dat hij/zij ook iets over zichzelf vertelde.'

Wat zijn volgens jou veelgemaakte fouten gemaakt door hulpverleners in de bejegening van cliënten? Heb je hier een voorbeeld van?
'Wat ik een veelgemaakte fout vind is dat een hulpverlener zélf problemen heeft, dit gaat uiteindelijk ten koste van de bejegening van de cliënt. Ondeskundigheid, onervarenheid en het zich achter regeltjes verschuilen zijn ook veelgemaakte fouten. Daarnaast het hebben van vooroordelen en te idealistisch zijn; bijvoorbeeld een cliënt willen laten afkicken, terwijl dat niet haalbaar is. Ik heb zelf een hulpverleenster gehad die mij benaderde als een klein Mnd en me dus betuttelde; 'Maar, meisje toch...', zo benaderde ze me dan. Ik heb hier toendertijd niks van gezegd en mijn eigen plan getrokken. Uiteindelijk g;ing het beter met me en zij maar denken dat ze hier ook een aandeel in had!'

En nu andersom; kun je ook een voorbeeld benoemen van wat volgens jou correcte bejegening is?
'Ik heb een hulpverlener gehad die een peptalk met mij hield en mijn zelfvertrouwen, wat toen helemaal niks was, weer opvijzelde. Deze hulpverlener keek naar mijn kwaliteiten en positieve punten en bleef in mij geloven. Verder kreeg ik een gevoel dat ik er niet alleen voor stond en werd er interesse getoond en was er sprake van oprechtheid van de hulpverlener.'

Je houdt je ook bezig met onderzoeken, wat voor onderzoeken zijn dit?
'Ik neem interviews af als co-onderzoeker, soms doe ik dit met een andere ervaringsdeskundige en soms met een professionele onderzoeker. We nemen interviews af bij cliënten binnen de maatschappelijke opvang, verslavingszorg en psychiatrie, gericht op kwaliteit van de zorg. Kwadraad werkt met ervaringsdeskundigen, omdat zij 'insider' zijn en kennis van zaken hebben.'

Hoe benader je tijdens een dergelijk onderzoek de cliënten en wat voor vragen stel je ze?
'We maken een afspraak met de cliënten waarmee we open interviews gaan houden. Van te voren is een vragenlijst opgesteld met alle wagen die we ze tijdens het interview gaan stellen. De vragen gaan over bejegening (benadering van bewoners door medewerkers), maar ook over het verblijf en regels, etc. Helaas ben ik het lijstje van de vragen aan cliënten kwijt, maar ik heb wel lijstjes met de vragen aan medewerkers voor je. Zij krijgen dezelfde vragen, dus dan kan je in plaats van medewerker, bewoner invullen. *Liesbeth laat een vragenlijst zien terwijl ze het me uitlegt*.'

Heb je ook tips voor mij wat belangrijk is bij het afinemen van interviews met cliënten?
'Een tip van mijn kant is om de cliënten een beloning te geven voor het afnemen van een interview. Dit kan geld zijn, maar ook een pakje shag. Mocht dit niet in je budget passen, dan kun je ze bijvoorbeeld ook een magazine aanbieden, zoals Mainline. Je zou verder een interview kunnen opnemen op bandrecorder, zodat je het terug kan horen. Verder moet je de cliënten begrenzen tijdens het interviewen, mocht dit nodig zijn. Voor je het weet vertellen ze je hun hele levensverhaal.'

Tot slot; wat wil je meegeven aan alle professionals die net zijn afgestudeerd en binnen de verslavingszorg willen werken?
'Héél belangrijk; ze moeten weten wat drugs en alcohol is, wat deze middelen met iemand doen. Ze moeten bijvoorbeeld weten wat 'craving' inhoudt. Ik heb geregeld gezien dat hulpverleners er te weinig vanaf weten.'

Bijlage 2: **Semi-gestructureerde vragenlijst**

VRAGENLIJST

Deel **1:** Persoonsgegevens

1) Wat is je leeftijd?

. . . . . *jaar*

2) Hoelang heb je contact met de verslavingszorg?

. . . . . *jaar óf* . . . . . *maanden (indien het korter dan een jaar is)*

3) Met welke soort(en) zorg heb je ervaring? *(Kruis aan, meerdere antwoorden zijn mogelijk)*

- *o* Ambulante hulpverlening (zelf naar hulpverlener toe voor gesprekken)
- o Klinische behandeling (opname in een verslavingskliniek)
- o Deeltijdbehandeling (aantal dagen per week behandelactiviteiten volgen)
- o Reclassering
- o Gebruiksruimte
- o Heroïnebehandelunit
- o Methadonpost
- o Woonbegeleiding en Werk

- o Anders namelijk; . . . . . .

- o Anders namelijk; . . . . . .

- o Anders namelijk; . . . . . .

4) ***Waar ben of was je aan verslaafd?*** *(Kruis aan, meerdere antwoorden zijn mogelijk)*

- *o* Alcohol
- o Gokken
- o Drugs, namelijk; . . . . . .

- o Anders, namelijk; . . . . . .

Deel 2: Vervolg vragen over het hoofdonderwerp 'bejegening'

5) Wat vind je prettig in het contact met hulpverleners?

6) Heb je een voorbeeld, of misschien meerdere voorbeelden hiervan?

7) ***Waar kun je je aan ergeren in het contact met hulpverleners?***

8) ***Heb je een voorbeeld, of misschien meerdere voorbeelden hiervan?***

9) Wat waren je verwachtingen van *de* ***hulpverleners toen je met de verslavingszorg in aanraking kwam?***

10) Tot slot: waar moeten hulpverleners binnen de verslavingszorg volgens jou op letten in de omgang met cliënten? *(Hier kun je tips geven)*

VRIENDELIJK BEDANKT VOOR HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST!
José Dragtsma (studente Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Bijlage 3; Resultaten van de vragenlijsten

Deel 1: Persoonsgegevens

Respondentnummer:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11) Wat is je leeftijd?	42	43	44	45	59	48	47	27	37	40
12) Hoelang heb je contact met de verslavingszorg?	22j	17j	26j	28j	3m	14j	20j	2m	10j	l,5m
13) Met welke soort(en) zorg heb je ervaring?										
0 Ambulante hulpverl.	X					~ x		X		
0 Klinische behandeling			~x'			X				
0 Deeltijdbehandeling			X					X		
0 Reclassering	X		X							X
0 Gebruiksruimte	X	X								
0 Heroïnebehandelunit										
0 Methadonverstrekking	X	X							x	
0 Woonbegeleiding	X						X			
0 Anders namelijk;										
0 Anders namelijk;										
0 Anders namelijk;										
14) Waar ben of was je aan verslaafd?										
0 Alcohol					X	X				
0 Gokken										
0 Drugs, namelijk;	Her. Met.	Her. Coc. Met. Can.	Her. Coc. Can. Pill.	Her. Coc.			Her. Met.	Alles beh-alve her.	Coc. Her.	X
0 Anders, namelijk;			Diaz.			Oxa. Ser.				

Respondentnummer:	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Wat is je leeftijd?	32	47	32	43	33	52	27	22	37	50
Hoelang heb je contact met de verslavingszorg?	l i j	20j	12j	26j	16m	4d	7j	3m	l,5j	6j
Met welke soort(en) zorg heb je ervaring?										
0 Ambulante hulpverl.		X	X	X			X	X	X	X
0 Klinische behandeling	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0 Deeltijdbehandeling							X			
0 Reclassering	X	X	X	X			X			
0 Gebruiksruimte			X	X			X			
0 Heroïnebehandelunit							X			

o Methadonverstrekking	X	X		X			X			
o Woonbegeleiding	X									
o Anders namelijk;						AA (Ij)				
o Anders namelijk;										
o Anders namelijk;										
Waar ben of was je aan verslaafd?										
o Alcohol		X	X			X	X	X		X
o Gokken										
o Drugs, namelijk;	Her. Coc. Can.	Coc. Her. Pill.	Her. Coc. Can. GHB	Coc. Her. Met.	Coc.		Her. Met.	Can.		
o Anders, namelijk;				Den.						

Respondentnummer:	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**
Wat is je leeftijd?	43	35	42	27	36	39	33	45	40
Hoelang heb je contact met de verslavings-zorg?	8j	4m	6m	6m	21j	10j	15j	2j	26j
Met welke soort(en) zorg heb je ervaring?									
o Ambulante hulpverl.	X	X	X	X	X™				
o Klinische behandeling	X	X	X	X	~~X~~	—	™~X~		X
o Deeltijdbehandeling			X				~~X		
o Reclassering	X					—			X
o Gebruiksruimte							~X~		
o Heroïnebehandelunit									
o Methadonverstrekking							— —		X
o Woonbegeleiding	X				X				
o Anders namelijk;									
o Anders namelijk;									
o Anders namelijk;									
Waar ben of was je aan verslaafd?									
o Alcohol	X		X			X	X	X	X
o Gokken									
o Drugs, namelijk;	Her. Coc.	Can		Coc. Can.	Coc. Her. Pill.		Coc. Her. Met.		Coc. Her.
o Anders, namelijk;					Ben.				Ser.

Deel **2:** Vervolgvragen over het hoofdonderwerp 'bejegening'

Resp. Nr.	***15) Wat vind je prettig in het contact met hulpverleners?***
1	Dat ze helpen huis, rekeningen en boetes te betalen. Valt altijd te praten.
2	Geen ervaring.
3	Dat er mensen zijn die je willen helpen met je problemen.
4	Niets.
5	Persoonlijke aandacht zonder onderbreking.
6	Ik kan me makkelijk uiten in 't algemeen. Vooral in één op één gesprekken.
7	Dat ik ze nu een beetje ken.
8	Geen oordeel vellen. Respect voor mijn mening. Open staan, niet van oude stempel.
9	Dat er een aanspreekpunt is.
10	Datje bij een andere instantie sneller binnen bent.
11	Als ze zichzelf zijn.
12	Das verschillend.
13	Dat ze er meestal voor je zijn om oplossingen te zoeken.
14	Vertrouwen, afspraken nakomen, direct zijn wat waarheid betreft.
15	Eén op één gesprekken.
16	Duidelijkheid, zichtbaarheiid,bereidheid, humor.
17	Verschil. Aan de Vondellaan wordt er goed naar je geluisterd, behulpzaam.
18	Oprechte hulp. Dat ze je stoppen.
19	Alles.
20	Dat ik kan vertellen waar **ik** het moeilijk mee heb. Soms heb ik wat aan feedback.
21	Dat ze je niet alleen als cliënt zien, maar ook als normaal mens.
22	Luisterend oor, confronteren met mijn gedrag.
23	Het luisterend oor zonder veroordeling. Voor mij is het een geruststelling dat ze er voor betaald krijgen om te helpen.
24	Begrip.
25	Dat ze uitzoeken wat er aan de hand is. \A/at is je probleem.
26	Als je iets **wil** bespreken dan kan dat.
27	Dat je alles kwijt kan en dat het ook tussen 4 muren blijft.
28	Bereid zijn naar je te luisteren. Je helpen met problemen oplossen.
29	Ben gek met Antje waar ik goed mee kan praten en ze is meelevend.
	16) Heb je een voorbeeld, of misschien meerdere voorbeelden hiervan?
1	Ik gooi mijn post niet meer weg en betaal mijn rekeningen. Voor het eerst heb ik het gevoel dat ik van mijn schulden af kom.
2	-
3	Hulp bij woonruimte zoeken, bij praktische dingen of als je naar tandarts of ziekenhuis moet. Bezoek als je ziek bent of vast zit.
4	-
5	-

6	Afbouwen methadon, terwijl dat toen beter niet kon. Dus advisering.
7	Niet iedere maand een andere contactpersoon.
8	Mijn hulpverlener zei dat ik er zelf een goede kijk op had en dat is prettig om te horen en voor de motivatie.
9	Als ik trek heb als ik opsta, dat met mijn mentor van me afpraten.
10	Uitkering is hier sneller geregeld.
11	Psychiater die over zichzelf praat.
12	De één is sympathiek, de ander niet.
13	Ik ben altijd zeer goed geholpen hier.
14	Hulpverleners die ding toezeggen maar niet, of niet helemaal, nakomen.
15	-
16	Werk zelf vanaf mei 2003 in de verslavingszorg.
17	Dat ze mensen graag helpen om op de goede weg te komen.
18	-
19	Nee
20	Ik was soms in paniek door een advies, namelijk opname Hoog-Hullen. Ze begrepen dat en legden me niets op.
21	Heel veel, maar dat is te uitgebreid.
22	Zie 5.
23	-
24	Goed gesprek, geen betweters.
25	Ja, van wat, waar, wat waarom.
26	Dingen uit het verleden bespreken.
27	-
28	Niet alleen mij helpen, maar ook met vraagstuk omtrent de kinderen.
29	Als ik in de stress zit kan ik daar altijd terecht. Sommigen zien het ook aan me.
	17) Waar kun je je aan ergeren in het contact met hulpverleners?
1	Weinig, ik pas me aan. Ik vind hun voorwaarden normaal.
2	-
3	Als ze niet inzien datje gelijk hebt als ervaringsdeskundige met gebruik, leven op straat enz..
4	Dat jij degene moet zijn die ergens mee moet komen. Plan, levensverhaal etc.
5	Niet van toepassing tot dusver.
6	Hoe gaat 't met je? Terwijl ik het liefst z.s.m. mijn methadon naar binnen wil werken.
7	In het verleden vaak wisselende mensen, zodat je steeds opnieuw je verhaal doet.
8	Hooghartige houding van psychiaters die weinig kennis van diepere zaken hebben. Als mijn mening volgens hun mijn stoornis is.
9	Dat ze denken dat ze boven god staan.
10	Soms is het een beetje te bekrompen.
11	Als ze veel uit boekjes werken.

12	Wanneer iemand die nog nooit gezopen heeft mij vertelt wat ik moet voelen.
13	Als ze autoritair overkomen.
14	Dat ze de schuld altijd bij een ander neerleggen of dat ze om dingen heen draaien.
15	Als er geen tijd voor cliënten gemaakt wordt.
16	Niet naar elkaar luisteren, leder zijn eigen visie/ verhaal te lang
17	Van het kastje naar de muur worden gestuurd, beloften maken en je vervolgens in de rug prikken.
18	Als de staf niet op één lijn ligt. Denken datje dom bent.
19	Enorme betutteling, alsof je naast je verslaving geen vol verantwoordelijk mens bent.
20	Als afspraken niet nagekomen worden. Vooral als ze dingen uitstellen.
21	Die op je neerkijken.
22	Onervaren, stagiair(e)s, regelneukers.
23	-
24	Stug en afstandig.
25	-
26	Dat ze op de regels hameren.
27	Als je je zin niet krijgt
28	Nergens aan.
29	Als ze afstandelijk en niet meelevend zijn.
	18) Heb je een voorbeeld, of misschien meerdere voorbeelden hiervan?
1	-
2	-
3	Beantwoordt al hierboven.
4	-
5	-
6	Door stagiaires die ingewerkt moeten worden duurt de verstrekking soms lang.
7	-
8	Ik werd van de één naar de ander gestuurd.
9	Vraag een aspirine en krijg als antwoord nee. Verdere uitleg niet nodig denkt ze.
10	Op alle slakken zout leggen, niet vragen wat de reden is.
11	Dokter in opleiding.
12	Einde zoek.
13	Nee, dat moetje gewoon meemaken.
14	Tussen 1e en 2e opname zat 4 maand. Achteraf bleek dat de trajectbegeleider het pas in de 3e maand van de opname in werking had gezet. Volgens hem was hij er vanaf het begin mee bezig.
15	-
16	Overlegsituatie
17	Dat er heel veel fouten worden gemaakt.
18	-
19	Te veel.

20	Ik kreeg een adviesgesprek 1 dag later dan gezegd. Ze zeiden dat ik pas was aangemeld terwijl dat een maand geleden was.
21	Sommigen doen dat.
22	Doen alsof ze luisteren.
23	-
24	Nachtwacht van VNN.
25	-
26	Aan bepaalde taken houden.
27	-
28	-
29	Je hebt er een paar waar ik me niet goed bij voel. Erg afstandelijk en ik dan ook.
	19) Wat waren je verwachtingen van de hulpverleners toen je met de verslavingszorg in aanraking kwam?
1	Vroeger dacht ik altijd dat ze je in een kliniek wilden hebben. 22 jaar geleden was dat ook zo in Assen.
2	Begeleiding bij afbouwen van gebruik.
3	Hulp en aanspraak met je problemen waar je mee zit. Ik vooral met vroeger, hoe mijn moeder me behandelde (mishandelde).
4	Dat ze je onvoorwaardelijk steunen, maar dat doen ze niet.
5	Weinig.
6	Geen gejaag op heroïne
7	Weet niet meer. In de loop der jaren wel bijgesteld. Weet wat ik kan verwachten nu.
8	Geen verwachting, geen teleurstelling.
9	Veel te hoog, tot nu toe zwaar teleurgesteld. Ze doen weinig of bijna niks.
10	Alles kan worden geregeld, als je er zelf maar achter staat.
11	Dat ik gelukkig zou worden, was niet zo!
12	Rust in m'n kop, wegvagen jeugd.
13	Dat ik een clean leven kan leiden en beter met m'n problemen om kan gaan.
14	Dat ze (op korte termijn) woonruimte zouden regelen.
15	Niets.
16	4 dagen als cliënt vergelijkbaar als in m'n eigen werk.
17	Om te stoppen met de dope en om methadon te krijgen
18	-
19	Nee.
20	Dat ze me ondersteunen.
21	Dat weet ik niet meer.
22	Geen.
23	Blanco in gegaan.
24	Begrip en richting aangeven m.b.t. regelmaat en leven zonder middelen.
25	-
26	Mij helpen van de verslaving af te komen.
27	-

28	-
29	Dat ze me helpen op het rechte pad te blijven en dat ik weet dat ik niet alleen op de wereld ben en dat er mense4n zijn waar ik terecht kan.
	20) Tot slot: waar moeten hulpverleners binnen de verslavingszorg volgens jou op letten in de omgang met cliënten? (Hier kun je tips geven)
1	Dat ze je geld en persoonlijkheid respecteren.
2	Nergens op. Laat maar gaan, laat maar zitten.
3	Dat ze iemand serieus moeten nemen. Dat het altijd van jou af moet hangen en niet van hun. Wij hebben veel ervaring met straatleven, instanties, drugs enz..
4	Hulpverlening, het woord zegt het al.
5	Vertrouwd gevoel geven.
6	Geen advocaat van de duivel. Lijkt me duidelijk vanuit cliëntperspectief.
7	Zo goed mogelijk naar de cliënt luisteren. Dat gebeurde vroeger niet. Ze zeiden toen wat er gedaan moest worden.
8	Serieus nemen, steunen doch op verantwoording wijzen. Check up bij dipjes, alles moet van cliënt zelf komen. Als ik weg blijf, bel er dan minimaal lx achteraan.
9	Praat veel met de mensen, ga vooral niet denken datje beter bent want het zijn ook gewoon mensen, maar dan met een probleem.
10	Hun problemen en de staat waarin ze verkeren qua drank, drugs o.i.d..
11	Dat als er geluisterd wordt, ook tijd is voor hun eigen interpretatie.
12	Hun verleden-heden-toekomst
13	Dat ze de verslaafden serieus blijven nemen.
14	Iedereen individueel behandelen. Direct naar cliënt toe zijn.
15	Begrip en medeleven.
16	Er voor ze te zijn zonder te redden.
17	Alle*;, en veel zien ze fout.
18	
19	Op houden met alles uit handen te nemen.
20	Afspraken nakomen. Geen verslagen kwijtraken/ zeggen ze niet gekregen te hebben.
21	Rekening houden nnet gevoelens van de cliënt. De één is de ander niet.
22	Kijken naar persoonlijke levenservaring.
23	Herhaling van wat het middel met je doet - korte termijn - lange termijn
24	Begrip en iedereen is anders.
25	-
26	-
27	-
28	-
29	Kijken of ze goed in de vel zitten en hoe ze er op dat moment bijlopen en vragen of ze even willen praten ofzo. Dat voelt goed.