

Auteur: M.K. Gerrits-Dieleman

Studentnr.: 64885

Opleiding: Social Work

Universiteit: HZ University of Applied Sciences

Cursus: Praktijkgericht onderzoek SW1 (CU16565)

Opdrachtgever: dhr. J. Looij

1e beoordelaar: dhr. E. van der Heijden

2e beoordelaar: dhr. B. van der Veer

Plaats van uitgave: Vlissingen

Datum van uitgave: 24 november 2016

Versie: 1.0

Handvatten voor de ambulant werker bij psychiatrische problematiek

Onderzoeksverslag

**Optreden**

**als netwerkcoördinator**

Optreden als netwerkcoördinator

Handvatten voor de ambulant werker bij psychiatrische problematiek

Onderzoeksverslag

Auteur: M.K. Gerrits-Dieleman

Studentnr.: 64885

Opleiding: Social Work

Universiteit: HZ University of Applied Sciences

Cursus: Praktijkgericht onderzoek SW1 (CU16565)

Onderwerp: Optreden als netwerkcoördinator: handvatten voor de ambulant werker bij psychiatrische problematiek. Onderzoeksverslag.

Opdrachtgever: dhr. J. Looij

1e beoordelaar: dhr. E. van der Heijden

2e beoordelaar: dhr. B. van der Veer

Plaats van uitgave: Vlissingen

Datum van uitgave: 24 november 2016

Versie: 1.0

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie ‘Optreden als netwerkcoördinator: handvatten voor de ambulant werker bij psychiatrische problematiek’. Dit verslag is het eindresultaat van mijn afstudeeronderzoek in het kader van afstuderen aan de opleiding Social Work aan de HZ University of Applied Sciences.

Allereerst wil ik mijn opdrachtgever Jan Looij bedanken voor het ondersteunen gedurende het onderzoeksproces, tijdens en ook na mijn afstudeerstage bij het Leger des Heils in Terneuzen.

Ik wil Dennis Karel en Eric van der Heijden bedanken voor hun begeleiding, tijd en aandacht. Ook wil ik mijn studieloopbaancoach Martien Lodder hartelijk bedanken. Zijn wijsheid en motiverende woorden hebben mij geholpen om deze scriptie tot een goed einde te volbrengen.

Ik wil uiteraard ook alle medewerkers en cliënten, die bereid waren om aan dit onderzoek mee te werken, hartelijk bedanken. Dankzij hun openheid en bereidheid om aan de interviews deel te nemen heb ik alle informatie gekregen die ik nodig had.

Tot slot wil ik iedereen die de tijd heeft genomen om mijn onderzoeksverslag door te lezen en te voorzien van feedback welgemeend bedanken. In het bijzonder wil ik mijn echtgenoot Benjamin Gerrits bedanken, niet alleen voor zijn tijd om feedback op mijn verslagen te geven, maar ook voor zijn aandacht. Hij heeft mij tijdens dit proces ondersteund en keer op keer weten te motiveren.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Mathilde Gerrits-Dieleman

Axel, 23 november 2016

Samenvatting

De afgelopen jaren maakt de overheid burgers steeds meer attent op het zorgen voor het eigen welzijn en dat van de ander. De veranderingen in de zorgsector, de nieuwe WMO en de Participatiewetgeving, vragen een vernieuwde, netwerkgerichte werkwijze van de medewerkers van het Afdeling Extramuraal van het Leger des Heils in Terneuzen. Verscheidene medewerkers hebben aangegeven het lastig te vinden om netwerkcoördinerend te werk te gaan bij psychiatrische problematiek. Om die reden is er onderzoek verricht naar netwerkcoördinatie en netwerkgericht werken bij cliënten met alcoholafhankelijkheid, cliënten met middelenafhankelijkheid (drugs), cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en cliënten met een depressieve stoornis. Uit het onderzoek is gebleken dat er enerzijds weerstand heerst bij cliënten en vaak ook bij hulpverleners zelf om het netwerk bij de begeleiding te betrekken. Anderzijds zijn leden uit het sociale netwerk vaak teleurgesteld in de cliënt of kunnen zij de problematiek en de gevolgen daarvan moeilijk accepteren. Het ambulante team van het Leger des Heils in Terneuzen dient oog te hebben voor die weerstand, niet alleen bij de cliënt maar ook bij zichzelf en het betrokken netwerk, om vervolgens actief op zoek te gaan naar mogelijkheden om die weerstand te verminderen of weg te nemen. Een goede vertrouwensrelatie is belangrijk om weerstand bij de cliënt te verminderen. Daarnaast zullen cliënten gemotiveerd moeten worden om een beroep te doen op hun netwerk, door te ervaren dat een hulpverlener niet de ultieme oplossing is. Tot slot bieden vrijwilligers veel mogelijkheden, maar daar is nog gerichter onderzoek voor nodig.

Abstract

In recent years, the government has been making citizens more and more attentive to the care of their own welfare and that of others. The changes in the healthcare sector, the new WMO and the Participation Law, require a new, network-oriented approach of the employees of the Salvation Army Extramural in Terneuzen. Several employees find it difficult to take on a network-oriented approach if there are psychiatric problems. For this reason, network coordination and a network-oriented approach for clients with alcohol dependence, clients with substance dependence (drugs), clients with a borderline personality disorder or clients with a depressive disorder is researched. This research has shown that on the one hand resistance exists in clients and often in social workers themselves to involve the network in counseling. On the other hand, members of the social network themselves are often disappointed by the client or they find it difficult to accept the problem and its consequences. The Salvation Army Extramural in Terneuzen should pay attention to that resistance, not only in the client but also in themselves and the social network concerned, and subsequently seek actively for opportunities to reduce or take away the resistance. A good relationship of trust is important to reduce resistance in the client. In addition, clients will be motivated to rely on their network, through experience that a social worker is not the ultimate solution for their problems. Finally, volunteers offer many opportunities, but a more precise research in this field is required.

Inhoudsopgave

[1. Inleiding 1](#_Toc467668062)

[Leeswijzer 2](#_Toc467668063)

[2. Theoretisch kader 3](#_Toc467668064)

[2.1 Afdeling Extramuraal 3](#_Toc467668065)

[2.2 Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving 3](#_Toc467668066)

[2.3 Doelgroep: specifieke psychiatrische problematiek nader omschreven 4](#_Toc467668067)

[2.3.1 Middelenafhankelijkheid en alcoholafhankelijkheid 4](#_Toc467668068)

[2.3.2 Borderlinepersoonlijkheidsstoornis 5](#_Toc467668069)

[2.3.4 Depressieve stoornis 5](#_Toc467668070)

[2.3.5 Comorbiditeit 6](#_Toc467668071)

[2.4 Sociale netwerken en psychiatrische problematiek 6](#_Toc467668072)

[2.4.1 Belemmeringen in sociale relaties 7](#_Toc467668073)

[2.4.2 Maatschappelijke participatie 7](#_Toc467668074)

[2.4.3 Hulpvragen, (zorg)behoeften en de rol van het sociale netwerk 7](#_Toc467668075)

[2.4.4 De sociale netwerkbenadering 8](#_Toc467668076)

[2.5 Vrijwilligers als netwerkpartner 8](#_Toc467668077)

[2.5.1 De vrijwilliger aan het werk: belemmeringen en mogelijkheden 8](#_Toc467668078)

[2.5.2 Ondersteuning van de vrijwilliger en professionalisering van vrijwilligerswerk 9](#_Toc467668079)

[2.6 Implicaties 9](#_Toc467668080)

[3. Onderzoeksmethode 11](#_Toc467668081)

[3.1 Onderzoeksstrategie 11](#_Toc467668082)

[3.2 Dataverzamelingsmethode 11](#_Toc467668083)

[3.3 Onderzoekspopulatie, respondenten en steekproef 12](#_Toc467668084)

[3.4 Onderzoeksinstrumenten en data-analyse 12](#_Toc467668085)

[3.6 Betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid 13](#_Toc467668086)

[4. Resultaten 14](#_Toc467668087)

[4.1 Verloop veldwerk 14](#_Toc467668088)

[4.2 Resultaten respondentengroep medewerkers 14](#_Toc467668089)

[4.2.1 Participatie 14](#_Toc467668090)

[4.2.2 Specifieke psychiatrische problematiek en begeleiding 14](#_Toc467668091)

[4.2.3 Sociaal en maatschappelijk functioneren 15](#_Toc467668092)

[4.2.5 Netwerkcoördinator 15](#_Toc467668093)

[4.2.6 Vrijwilligers 16](#_Toc467668094)

[4.3 Resultaten respondentengroep cliënten 16](#_Toc467668095)

[4.3.1 Persoonlijke gegevens 16](#_Toc467668096)

[4.3.2 Specifieke psychiatrische problematiek 17](#_Toc467668097)

[4.3.3 Sociaal en maatschappelijk functioneren 17](#_Toc467668098)

[4.3.4 Begeleiding 18](#_Toc467668099)

[4.3.5 Netwerk en begeleiding 18](#_Toc467668100)

[5. Discussie 20](#_Toc467668101)

[5.1 Respondentengroep medewerkers 20](#_Toc467668102)

[5.1.1 Participatie 20](#_Toc467668103)

[5.1.2 Specifieke psychiatrische problematiek en begeleiding 20](#_Toc467668104)

[5.1.3 Sociaal en maatschappelijk functioneren 21](#_Toc467668105)

[5.1.4 Netwerkcoördinator 21](#_Toc467668106)

[5.1.5 Vrijwilligers 22](#_Toc467668107)

[5.2 Respondentengroep cliënten 22](#_Toc467668108)

[5.2.1 Specifieke psychiatrische problematiek 22](#_Toc467668109)

[5.2.2 Sociaal en maatschappelijk functioneren 23](#_Toc467668110)

[5.2.3 Begeleiding 24](#_Toc467668111)

[5.2.4 Netwerk en begeleiding 24](#_Toc467668112)

[6. Conclusie en aanbevelingen 25](#_Toc467668113)

[6.1 Conclusie 25](#_Toc467668114)

[6.1.1 Deelvraag 1 25](#_Toc467668115)

[6.1.2 Deelvraag 2 25](#_Toc467668116)

[6.1.3 Deelvraag 3 26](#_Toc467668117)

[6.1.4 Deelvraag 4 26](#_Toc467668118)

[6.1.5 Centrale onderzoeksvraag 27](#_Toc467668119)

[6.2 Aanbevelingen 28](#_Toc467668120)

[7. Evaluatie 29](#_Toc467668121)

[7.1 Evaluatie van het eigen onderzoeksproces 29](#_Toc467668122)

[7.2 Evaluatie van het onderzoeksresultaat 30](#_Toc467668123)

[7.3 Bespreking van het onderzoeksgedrag 30](#_Toc467668124)

[Bijlage 1. Feedback opdrachtgever 31](#_Toc467668125)

[Bijlage 2. Transcript 32](#_Toc467668126)

[Bijlage 3. Interviewformat respondentengroep medewerkers 39](#_Toc467668127)

[Bijlage 4. Interviewformat respondentengroep cliënten 40](#_Toc467668128)

[Literatuur 41](#_Toc467668129)

# 1. Inleiding

De afgelopen jaren maakt de overheid burgers steeds meer attent op het zorgen voor het eigen welzijn en dat van de ander. Sinds de inwerkingtreding van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in 2007 heeft deze accentverschuiving een duidelijkere vorm aangenomen en is de verantwoordelijkheid voor het welzijn van de burgers meer bij de gemeenten komen te liggen (Verkooijen, Andel, & Hoogland, 2014).

In reactie op deze maatschappelijke ontwikkelingen hebben twee studenten van de HZ University of Applied Sciences te Vlissingen in het jaar 2014-2015 onderzoek verricht naar de netwerkcoördinerende functie van de ambulante medewerker van het Leger des Heils Zeeland. De veranderingen in de zorgsector, de nieuwe WMO en de Participatiewetgeving, vragen een vernieuwde werkwijze van ambulant werkers. Dat houdt in dat ook medewerkers van het ambulante team van het Leger des Heils hun werkwijze bij dienen te stellen. Kort gezegd, de ambulant werker moet zich meer gaan richten op netwerkontwikkeling om tegemoet te komen aan de eisen die vanuit de overheid gesteld worden aan burgers, zo ook de cliënten. Het voorgaande onderzoek richtte zich op de centrale vraag: 'Wat heeft het ambulante team van het Leger des Heils in Zeeland nodig om als netwerkcoördinator op te treden in de begeleiding van de cliënt?’. Uit dit onderzoek zijn diverse aanbevelingen voortgekomen. Eén van deze aanbevelingen heeft te maken met een specifieke 'subdoelgroep' binnen de brede doelgroep van cliënten waar de ambulante medewerker van het Leger des Heils mee te maken heeft: cliënten met een psychiatrische aandoening. Verscheidene medewerkers van het Leger des Heils hebben kenbaar gemaakt het lastig te vinden om cliënten met een psychiatrische aandoening op een juiste manier te benaderen als het gaat om netwerkversterkende hulpverlening. Zij hebben aangegeven behoefte te hebben aan meer kennis en deskundigheid ten aanzien van psychiatrische problematiek in zijn algemeenheid, en handvatten in hoe op te treden als netwerkcoördinator bij specifieke psychiatrische aandoeningen. Het vergroten van kennis op het gebied van psychiatrische problematiek, netwerkbenadering en -ontwikkeling en de inzet van vrijwilligers in dergelijke gevallen zijn in voorgaand onderzoek aangevoerd als aanbevelingen voor een vervolgonderzoek (Verplanke & Scheele, 2015).

Mensen met een psychiatrische aandoening hebben vaak een zeer beperkt sociaal netwerk en verkeren of geraken in een sociaal isolement (GGZ Nederland, 2009). Er zijn een aantal redenen waarom het zo belangrijk is om te investeren in het sociale netwerk van deze cliënten. In eerste instantie draagt een gezond sociaal netwerk bij aan het bevorderen van de levenskwaliteit (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). Mensen die beperkingen van hun psychische problemen ondervinden en weinig sociale steun ervaren, hebben een grotere kans om in de hulpverlening terecht te komen en te blijven (De Vries, 2010). Mensen willen hun familie, vrienden en andere leden van hun sociale netwerk best helpen, maar vanwege onwennigheid, onwetendheid en vraagverlegenheid blijft een volwaardige onderlinge steun vaak uit. Door oog te hebben voor het sociale netwerk van een cliënt met een psychiatrische aandoening en te investeren in de leden uit dat sociale netwerk, kan de extra zorgkracht uit sociale netwerken ter wereld worden geholpen (Steyaert & Kwekkeboom, 2012).

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt: “Hoe kan het ambulante team van het Leger des Heils in Terneuzen als netwerkcoördinator optreden in de begeleiding van de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening?”

Om een antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag, zijn een viertal deelvragen opgesteld. Het beantwoorden van deze deelvragen zal tot een antwoord op de centrale onderzoeksvraag leiden. De deelvragen luiden als volgt:

1. Welke rollen en behoeftes vervult het sociale netwerk van de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening?
2. Wat heeft de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening nodig om het netwerk op te bouwen en/of te vergroten?
3. Hoe kunnen vrijwilligers betrokken worden in de netwerkontwikkeling en/of –versterking van de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening?
4. Hoe kunnen de medewerkers van afdeling Extramuraal van het Leger des Heils het sociale netwerk van de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening betrekken in de begeleiding?

De doelstelling van dit onderzoek is dat de ambulante medewerker van het Leger des Heils meer handvatten krijgt om netwerkcoördinerend op te kunnen treden bij cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening, met als doel dat de cliënt (opnieuw) in contact gesteld wordt met zijn of haar omgeving en sociale netwerk. Er zal tevens onderzocht worden hoe vrijwilligers betrokken kunnen worden in de netwerkontwikkeling en/of –versterking van deze cliënten.

## Leeswijzer

Hoofdstuk twee omvat het theoretisch kader. Hierin zijn de kernbegrippen omschreven aan de hand van relevante (wetenschappelijke) literatuur. Verder bevat dit hoofdstuk implicaties voor het onderzoek alsmede een topiclijst voortkomend uit de literatuur. De onderzoeksmethode wordt in hoofdstuk drie beschreven. Dit hoofdstuk gaat in op de onderzoeksvorm en de manier van dataverzameling en dataverwerking. In hoofdstuk vier worden de resultaten van het veldwerk beschreven. Dit omvat een omschrijving van het verloop van het veldwerk en een beschrijving van de resultaten uit de interviews. De resultaten worden gekoppeld aan de literatuur en geanalyseerd en kritisch bediscussieerd in hoofdstuk vijf. Aansluitend komen in hoofdstuk zes de conclusies en aanbevelingen aan bod. Tot slot wordt er in hoofdstuk zeven aandacht besteed aan de evaluatie van het onderzoeksproces.

# 2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk omvat de theorie die het onderzoeksonderwerp en de opdracht verduidelijken. De theorie is afkomstig uit diverse (wetenschappelijke) bronnen en sluit aan bij de kernbegrippen passend bij dit onderzoek.

## 2.1 Afdeling Extramuraal

Afdeling Extramuraal van het Leger des Heils in Terneuzen biedt verschillende vormen van ambulante woonbegeleiding aan. De begeleiding richt zich in alle gevallen op de huidige en de gewenste situatie op ieder van de tien levensgebieden. Een levensgebied is een belangrijk vlak waarbinnen het leven zich afspeelt of die van invloed is op het leven. De tien levensgebieden waar afdeling Extramuraal van het Leger des Heils mee werkt zijn: huisvesting, woonvaardigheden, financiën, lichamelijke gesteldheid, psychische gesteldheid, verslaving, justitie, sociale vaardigheden, dagbesteding en zingeving.

Eén van de woonbegeleidingsvormen is het product *‘10’ voor Toekomst*. Dit product biedt intensieve woonbegeleiding aan multiprobleemgezinnen. Het Leger des Heils richt zich hier op gezinnen die dakloos zijn geraakt of dreigen te raken en vrouwen en tienermoeders die door huiselijk geweld of andere redenen tijdelijk begeleiding nodig hebben. De redenen waarvoor begeleiding nodig kan zijn is divers, maar er is in alle gevallen sprake van meerdere probleemvelden ('10' voor Toekomst, n.d.).

Ook biedt het Leger des Heils het product *Grijs Genoeg(en)* aan zelfstandig wonende ouderen. *Grijs Genoeg(en)* heeft als doel om het sociaal isolement bij zelfstandig wonende ouderen te doorbreken en met hen te werken aan herstel op gebieden als gezondheid, hygiëne, sociale contacten, zingeving, psychische problematiek, administratie, schulden en dergelijke (Grijs Genoeg(en), n.d.).

Tot slot biedt het Leger des heils in Terneuzen ook ambulante woonbegeleiding aan volwassenen vanaf 18 jaar die, om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen, op sommige gebieden professionele ondersteuning nodig hebben. Het kan gaan om mensen die vanuit de maatschappelijke opvang op weg zijn naar zelfstandig wonen, maar ook om mensen die om uiteenlopende redenen dakloos dreigen te raken en hulp nodig hebben. In alle gevallen is er sprake van langdurige, meervoudige problematiek (Voortgang, n.d.).

Afdeling Extramuraal van het leger des Heils werkt oplossingsgericht en systeemgericht. Motiverende gespreksvoering is hierin een belangrijke methodiek en richt zich op het prikkelen van de intrinsieke motivatie van de cliënt. Door op zoek te gaan naar wat de cliënt daadwerkelijk inspireert en beweegt, kan er constructieve gedragsverandering in gang worden gezet. In het kader van eigen regie en zelfbeschikking is het belangrijk dat de cliënt zelf in beweging komt (Goijarts & Van Der Veen, 2014). Zelfbeschikking staan volgens de theorie van Maslow bovenaan in de behoeftehiërarchie en zijn de laatste fase tot zelfontplooiing van de mens (Rigter, 2008).

## 2.2 Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving

De afgelopen jaren maakt de overheid burgers steeds meer attent op het zorgen voor het eigen welzijn en dat van de ander. Sinds de inwerkingtreding van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in 2007 heeft deze accentverschuiving een duidelijkere vorm aangenomen en is de verantwoordelijkheid voor het welzijn van de burgers meer bij de gemeenten komen te liggen. De WMO heeft tot doel de zelfredzaamheid van mensen te herstellen, hen te ondersteunen in hun bijdrage aan de samenleving en hen meer toe te rusten zodat ze kunnen participeren in de maatschappij. Daarnaast is de WMO een zogeheten kaderwet. Dit houdt in dat de wet de kaders aangeeft waarbinnen iedere gemeente haar eigen beleid kan maken. Aangezien de samenstelling van de populatie per gemeente verschillend is en daarmee ook de wensen en vragen van elkaar verschillen, is het van belang dat iedere gemeente haar beleid hierop afstemt. De WMO biedt dus ruimte aan de gemeenten binnen Nederland om op een passende wijze invulling te geven aan de zorg (Verkooijen, et. al., 2014). In 2015 is de nieuwe WMO ingevoerd. Gemeenten zijn verplicht om maatwerk te leveren. De maatwerkvoorziening is aanvullend op wat iemand zelf kan bijdragen en vormt samen met de inzet van eigen kracht, of indien van toepassing gebruikelijke hulp of mantelzorg, een samenhangend ondersteuningsaanbod. Tevens heeft de WMO tot doel om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen.

Op 1 januari 2015 is de participatiewet ingevoerd. Deze wet heeft tot doel om mensen die op dit moment niet werken, maar niet blijvend arbeidsongeschikt zijn, weer aan het werk te krijgen. Algemeen leidende wetten en regels zijn vastgelegd in de participatiewet, de Nederlandse gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering. Op basis van maatwerk bepalen gemeenten zelf wie voor welke ondersteuning het beste in aanmerking komt (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). Voor het maatschappelijk werk betekent dit dat de manier van werken aan de nieuwe tendens zal moeten worden aangepast en dat cliënten in contact moeten worden gesteld met hun omgeving en sociale netwerk (Verkooijen, et. al., 2014).

## 2.3 Doelgroep: specifieke psychiatrische problematiek nader omschreven

Met 'psychiatrische problematiek' kunnen de meest uiteenlopende diagnoses bedoeld worden. In dit onderzoek is ervoor gekozen om verscheidene, in het werkveld van het Leger des Heils relatief vaak voorkomende klinische en persoonlijkheidsstoornissen te onderzoeken. Cliënten met alcoholafhankelijkheid, cliënten met middelenafhankelijkheid (drugs), cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis of cliënten met een depressieve stoornis vormen samen de doelgroep die zijn onderzocht. In deze paragraaf wordt specifieke psychiatrische problematiek nader omschreven en wordt tevens aandacht besteed aan het sociale functioneren van mensen met een dergelijke stoornis.

Psychiatrische stoornissen worden in deze paragraaf omschreven aan de hand van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, vierde versie (DSM-IV). Ook de omschrijvingen van psychiatrische aandoeningen in het boek *Psychiatrie Een Inleiding* (2012) zijn gebaseerd op de DSM-IV. De DSM is een handboek wat gebruikt wordt om psychische of psychiatrische stoornissen te classificeren en diagnoses te stellen. Deskundigen in de geestelijke gezondheidszorg maken in de meeste gevallen vooral gebruik van de DSM-IV (Nevid, Rathus, & Greene, 2012).

### 2.3.1 Middelenafhankelijkheid en alcoholafhankelijkheid

De DSM-IV omschrijft een verslaving als een patroon van herhaald gebruik dat schadelijke gevolgen heeft. Kenmerkend voor een verslaving is de afhankelijkheid van het gebruik van een psychoactief middel: een stof met een oppeppend of kalmerend effect die de stemming verandert en/of de waarneming vertekent. Er wordt van afhankelijkheid gesproken wanneer een persoon geen controle meer heeft over het gebruik van psychoactieve stoffen. Alcohol en drugs zijn voorbeelden van psychoactieve stoffen (Nevid, et. al., 2012). In het jaar 2011 waren er in Nederland 92.005 mensen met een aan middelen gebonden stoornis in behandeling (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014 ).

Een groot aantal biologische, psychologische en sociaal-maatschappelijke factoren zijn van invloed op de totstandkoming van een verslaving. Een verslaving kan gezien worden als het eindresultaat van een interactief proces tussen die verschillende factoren (Carpentier P. , 2014). Zo is uit onderzoek gebleken dat het ervaren van emotionele stress als angst en depressie vaak tot een verslaving leidt. Daarnaast beginnen mensen vaak met het gebruik van een psychoactief middel vanwege sociale invloeden (Nevid, et. al., 2012). Een belangrijke biologische factor is de fysieke afhankelijkheid van het psychoactieve middel. Gebruik van psychoactieve stoffen leidt tot veranderingen in het brein, met name in de neurotransmissie van dopamine (Carpentier P. , 2014). Dopamine speelt een belangrijke rol in het reguleren van mentale processen die te maken hebben met leren, herinneren en emoties. Dit zou verklaren waarom mensen die regelmatig psychoactieve stoffen tot zich nemen, minder plezier beleven aan dagelijkse activiteiten zoals lekker eten of een leuke film (Nevid, et. al., 2012).

Vaak neemt de omgeving na verloop van tijd afstand van mensen met een aan middelen gebonden stoornis. Omdat de van middelen afhankelijke persoon (de gebruiker) niet goed meer functioneert ontstaan er conflicten met de omgeving en op het werk. De gebruiker zal zijn sociale netwerk steeds meer beperken tot personen en situaties die direct te maken hebben met het verkrijgen van het middel. Vaak worden familie en vrienden onder druk gezet, bijvoorbeeld omdat de gebruiker geld nodig heeft om zijn verslaving te kunnen financieren (Nederlandse Vereniging Voor Psychiatrie, n.d.). Het sociale netwerk dat zich uiteindelijk ontwikkelt, bestaat vaak voor een groot deel uit mede-gebruikers. Het bestaande sociale netwerk houdt de gebruiker gevangen in zijn gedragspatronen. Een nieuw sociaal netwerk is nauwelijks tot niet op te bouwen vanwege de situatie waarin de gebruiker zich bevindt.

Het is in de begeleiding van groot belang om samen met de gebruiker de intrinsieke motivatie te onderzoeken, en op zoek te gaan naar andere bekrachtigers of beloningen die een positieve invloed hebben. Bijvoorbeeld ontspanning door een nieuwe hobby, wandelen, sociale contacten, (ander) werk of andere prettige activiteiten. Uit onderzoek is gebleken dat als cliënten meer alternatieve activiteiten hebben, hun middelengebruik afneemt (Novadic Kentron, n.d.).

### 2.3.2 Borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Het handboek *Psychiatrie Een Inleiding* (2012) omschrijft persoonlijkheidsstoornissen als ‘buitensporig rigide gedragspatronen of omgangsmanieren’. Door het onvermurwbare karakter van deze gedragspatronen en omgangsmanieren zijn mensen met dergelijke stoornissen niet in staat om zich aan te passen aan externe eisen. Hun gedrag heeft uiteindelijk negatieve consequenties (Nevid, et. al., 2012). In het jaar 2011 waren er in Nederland 28.230 mensen gediagnosticeerd met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) en waren daarvoor in behandeling (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014 ). Naar schatting heeft zo ongeveer twee procent van de Nederlandse bevolking een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en is driekwart van de gevallen vrouw. BPS kenmerkt zich door plotselinge stemmingswisselingen, een onsamenhangend zelfbeeld en onberekenbaar, impulsief gedrag. Typerende gedragspatronen zijn een voortdurende, diepgaande instabiliteit op het gebied van relaties, het zelfbeeld en stemming, en gebrek aan beheersing over impulsen (Nevid, et. al., 2012).

Uit onderzoek is gebleken dat mensen met een BPS de relaties binnen het persoonlijke netwerk het meest onder druk lijken te zetten (Kwekkeboom, 2001). Hun sociaal functioneren kenmerkt zich door een patroon van een zeer enthousiaste start met hooggestemde verwachtingen, gevolgd door tegenvallers met afhaken. Vaak heeft het gedrag van mensen met een BPS een ‘alles-of-niets’ karakter. Omdat mensen met een BPS vaak impulsief en grillig gedrag vertonen is het voor de omgeving lastig om met hen om te gaan. Regelmaat en ritme zijn belangrijke voorwaarden voor verbetering. Hieronder vallen het langere tijd volhouden van werk, sociale contacten en met name het volhouden van de behandeling of begeleiding. Het is vaak nodig om het sociale netwerk bij de behandeling of begeleiding te betrekken en hen te helpen om de juiste ondersteuning te kunnen (blijven) bieden (Nederlandse Vereniging Voor Psychiatrie, n.d.).

In de begeleiding is het, naast regelmaat en ritme, ook belangrijk om aandacht te hebben voor duidelijkheid. Het is belangrijk om afspraken te maken over wanneer, op welke tijdstippen en onder welke voorwaarden een cliënt met een BPS bij de begeleiding terecht kan. Een cliënt met een BPS heeft vaak al veel verloren, zoals dierbare sociale contacten of bijvoorbeeld een baan. Het is om die reden belangrijk om op de één of andere manier contact te blijven houden en een stabiele factor te zijn (Psychopraxis, 2008).

### 2.3.4 Depressieve stoornis

Een depressieve stoornis is een stemmingsstoornis die zich kenmerkt door een sombere stemming (gevoelens als bedroefdheid en wanhoop) en/of verlies van belangstelling of plezier in (vrijwel) alle activiteiten. Depressieve stoornissen worden unipolair genoemd, omdat zij uitsluitend een neerwaartse emotionele richting kennen. Dit in tegenstelling tot stemmingswisselingsstoornissen, welke bipolair genoemd worden vanwege de elkaar afwisselende euforische en depressieve episoden.

In het handboek *Psychiatrie Een Inleiding* (2012) wordt een depressieve stoornis omschreven als *‘één of meer episoden van depressie, zonder een geschiedenis van manische of hypomane episoden, die niet door een middel zijn opgewekt’* (Nevid, et. al., 2012). De diagnose ‘depressie’ wordt pas gesteld wanneer deze symptomen zich gedurende een periode van ten minste twee weken voordoen. Sommige mensen hebben slechts één depressieve episode. Zij keren daarna probleemloos terug naar het normale functioneren. Bij de meeste mensen keren de depressies echter telkens terug. De depressieve episoden worden afgewisseld met perioden van normaal of licht verstoord functioneren (Nevid, et. al., 2012).

Bij een lichte depressie lukt het gewoonlijk om de meeste alledaagse handelingen te blijven verrichten. Een lichte depressie kan echter in een ernstige depressie overgaan. Mensen met een ernstige depressie komen vaak nergens meer toe. Het lukt hen niet meer om de dagelijkse handelingen te verrichten, zoals het doen van boodschappen, op vaste tijdstippen een maaltijd nuttigen of het zorgen voor de kinderen. Het dag- en nachtritme raakt in veel gevallen ernstig verstoord. Mensen met een ernstige depressie kunnen last hebben van suïcidegedachten en -neigingen (NedKAD, 2012).

Wanneer de depressie het dagelijkse leven ernstig beïnvloedt, is professionele hulp noodzakelijk. Het is dan belangrijk om aandacht te hebben voor een aantal basisprincipes. In het rapport *Publieksinformatie depressie* (2012) wordt dit basiszorg genoemd (NedKAD, 2012). Basiszorg staat los van een eventuele behandeling bij een psycholoog en/of medicatie. Bij iedere vorm van depressie wordt geadviseerd om aandacht te hebben voor de volgende punten (NedKAD, 2012):

* Het aanbrengen van een dag- en nachtritme. Het hebben van een goed dag- en nachtritme is belangrijk om de depressie te helpen verbeteren. Een verstoord slaappatroon heeft een negatieve invloed op het functioneren overdag;
* Leefstijl- en voedingsadvies. Slecht eten of juist te veel eten, alcohol drinken of drugs gebruiken, veel binnen zitten en weinig bewegen hebben een negatieve invloed op het herstel van depressie en kunnen de draagkracht van een persoon verminderen;

Ook na een depressie kunnen mensen last houden van bepaalde symptomen. Dit worden restverschijnselen genoemd. Restverschijnselen van een depressie kunnen vermoeidheid, een gebrek aan energie, slecht slapen of licht sombere klachten zijn (NedKAD, 2012).

### 2.3.5 Comorbiditeit

Een veelvoorkomend verschijnsel is het tegelijkertijd hebben van twee of meer aandoeningen bij een cliënt. Dit verschijnsel wordt comorbiditeit genoemd. Een voorbeeld van een dergelijke comorbide stoornis is het hebben van zowel een verslaving als een depressieve stoornis (Montanari, Pasinetti, Thanki, & Vicente, 2013). Carpentier (2012) spreekt over psychiatrische comorbiditeit (Carpentier P. J., 2012). Hoewel psychische of psychiatrische aandoeningen in veel gevallen een risicofactor vormen voor verslavingsstoornissen, kan een verslavingsstoornis het tot stand komen van psychische en psychiatrische aandoeningen sterk beïnvloeden (Montanari, et. al., 2013). Zo gaat een zogenoemde antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS) vaak samen met een andere psychische stoornis of verslaving. (Tuithof, et. al., 2010). Carpentier (2012) heeft onderzoek verricht naar psychiatrische comorbiditeit bij verslaving. De onderzoekspopulatie bestond uit opiaat-verslaafde patiënten, in chronische onderhoudsbehandeling met methadon. Psychiatrische comorbiditeit werd aangetoond bij 78 procent van de 193 deelnemers aan het onderzoek. Stemmingsstoornissen kwamen bij 60 procent voor en een screening op persoonlijkheidsstoornissen viel positief uit bij 65 procent van de deelnemers. Effectieve behandeling zou volgens dit onderzoek uitsluitend mogelijk zijn als de psychiatrische comorbiditeit adequaat geëvalueerd en behandeld wordt. Dit is lastig, omdat de verschillende stoornissen invloed op elkaar hebben en er veel aandacht besteed moet worden aan effectieve, op elkaar afgestemde, medicatie (Carpentier P. J., 2012).

## 2.4 Sociale netwerken en psychiatrische problematiek

Deze paragraaf gaat in op de kracht van sociale netwerken, de belemmeringen die mensen met een specifieke psychiatrische aandoening (kunnen) ervaren en de mogelijkheden op het gebied van netwerkontwikkeling en –versterking. Tot slot wordt aandacht besteed aan de basishouding van de hulpverlener in relatie met de cliënt.

### 2.4.1 Belemmeringen in sociale relaties

Mensen met een psychiatrische aandoening hebben vaak een zeer beperkt sociaal netwerk en verkeren of geraken in een sociaal isolement. Deels komt dit door de symptomen die de aandoening met zich meebrengt, zoals (sociale) angsten, hostiliteit of wantrouwen. Het gedrag wat daaruit voortkomt kunnen de verwachtingen en wederkerigheid in sociale relaties ernstig verstoren (GGZ Nederland, 2009).

Daarnaast is er bij mensen met een psychiatrische aandoening in veel gevallen sprake van sociaal-cognitieve beperkingen. Deze beperkingen uiten zich in het onvermogen intenties, emoties, gedachten of ideeën van andere mensen te herkennen of correct te interpreteren. Vaak ook is het sociale vermogen ontoereikend. Dit kan ertoe leiden dat de persoon met een psychiatrische aandoening uit zijn sociale netwerk valt. De kans daarop vergroot aanzienlijk wanneer er, naast sociaal-cognitieve beperkingen en een gebrekkig sociaal vermogen, problemen zijn met plannen en structureren (GGZ Nederland, 2009). Problemen met planning en structuur worden onder alle in paragraaf 2.3 genoemde specifieke psychiatrische aandoeningen, in meer of mindere mate, als diagnostische kenmerken aangevoerd (American Psychiatric Association, 2000):

* Een groot deel van de tijd besteden aan activiteiten die gericht zijn op het verkrijgen van het middel, een groot deel van de tijd bezig zijn met het feitelijke gebruik van het middel of met bijkomen van het gebruik. In ernstige gevallen draait het dagelijks leven van de betrokkene helemaal om het gebruik. Als gevolg van het gebruik doet de betrokkene niet of nauwelijks meer mee aan belangrijke sociale, beroepsmatige of recreationele activiteiten (afhankelijkheid van middelen).
* Zelfdestructief gedrag en impulsiviteit, bijvoorbeeld wisselende seksuele contacten, middelenmisbruik of winkeldiefstal (borderline persoonlijkheidsstoornis);
* Vrijwel dagelijks verminderd concentratievermogen of verminderd vermogen tot helder nadenken of verminderde besluitvaardigheid (depressieve episode).

### 2.4.2 Maatschappelijke participatie

Vaak worden mensen met een psychiatrische aandoening door de maatschappij gestigmatiseerd en gediscrimineerd op grond van hun aandoening. Uit angst voor afwijzing zijn ze vaak terughoudend tot het nemen van initiatieven op het gebied van werk en sociale contacten. Ook in het maatschappelijk leven ervaren zij restricties die voor anderen minder of niet gelden. Zo ervaren ze vaak moeite bij het vinden of behouden van werk, waardoor ze (langdurig) afhankelijk zijn van een uitkering (GGZ Nederland, 2009).

### 2.4.3 Hulpvragen, (zorg)behoeften en de rol van het sociale netwerk

Het voorkómen van sociale uitsluiting en het herstellen van het sociale netwerk; dat zijn aandachtspunten in de begeleiding van iedere cliënt. Uit voorgaande paragrafen is gebleken dat het ontbreken van een vitaal sociaal netwerk door sociaal onvermogen en sociaal-cognitieve beperkingen bij mensen met een specifieke psychiatrische aandoening een veelvoorkomend fenomeen is. Uitgaand van de theorie van Maslow, heeft ieder mens op een zeker punt behoefte aan saamhorigheid en liefde om zichzelf te kunnen ontplooien en ontwikkelen tot een evenwichtig mens. Als niet voldaan wordt aan deze behoeften, kan een mens niet tot zelfontplooiing komen (Rigter, 2008). Deze behoefte aan saamhorigheid en liefde wordt door het sociale netwerk vervuld in de vorm van sociale steun: alle interacties binnen sociale relaties die tegemoetkomen aan de sociale basisbehoeften van de ontvanger. Dit zijn emotionele steun waaronder het ervaren van liefde, respect en waardering en het gevoel van autonomie, en materiële steun zoals financiële ondersteuning en het gevoel van verbondenheid (De Vries, 2010). Toch doet het fenomeen zich voor dat mensen met een specifieke psychiatrische aandoening zich niet of slechts beperkt met sociale contacten inlaten. Uit onderzoek is gebleken dat zorgbehoefte tot inkrimping van het sociale netwerk leidt. Een persoon wordt dan, vanwege een mindere mobiliteit en een grotere vraag aan aandacht, als sociaal contact minder aantrekkelijk (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). Mensen die beperkingen van hun psychische problemen ondervinden en weinig sociale steun ervaren, hebben een grotere kans om in de hulpverlening terecht te komen. Volgens De Vries (2010) is de kerntaak van de maatschappelijk werker dan ook om ‘de natuurlijke leefverbanden (de partner, het gezin, familie en vrienden) en de bestaande samenwerkingsverbanden (zoals op het werk en met organisaties) te helpen’ (De Vries, 2010).

### 2.4.4 De sociale netwerkbenadering

Het boek *Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie* (1990) stelt dat ‘een hulpverlener niet hoeft te wachten op het moment dat hij zich realiseert dat hij zo ongeveer de enige is die zich nog voor de cliënt inspant om sociale netwerkstrategieën te gebruiken’ (Baars, Uffing, & Dekkers, 1990). Het uitgangspunt van deze uitspraak is dat cliënten zich pas zullen inzetten om te veranderen als er andere mensen – geen hulpverleners – om hen heen zijn die een band met hen willen aangaan. Een netwerkgerichte benaderingswijze is daarin dan ook erg belangrijk.

De sociale netwerkbenadering gaat ervan uit dat een sociaal netwerk als vitaal gezien kan worden wanneer het uit wederkerige relaties bestaat. Een relatie is wederkerig wanneer deze gelijkwaardig is en beide personen evenveel geven als zij ontvangen. Meestal bestaat een sociaal netwerk uit twee onderdelen: de binnenkring (bestaande uit mensen die heel nauw en langdurend betrokken zijn (geweest) bij de cliënt) en de buitenkring (bestaande uit mensen die op een bepaalde afstand staan). Bij cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening lijkt het er soms op alsof het sociale netwerk min of meer is opgehouden te bestaan. De hulpverlener heeft de taak om de staat waarin het sociale netwerk zich bevindt te herstellen, dan wel te verbeteren. Om een nieuw of een bestaand sociaal netwerk in beweging te brengen, moeten de hulpbronnen uit het sociale netwerk ingezet worden. Het is hierin van essentieel belang dat de hulpverlener zich ‘gedistantieerd nabij’ opstelt, en dus de vertrouwensrelatie niet overneemt van hen die daarvoor echt in aanmerking komen, namelijk het sociale netwerk. De sociale netwerkbenadering neemt als basisprincipe dat de hulpverlener alleen taken op zich neemt die (nog) niet door het sociale netwerk zelf vervuld kunnen worden (Baars, et. al., 1990).

## 2.5 Vrijwilligers als netwerkpartner

Sinds de invoer van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in 2007 worden zorgvragers meer aangespoord om een beroep op hun sociale omgeving te doen (Oudenampsen, Vliet, Winsemius, & Tenhaeff, 2006). Dit vraagt van de maatschappelijk werker een andere manier van werken; men dient meer gericht te zijn op netwerkontwikkeling om tegemoet te komen aan de eisen die vanuit de overheid gesteld worden aan burgers, zo ook de cliënten (Verkooijen, et. al., 2014).

De interesse in de inzet van vrijwilligerswerk als methodiek door beroepsorganisaties neemt de afgelopen jaren aanzienlijk toe. Omdat er een groter beroep gedaan wordt op de maatschappelijke inzet van burgers, neemt ook de vraag naar vrijwilligerswerk en de beschikbaarheid van laagdrempelige maatschappelijke voorzieningen toe (Oudenampsen, et. al., 2006). Zeker in organisaties voor maatschappelijk werk en dienstverlening krijgt de inzet van vrijwilligers voor het begeleiden van kwetsbare burgers met een beperkt sociaal netwerk en complexe problematiek veel aandacht (Machielse & Runia, 2013). Ook het Leger des Heils is bezig met een projectonderzoek naar informele zorg en het inzetten van vrijwilligers (Leger des Heils ZWN, 2015). Echter is het inzetten van vrijwilligers voor veel organisaties en professionals nog onbekend terrein, waardoor er terughoudendheid heerst om vrijwilligers toe te laten (Oudenampsen, et. al., 2006) of waardoor vrijwilligers juist overvraagd worden doordat professionals te hoge eisen aan hen stellen. Het is vaak niet duidelijk hoe vrijwilligers ingezet kunnen worden, waar de grens ligt, en welke ondersteuning zij nodig hebben om daadwerkelijk van waardevolle toevoeging te kunnen zijn (Machielse & Runia, 2013).

### 2.5.1 De vrijwilliger aan het werk: belemmeringen en mogelijkheden

Machielse & Runia (2013) hebben voor hun artikel professionals van zestien organisaties voor welzijn en maatschappelijke dienstverlening onderzocht. De professionals hadden allen ervaring met het begeleiden van cliënten met een complexe meervoudige problematiek – problemen op het gebied van psychische gesteldheid, financiën en verslaving – die langdurig in een sociaal isolement verkeren. Vanwege hun problematiek zijn de cliënten bij problemen in veel gevallen volledig aangewezen op de hulp van professionals en vrijwilligers. Tegelijk is de ervaring dat cliënten met een specifieke psychiatrische problematiek, die soms al jaren in een sociaal isolement leven, vaak lastig toegankelijk zijn voor hulpverlening en in veel gevallen ook zorgmijdend gedrag vertonen. Het vraagt veel kennis en vaardigheden om het vertrouwen te winnen en de hulpvraag duidelijk te krijgen bij deze moeilijk toegankelijke doelgroep. Professionals vinden het lastig om vrijwilligers te vinden die over deze kennis en vaardigheden beschikken (Machielse & Runia, 2013).

Over welke rol een vrijwilliger kan vervullen bestaan volgens Machielse & Runia (2013) veel verschillende opvattingen. Sommige professionals zien de vrijwilliger als een aanvulling op de professionele hulpverlening en verwachten vrij veel van hen wat betreft communicatieve en relationele vaardigheden, inschattingsvermogen en doorzettingsvermogen. Anderen zijn van mening dat een vrijwilliger zich zo min mogelijk met de hulpverlening moet bezighouden en verwachten van de vrijwilliger geen professionele deskundigheid. Toch zijn alle professionals het erover eens dat de inzet van geschikte vrijwilligers van meerwaarde kan zijn voor de cliënt en de begeleiding, met name vanwege hun meer neutrale positie en toegankelijkheid (Machielse & Runia, 2013).

### 2.5.2 Ondersteuning van de vrijwilliger en professionalisering van vrijwilligerswerk

De hulpverlening aan mensen met een specifieke psychiatrische aandoening is vaak complex, langdurig en intensief. Hoewel de inzet van vrijwilligers van waardevolle toevoeging zou kunnen zijn, is het volgens Machielse & Runia (2013) van groot belang om te investeren in goede ondersteuning en aansturing van de vrijwilliger en mogelijk ook professionalisering van vrijwilligerswerk (Machielse & Runia, 2013). MOVISIE ontwikkelde voor vrijwilligers de methode Erkenning Verworven Competenties – Algemene vrijwilligerscompetentie (EVC-A). EVC-A is een variant op het landelijk veelvoudig toegepaste EVC (Erkenning Verworven Competenties), een methodiek om mensen te helpen eigen (werk)ervaringen en competenties in kaart te brengen. De kern van EVC-A is dat de vrijwilliger zichzelf – met ondersteuning van een EVC-A begeleider – aan de hand van voorbeelden beoordeelt op de twaalf competenties die speciaal voor deze methode geformuleerd zijn: systematisch werken, betrouwbaarheid tonen, omgaan met tijd en tempo, problemen oplossen, veilig en gezond te werk gaan, communiceren, presentatie, bijdragen aan goede werkrelaties, samenwerken, incasseren, toepassen taal en rekenen en al doende leren. Het doel hiervan is dat het zelfvertrouwen bij de vrijwilliger groeit en het inzicht in het eigen kunnen toeneemt. Daarnaast ontstaat er bij de organisatie zo een duidelijker beeld van de vrijwilliger en zijn of haar kwaliteiten, waardoor vrijwilligers gerichter ingezet kunnen worden (Michon, et al., 2013).

MOVISIE benadrukt in het artikel over EVC-A de importantie van goede begeleiding tijdens het traject, maar vooral ook daarna (Michon, et al., 2013). Machielse & Runia (2013) stellen dat regelmatige contactmomenten tussen professionals en vrijwilligers van groot belang zijn, ook als ondersteuning al op een andere manier geregeld is. Tijdens die contactmomenten dient er aandacht besteed te worden aan het uitwisselen en terugkoppelen van ervaringen, een onderlinge taakverdeling en het met elkaar afstemmen van verwachtingen (Machielse & Runia, 2013).

Zeker wanneer vrijwilligers werken met cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening, is een stuk persoonlijke aandacht met het oog op afstand en nabijheid heel belangrijk. Machielse & Runia stellen dat vrijwilligers vaak te veel van zichzelf geven in relatie met de cliënt. Door grenzeloos hulp te bieden aan cliënten bestaat het risico dat vrijwilligers zichzelf uitputten (Machielse & Runia, 2013).

## 2.6 Implicaties

Mensen die soms al jarenlang in een sociaal isolement verkeren, zoals dat vaak bij mensen met een specifieke psychiatrische aandoening het geval is, dienen (opnieuw) in contact te worden gesteld met hun omgeving en sociale netwerk. De theorie wijst uit dat dit geen gemakkelijke taak is. Vanwege hun aandoening zijn mensen met een specifieke psychiatrische aandoening vaak zorgmijdend, uit angst voor de buitenwereld en een gebrek aan vertrouwen in andere mensen en in hulpverleners. Toch is het hebben van sociale contacten voor ieder mens belangrijk, om zichzelf te kunnen ontplooien en ontwikkelen tot een evenwichtig mens. Het is belangrijk om inzicht te hebben in de psychiatrische aandoening en de benaderingswijze daarop af te stemmen. De theorie zoals in paragraaf drie beschreven, biedt meer inzicht in de stoornissen en het sociaal functioneren van mensen die een specifieke psychiatrische aandoening hebben. De theorie over de sociale netwerkbenadering is bruikbaar voor dit onderzoek, omdat het handvaten biedt in hoe het sociale netwerk bij de begeleiding betrokken kan worden. Tevens wijst de theorie uit dat het sociale netwerk een belangrijke steunfunctie vervult. Het is de taak van de hulpverlener om de steunfuncties en hulpbronnen in kaart te brengen en de natuurlijke leefverbanden en de bestaande samenwerkingsverbanden een handje te helpen. Er zal verdere aandacht besteed worden aan het in kaart brengen van behoeftes van de cliënt en rollen en steunfuncties van het sociale netwerk. De sociale netwerkbenadering benadrukt het belang van een ‘gedistantieerde nabijheid’, zodat het sociale netwerk gemotiveerd wordt en de ruimte krijgt om in beweging te komen. Mogelijk biedt de inzet van bekwame vrijwilligers kansen om het sociale netwerk in beweging te krijgen en meer ingang te krijgen bij deze moeilijk toegankelijke doelgroep. De theorie biedt bruikbare handvatten voor het inzetten van vrijwilligers in de begeleiding van cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening. Ook de theorie over de inzet van vrijwilligers met ervaringskennis, de zogenoemde ervaringsdeskundigen, is uitermate bruikbaar omdat ervaringsdeskundigen mogelijk een brug kunnen slaan tussen de belevingswereld van de cliënt en de medewerker van het ambulante team van het Leger des Heils in Terneuzen.

# 3. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt de methode van onderzoek behandeld. In de eerste twee paragrafen wordt ingegaan op het type onderzoek en de onderzoeksvorm. Wie er precies deel uitmaken van de onderzoekspopulatie en de respondentengroepen wordt in paragraaf drie behandeld. Paragraaf vier omvat een beschrijving van de methode voor verzameling, registratie, analyse en verwerking van de data. Tot slot wordt er in paragraaf vijf aandacht besteed aan de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

## 3.1 Onderzoeksstrategie

Dit onderzoek is praktijkgericht van aard. Naar aanleiding van recente maatschappelijke ontwikkelingen en op basis van aanbevelingen uit voorgaand onderzoek, is er onderzoek verricht naar hoe de ambulante medewerker van afdeling Extramuraal van het Leger des Heils in Terneuzen netwerkcoördinerend kan optreden bij cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening. Het doel van dit onderzoek is dat de medewerker van het ambulante team van afdeling Extramuraal van het Leger des Heils in Terneuzen praktische en bruikbare handvatten krijgt in hoe zij netwerkcoördinerend op kunnen treden bij cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening. Omdat het een kleinschalig onderzoek betreft, is er gekozen voor kwalitatieve onderzoekstechnieken. Het onderzoek kent een inductieve methode. De data uit de verzamelde gegevens worden gekoppeld aan een theorie die bij die data past. Inductief onderzoek is daarmee theorievormend van aard (Verhoeven, 2014).

## 3.2 Dataverzamelingsmethode

De centrale probleemstelling van dit onderzoek vraagt om zowel een verkennende als een beschrijvende vorm van onderzoek. Het was onduidelijk wat de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening nodig heeft om een sociaal netwerk op te bouwen en/of te vergroten. Om daar antwoorden op te vinden, is er gebruikgemaakt van een kwalitatieve survey in de vorm van het afnemen van semigestructureerde interviews onder twaalf respondenten. Daarnaast is dit onderzoek gericht op het verkrijgen van praktische, bruikbare handvatten in hoe de ambulante medewerker netwerkcoördinerend te werk kan gaan bij cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening. Daaronder valt ook het onderzoeken van de mogelijkheden om vrijwilligers in te zetten ten behoeve van het opbouwen en/of vergroten van een sociaal netwerk. Er is gebruik gemaakt van een gevalsstudie, gericht op integratie van theorie met de praktijk en interpretatie van persoonlijke ervaringen van cliënten en ambulante medewerkers ten aanzien van de probleemstelling. Deze persoonlijke ervaringen kleuren het onderzoek in en vergroten de kans dat het onderzoek praktische en bruikbare handvatten oplevert waar het ambulante team van het Leger des Heils in Terneuzen mee aan de slag kan (Verhoeven, 2014), (Baarda, 2009). De interviewvragen komen voort uit zogenaamde topics, onderwerpen die in het verlengde liggen van de kernbegrippen passend bij dit onderzoek (zie figuur 1).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kernbegrip** | **Respondentengroep 1**  **Medewerkers** | **Respondentengroep 2**  **Cliënten** |
| Specifieke psychiatrische problematiek | Specifieke psychiatrische problematiek en begeleiding  Sociaal en maatschappelijk functioneren | Specifieke psychiatrische problematiek  Sociaal en maatschappelijk functioneren |
| Netwerkontwikkeling | Participatie  Netwerkcoördinator  Vrijwilligers | Begeleiding  Netwerk en begeleiding |

#### Figuur 1

## 3.3 Onderzoekspopulatie, respondenten en steekproef

Dit onderzoek richt zich op medewerkers van team Extramuraal van het Leger des Heils in Terneuzen en op cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening die ambulante woonbegeleiding ontvangen. Deze twee groepen vormen samen de onderzoekspopulatie van dit onderzoek. Met 'psychiatrische problematiek' kunnen de meest uiteenlopende diagnoses bedoeld worden. Voor de richting en afbakening van dit onderzoek was het van belang om de doelgroep op te splitsen in enkele 'subdoelgroepen'. In dit onderzoek is ervoor gekozen om verscheidene, in het werkveld van het Leger des Heils relatief vaak voorkomende klinische en persoonlijkheidsstoornissen te onderzoeken. Cliënten met middelenafhankelijkheid, alcoholafhankelijkheid, borderlinepersoonlijkheidsstoornis en/of een depressieve stoornis vormen de subdoelgroepen die gezamenlijk als respondentengroep (cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening) zijn meegenomen in dit onderzoek.

De cliënten met een psychiatrische aandoening en de ambulante medewerkers vormen ieder een afzonderlijke respondentengroep. De personen die feitelijk deel hebben genomen aan het onderzoek worden respondenten genoemd. Om er zeker van te zijn dat iedere persoon uit de onderzoeksgroep ‘medewerkers’ een gelijke kans heeft op deelname aan dit onderzoek, is er gebruik gemaakt van een aselecte steekproef. De respondenten uit de groep ‘cliënten’ zijn doelgericht geselecteerd op basis van de gekozen psychiatrische stoornissen. De medewerkers zijn tevens gevraagd om opties voor personen (cliënten) aan te dragen die mogelijk deel konden nemen aan dit onderzoek (Baarda, 2009).

## 3.4 Onderzoeksinstrumenten en data-analyse

Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Semigestructureerd houdt in dat er richting wordt gegeven aan het interview middels vooraf opgestelde interviewvragen, maar dat de vraagsteller zich niet rigide vasthoudt aan de vragenlijst. Hier is voor gekozen om te kunnen achterhalen wat de respondent daadwerkelijk beweegt, beleeft, en meegemaakt heeft. Binnen de twee respondentengroepen zijn er twaalf interviews afgenomen: zes onder de cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening en zes onder de ambulante medewerkers. Vanwege het kleinschalige karakter van dit onderzoek, zijn de uitkomsten ervan niet representatief voor de gehele onderzoekspopulatie, te weten de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening.

De interviewvragen komen voort uit de topics die beschreven staan in paragraaf twee van dit hoofdstuk. De interviews zijn in persoon afgenomen, de respondenten uit de cliëntengroep zijn zoveel mogelijk in eigen omgeving geïnterviewd. Voorafgaand aan ieder interview werd de opdracht kort toegelicht en werd een indicatie geven van de tijd die het interview ongeveer in beslag zou nemen. De respondent werd tevens om toestemming gevraagd om het interview op te nemen met een mobiele telefoon (Baarda, 2009), (Verhoeven, 2014).

Aan de hand van de opname is het interview uitgewerkt in de vorm van een transcript. Een voorbeeld van een dergelijk transcript is opgenomen in de bijlagen (zie bijlage 2). Zodra de verzamelde data op schrift stond kon deze gefilterd worden. Relevante tekstfragmenten zijn uit het transcript geselecteerd en in een tabel geplaatst. Deze fase wordt ook wel datareductie genoemd. Om deze informatie overzichtelijk te kunnen verwerken zijn de tekstfragmenten in enkele woorden samengevat en voorzien van een naam. Dit proces wordt labelen genoemd. De data is vervolgens axiaal gecodeerd: de van labels voorziene tekstfragmenten zijn onderverdeeld in categorieën, de zogenoemde topics, zodat de informatie gemakkelijk te verwerken was. Tot slot zijn de verschillende antwoorden in een tabel onder elkaar geplaatst. De statistiek is opgemaakt door middel van turven. Met deze informatie was het eenvoudig om de resultaten van het onderzoek te beschrijven.

## 3.6 Betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid

Baarda (2013) omschrijft betrouwbaarheid als ‘de mate waarin metingen onafhankelijk zijn van toeval’. Dit houdt in dat een onderzoek bij herhaling dezelfde resultaten oplevert (Baarda, 2009). De betrouwbaarheid van dit onderzoek is gewaarborgd door het nauwkeurig registreren en verwerken. Zo zijn de interviews – met toestemming van de respondenten – opgenomen worden en letterlijk uitgewerkt tot een transcript. De student heeft tijdens de eerste interviews met medewerkers op enkele onderwerpen te weinig doorgevraagd waardoor er informatie ontbrak. De student heeft dit probleem ondervangen door middel van member-checking: het transcript is aan deze medewerkers overlegd en aan hen is gevraagd om het transcript nogmaals door te lezen en aan te vullen of antwoorden aan te scherpen. Een voorbeeld van een transcript waarin de respondent gebruik heeft gemaakt van member-checking is opgenomen in de bijlagen (zie bijlage 2).

Validiteit betreft de geldigheid en authenticiteit van de onderzoeksresultaten en is onder te verdelen in interne en externe validiteit. Het onderzoek is intern valide wanneer de onderzoekers gemeten hebben wat ze wilden weten en is extern valide wanneer de resultaten statistisch generaliseerbaar zijn (Verhoeven, 2014). De interne validiteit is gewaarborgd door het onderzoek af te bakenen en de resultaten zuiver te verwerken. Zo worden in hoofdstuk vier van dit onderzoek (resultaten) uitsluitend de resultaten van het onderzoek beschreven, en geen interpretaties. De externe validiteit is laag uitgevallen omdat het onderzoek gericht is op de ambulante medewerkers van het Leger des Heils in Terneuzen en de cliënten die hulp van hen ontvangen. De getrokken conclusies moeten in de context van een kleine respondentengroep gezien worden en hebben betrekking op de twaalf respondenten. Mogelijk zijn de conclusies op meer medewerkers en cliënten van toepassing, maar het is voorbarig om daar zondermeer vanuit te gaan.

Het onderzoek is bruikbaar, omdat er gezocht is naar praktische handvatten voor de ambulant werker in hoe netwerkcoördinerend te werk te gaan. De data is gekoppeld aan bestaande theorie. Van daaruit is er een nieuwe theorie gevormd waarmee de ambulante medewerker in de praktijk aan de slag kan gaan.

# 4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit dit onderzoek behandeld. Voorafgaand wordt in de eerste paragraaf aandacht besteed aan het verloop van het veldwerk. Aan de hand van de topics worden in paragraaf twee de resultaten uit de interviews beschreven voor de respondentengroep medewerkers. In paragraaf drie worden de resultaten uit de interviews met de cliënten beschreven.

## 4.1 Verloop veldwerk

Tijdens de oriënterende fase van het onderzoek is ervoor gekozen om twee respondentengroepen te interviewen: zes medewerkers van het ambulante team van het Leger des Heils in Terneuzen en zes cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening. De student heeft de interviews met de cliënten, op één na, in de thuisomgeving van de cliënten afgenomen. Hier is voor gekozen omdat de thuisomgeving een vertrouwde omgeving is voor de cliënten. De cliënt die niet thuis is geïnterviewd bood zelf aan om naar kantoor te komen vanwege het feit dat hij op de afgesproken datum in Terneuzen moest zijn. Dit interview is in de vergaderruimte opgenomen. De interviews met de medewerkers zijn grotendeels op kantoor in de vergaderruimte afgenomen. Dit is een rustige omgeving met weinig kans op interrupties. In twee gevallen is de student bij de medewerker thuis langs geweest omdat zij op de afgesproken datum niet in de gelegenheid waren om het interview op kantoor af te nemen. Voorafgaand aan ieder interview heeft de student de opdracht kort toegelicht en om toestemming gevraagd om het interview op te nemen. De student nam als richtlijn voor de duur van het interview drie kwartier aan. De lengte van de interviews varieerden van vijfendertig minuten tot een uur en een kwartier.

Gedurende het onderzoeksproces is de topiclijst aangepast om het beter overeen te doen komen met de theorie en de antwoorden van de respondenten. Vanwege privéomstandigheden heeft de student het onderzoeksproces tussentijds stilgelegd. Er moesten op dat moment nog een viertal interviews afgenomen worden. Op een later tijdstip heeft de student deze vier interviews alsnog afgenomen. Dit heeft verder geen gevolgen gehad voor het onderzoeksproces omdat het onderzoeksproces met het afronden van de laatste interviews in een nieuwe fase terechtkwam.

## 4.2 Resultaten respondentengroep medewerkers

### 4.2.1 Participatie

Vier van de zes medewerkers ervaren de invoer van de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de participatiewet als belemmerend. Volgens twee van hen krijgen zij minder voor elkaar dan voorheen omdat de gemeente zich stelliger positioneert. Vier van de zes medewerkers geven daarbij aan dat de WMO de cliënten van het Leger des Heils niet kan bereiken en voorbijgaat aan de problematiek. Deze medewerkers doelen daarmee op het feit dat de cliënten in veel gevallen niet zelfredzaam zijn en een zeer klein sociaal netwerk hebben. Twee van de zes medewerkers ervaart daarentegen dat er meer bereidheid is bij zowel gemeente als burgers om met elkaar rond de tafel te gaan.

### 4.2.2 Specifieke psychiatrische problematiek en begeleiding

Vier van de zes medewerkers omschrijven het gedrag van cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) als onberekenbaar en zwart-wit. Alle medewerkers benoemen dat mensen met een BPS een voortdurende, diepgaande instabiliteit tonen op het gebied van relaties. Kernwoorden die de respondenten daarbij noemen zijn grenzen opzoeken, aantrekken en afstoten, chaos en drama creëren en manipuleren. Drie van de zes medewerkers benoemen tijdens het interview dat zij het lastig vinden om met mensen met een BPS te werken. Drie van de zes medewerkers benoemen daarnaast dat het heel belangrijk is om duidelijk te zijn in de begeleiding en niet af te wijken van de route.

“*Of die persoon is een engel of het is een duivel en daar tussen zit eigenlijk niks.*”

Bij mensen met een verslaving gaat het volgens drie van de zes medewerkers om onmiddellijke behoeftebevrediging. Cliënten met een verslaving zullen er alles doen aan om te kunnen gebruiken. Ook liegen, aldus een van hen. Drie van de zes medewerkers zien een verslaving als een ziekte. Twee van de zes medewerkers geven aan dat een verslaving vaak gepaard gaat met een andere psychiatrische aandoening. Eén van hen is van mening dat een verslaving een vorm van zelfmedicatie is. Drie van de zes medewerkers geeft aan dat het vooral heel belangrijk is om geduld te hebben in de begeleiding van mensen met een verslaving en om vol te houden.

Twee van de zes medewerkers geven aan dat mensen met een depressie zichzelf op sluiten en isoleren van de buitenwereld. Zij vinden het lastig om hen in beweging te krijgen omdat mensen met een depressie vaak weinig tot geen energie hebben en passief zijn. Drie van de zes medewerkers geven aan dat goede behandeling in combinatie met medicatie zeer belangrijk is. Twee van de zes medewerkers besteden in de begeleiding van mensen met een depressie aandacht aan het bieden van structuur en het bewaren van het overzicht. Een van hen geeft aan dat cliënten met een depressie gauw overvraagd worden. Twee van de zes medewerkers maakten tijdens het interview duidelijk onderscheid tussen een depressie die ontstaan is als gevolg van bepaalde gebeurtenissen, en een depressie als zijnde een symptoom van een andere psychiatrische stoornis, zoals een bipolaire stoornis.

### 4.2.3 Sociaal en maatschappelijk functioneren

Het beroep dat cliënten doen op hun sociale netwerk is volgens vier van de zes medewerkers voor het netwerk heel zwaar. Eén van de vier medewerkers geeft aan dat relaties, in het geval van drugsverslaving, vrijwel altijd onder druk komen te staan. Cliënten wijzen (leden uit) hun netwerk volgens twee van hen zelf af. Volgens twee van de zes medewerkers is het voor het betrokken sociale netwerk moeilijk om de situatie en de problematiek van de cliënt te accepteren. Drie van de zes medewerkers geven aan dat het voor cliënten vaak lastig is om hun sociale netwerk te onderhouden. Vriendschappen zijn weinig consistent waardoor het sociale netwerk vaak veel wisselt. Vijf van de zes medewerkers geven aan dat cliënten vaak weinig zelfinzicht hebben met betrekking tot relaties. Een van hen vindt LVB-problematiek (licht verstandelijke beperking) een onderbelicht fenomeen. Volgens drie van de zes bestaat het netwerk vaak uit lotgenoten. Volgens één van hen zoeken zij erkenning, veiligheid en acceptatie bij lotgenoten, maar vormt een dergelijke vriendschap tegelijkertijd een extra belasting. Volgens diezelfde respondent valt het de cliënt vaak achteraf (nadat de vriendschap voorbij is) pas op dat desbetreffende vriendschap een belasting vormde. Vier van de zes medewerkers geven aan dat sociale netwerken vaak klein of zwak zijn. Twee medewerkers melden dat cliënten geen ondersteuning ontvangen vanuit hun netwerk. Daarnaast durven cliënten volgens vier van de zes medewerkers geen sociale contacten aan te gaan, vaak uit angst om teleurgesteld te worden of omdat hun vertrouwen in het verleden ernstig is geschaad. Volgens twee medewerkers schamen cliënten zich daarnaast vaak voor hun problemen.

Drie van de zes medewerkers geven aan dat zij een zeer belangrijke en haast onmisbare rol innemen in het sociale netwerk van cliënten, vanwege het feit dat het sociale netwerk vaak heel klein is.

Alle medewerkers zijn van mening dat cliënten ten diepste geaccepteerd willen worden. Vier medewerkers geven aan dat cliënten aandacht willen krijgen van hun sociale netwerk. Drie van hen denken dat cliënten op zoek zijn naar verbondenheid met andere mensen. Vier van de zes medewerkers geven aan dat cliënten erkenning en begrip willen in hun omgeving. Twee van de zes medewerkers zijn van mening dat het opbouwen van nieuwe sociale contacten met mensen die al deze problemen niet hebben, voor sommige cliënten simpelweg niet haalbaar (meer) is.

### 4.2.5 Netwerkcoördinator

Alle medewerkers besteden tijdens de begeleiding aandacht aan het sociale netwerk, door het sociale netwerk in kaart te brengen. Drie van hen besteden aandacht aan de betrokken leden van het sociale netwerk van een cliënt als dat op hun pad komt. Daarnaast merken alle medewerkers weerstand bij cliënten om het sociale netwerk bij de begeleiding te betrekken.

“Ik zie wel vaak weerstand daartegen. Weerstand in hulpverleningsland. Wij zijn de deskundigen, en wij weten het beter. Waar ik zoiets heb van, gelukkig, maak er gebruik van, want die mensen kennen de cliënt al hun hele leven.”

Drie van de zes medewerkers werken regelmatig samen met het sociale netwerk van de cliënt en kunnen de rollen bewaken. De overige drie medewerkers werken niet of nauwelijks samen met het netwerk van de cliënt en vinden dit moeilijk. Twee van hen zien rollenverwisseling van leden uit het sociale netwerk van een cliënt als een risico. Volgens hen heeft dit onder andere te maken met de privacy van de cliënt. Cliënten willen zelf vaak de vuile was niet buiten hangen, maar de medewerkers vinden het daarnaast lastig om met privacy om te gaan binnen de kaders van de geheimhoudingsplicht. Een van de zes medewerkers ziet het als de verantwoordelijkheid van de begeleider om die rollen te kunnen bewaken en om af en toe buiten het boekje te gaan.

### 4.2.6 Vrijwilligers

Vier van de zes medewerkers zijn van mening dat vrijwilligers drempels kunnen verlagen. Drie van hen zien graag dat vrijwilligers ingezet worden voor praktische zaken. Twee van de zes medewerkers zien hulp van vrijwilligers als een mogelijkheid voor cliënten om het gewone leven op te pakken. Een van de zes medewerkers zou graag met ervaringsdeskundigen samenwerken. Twee van de zes medewerkers geven aan dat cliënten er vaak niet voor open staan om een vrijwilliger toe te laten.

Toch bestaat volgens vijf van de zes medewerkers het risico dat de vrijwilligers geen aansluiting kunnen vinden met de doelgroep, juist vanwege de hoge eisen die er aan hen gesteld worden. Van vrijwilligers wordt verlangd dat zij kennis hebben van de doelgroep, goede communicatieve vaardigheden hebben en goed kunnen samenwerken, en aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Alle zes de medewerkers zien er daarnaast een risico in dat vrijwilligers hun plek niet kennen en op de stoel van de hulpverlener gaan zitten. Drie van hen vrezen ervoor dat de problematiek van de cliënten te ver gaan voor een vrijwilliger en twee medewerkers geven aan dat vrijwilligers daarom misschien afhaken.

Alle medewerkers zouden graag een centraal aanspreekpunt hebben, voor zowel vrijwilligers als medewerkers. Het is volgens hen tevens belangrijk dat er een duidelijke rolverdeling is en dat de functie van de vrijwilliger duidelijk is voor de medewerker, voor de cliënt als ook voor de vrijwilliger zelf. Daarnaast geven alle medewerkers aan dat coaching en begeleiding belangrijk is. Vier van de zes medewerkers vindt het belangrijk dat er voldoende wordt geïnvesteerd in de werving van vrijwilligers. Drie van de zes medewerkers zijn van mening dat vrijwilligers goed moeten worden voorgelicht over de problematiek en zouden graag zien dat vrijwilligers een bepaalde training krijgen alvorens zij beginnen.

## 4.3 Resultaten respondentengroep cliënten

### 4.3.1 Persoonlijke gegevens

Onder de zes geïnterviewde cliënten zijn twee vrouwen, beide in de leeftijd van twintig tot veertig jaar, en vier mannen, waarvan twee in de leeftijd van twintig tot veertig jaar en twee in de leeftijd van veertig tot zestig jaar. Drie van de zes cliënten zijn minder dan twee jaar in begeleiding, twee van de zes zijn tussen de twee en vijf jaar in begeleiding en één is langer dan vijf jaar in begeleiding. Twee van de zes cliënten hebben een partner. Vier van de zes cliënten hebben werk, dat is inclusief vrijwilligerswerk. Alle zes de cliënten hebben twee of meer hobby’s, vier cliënten kunnen een of meerdere hobby’s om verschillende redenen niet meer uitvoeren. Geen vervoer, geen financiële mogelijkheden of een gebrek aan concentratie of tijd worden als redenen aangevoerd. Vijf van de zes cliënten hadden een depressie, twee van hen hebben hier nog regelmatig last van. Drie van de vijf kampen met problemen op het gebied van verslaving, waarvan twee op het moment van interviewen ten minste zes maanden clean waren. Zij zijn verslaafd geweest aan harddrugs en alcohol. Van de vijf heeft er één naast de depressie geen andere diagnose. Twee van de zes cliënten zijn gediagnostiseerd met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Drie van de zes cliënten hebben naast verslaving, borderline en/of depressie nog een andere psychische aandoening, zoals Attention Deficit Disorder (ADD), anorexia nervosa en een Posttraumatische Stressstoornis (PTSS). Vijf van de zes cliënten hadden met de start van ambulante woonbegeleiding problemen op het gebied van huisvesting. Alle zes de cliënten kampten met financiële problemen (schulden).

### 4.3.2 Specifieke psychiatrische problematiek

*“Ik kan de zon zien en in mijn hoofd zijn het nog steeds donderwolken. Je ziet absoluut geen plezier meer, helemaal dood vanbinnen. Ja, dan ben je niet meer je eigen ik, dan ben je een omhulsel dat leeg is. Ik weet niet hoe ik dat anders kan omschrijven. Het is allemaal zwart.” (Cliënt met een depressie)*

Twee van de zes cliënten gebruiken medicatie op het moment van interviewen, drie van de zes hebben in het verleden medicatie gebruikt en één van de zes heeft nooit medicatie gebruikt en wil dit ook niet. De twee cliënten met een BPS geven beide aan last te hebben (gehad) van stemmingswisselingen en instabiel te zijn (geweest) qua emoties. Een van hen geeft aan vaak impulsief te hebben gehandeld en daardoor in de problemen te zijn gekomen. Beide zijn in behandeling voor hun problematiek en geven aan dat de behandeling veel heeft geholpen. Hun zelfinzicht is gegroeid en ze kunnen beter omgaan met hun emoties.

Vijf van de zes cliënten geven aan zichzelf in het verleden af te hebben gesloten voor de werkelijkheid. Alle vijf kampen met een depressie. Drie van hen vertellen zich vaak lusteloos en energieloos te hebben gevoeld en vier van hen verloren hun toekomstperspectief. Drie van de vijf geven tijdens het interview aan zichzelf te schamen voor hun problemen. Bovendien kampen drie van de vijf cliënten met een depressie tevens met verslavingsproblematiek. Twee van hen geven aan bang te zijn voor een terugval. Alle drie geven zij aan dat zij voor de gezelligheid zijn begonnen met gebruiken en dat zij meededen met anderen. Voor twee van hen zijn de verdovende middelen een vorm van zelfmedicatie.

*“Op een gegeven moment toen was het meer een vlucht voor m’n problemen, ook om mezelf niet rot te voelen. Dus je voelt de pijn en verdriet niet of je voelt de depressiviteit niet meer. Je voelt gewoon die problemen niet meer omdat je zo onder invloed bent.” (Cliënt met een harddrugsverslaving)*

Drie van de zes cliënten zijn ten tijde van het interview nog in behandeling bij de geestelijke gezondheidszorg. Alle drie geven aan dat zij het moeilijk vonden om in te zien dat er dingen moesten veranderen.

### 4.3.3 Sociaal en maatschappelijk functioneren

Vier van de zes cliënten zijn tevreden met hun sociale netwerk. Drie van hen geven aan zowel emotionele steun als materiële steun te ontvangen uit hun sociale netwerk. Deze drie hebben tevens enkele goede vrienden. Een van de vier heeft goed contact met een ander familielid en goede contacten met buren en buurtbewoners. Deze cliënt heeft aangegeven anderen niet te willen belasten met persoonlijke problemen omdat niemand zijn problemen kon oplossen, en ervaart niet uitdrukkelijk emotionele of materiële steun uit zijn omgeving. Alle zes de cliënten hebben een hechte band met hun moeder.

*“Ik probeerde het te ontwijken op een gegeven moment. Op een bepaalde manier sloot ik me af en probeerde ik toch de vrolijke hans uit te hangen.” (Cliënt met een depressie)*

*“Je begint ook dingen te verliezen, jezelf voornamelijk… maar ook gewoon sociale contacten beginnen te verwateren, contact met familie, omdat je zo in jezelf bent, je wordt egocentrisch. Heel egoïstisch. Je denkt alleen maar aan jezelf. Maar dat is het ook met verslaving. En ik ging me ook afzonderen van de buitenwereld omdat ik geen zin had in contact.” (Cliënt met een harddrugsverslaving)*

Alle cliënten hebben op een zeker moment in hun leven sociale contacten gemeden, omdat zij alleen wilden zijn of het op enige andere manier niet konden opbrengen om hun sociale netwerk te onderhouden. Ook hebben zij allemaal hun problemen voor anderen getracht te verbergen door zichzelf daarvoor af te sluiten of zich anders voor te doen. Vier van de zes cliënten hebben aangegeven dat zij anderen niet met hun problemen willen belasten. Alle cliënten ervaren veel steun uit het formele netwerk, wat bestaat uit begeleiding en bijvoorbeeld een bewindvoerder of behandelaar. Drie van de zes cliënten hebben zich weleens niet serieus genomen gevoeld door bedrijven of instanties. Een van hen is op de werkvloer gepest geweest vanwege zijn harddrugsverslaving en het feit dat hij dakloos geweest was. Twee van de drie cliënten met verslavingsproblematiek gaven aan dat de betrokken familieleden teleurgesteld in hen waren. Alle cliënten vinden wederzijds respect, openheid en het gevoel serieus genomen te worden de belangrijkste aspecten in relatie met andere mensen.

*“En ja, qua vriendenkring, het is weliswaar een hele kleine vriendenkring. Met ook echt alleen maar personen van wie ik weet dat ik ze kan vertrouwen.” (Cliënt met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis)*

### 4.3.4 Begeleiding

*“Die eerlijkheid is voor mij de basis van alles. Als ik iemand betrap op iets wat niet klopt, ja dan houdt het voor mij ver op. En het kan nog zo’n onbenullig iets zijn, dan denk ik van, als ze over onbenullige dingen al liegen, wat doen ze dan over de serieuze zaken?” (Cliënt met een depressie)*

Alle cliënten omschreven de relatie met hun persoonlijk begeleider als een goede relatie. Zij ontvingen allemaal zowel praktische hulp als emotionele steun. Zij hadden het gevoel dat zij open konden zijn, hadden vertrouwen in hun begeleider en voelden zich als persoon geaccepteerd. Vier van de zes cliënten gaven aan dat de begeleiding hen wist te motiveren om weer in beweging te komen en actie te ondernemen. Drie van hen gaven aan dat de begeleiding helpt bij het stellen van reële doelen en dat het behalen van die doelen zelfvertrouwen geeft. Twee van de zes cliënten zijn sceptisch geweest over begeleiding en behandeling en hadden er weinig vertrouwen in. Het tegendeel is hen bewezen en zij ervaren de begeleiding als helpend. Vijf van de zes cliënten hebben er moeite mee gehad het verleden, het heden en alles wat er nog veranderen moest te accepteren. Twee van de zes cliënten zijn ten tijde van het interview bezig met het afbouwen van de begeleiding.

### 4.3.5 Netwerk en begeleiding

*“Zo is ook het netwerkoverleg gestart, om mij een beetje de motivatie te geven dat er wel mensen om me heen zijn die me graag willen helpen en om mij een beetje uit dat gat te helpen waar ik in verkeerde. Ja, het heeft toch z’n vruchten afgeworpen met de tijd.” (Cliënt met een harddrugsverslaving)*

Alle cliënten hebben aangegeven dat de begeleiding aandacht besteedt aan het sociale netwerk door ernaar te vragen. Vier van de zes cliënten hebben aangegeven dat de begeleiding geen contact heeft gehad met familie of vrienden. Zij hebben daar ook geen behoefte aan. Alle cliënten hebben aangegeven dat hun netwerk ervan op de hoogte is dat er begeleiding in beeld is. De begeleiding heeft in alle gevallen contact met het formele netwerk. Bij twee van de zes cliënten heeft de begeleiding weleens contact gehad met het sociale netwerk. Dit was dan in de vorm van bijvoorbeeld partnergesprekken. Zij hebben dit als helpend ervaren. Bij twee van de zes cliënten was het contact met hun moeder ernstig geschaad. Zij hebben zelf het initiatief genomen om het contact met hun moeder te herstellen. Beide cliënten zijn verslaafd geweest aan harddrugs.

Drie van de zes cliënten waren ervan op de hoogte dat het bij het Leger des Heils mogelijk is om een maatje of vrijwilliger in te schakelen. Twee van hen staan daarvoor open. Van de drie cliënten die daar niet van op de hoogte waren, zijn er twee die daarvoor open staan. Twee van de zes cliënten staan er niet voor open om een maatje of een vrijwilliger in te schakelen via het Leger des Heils. Zij voeren als reden aan dat zij dat niet nodig hebben en bovendien geen tijd voor hebben.

# 5. Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit hoofdstuk vier gekoppeld aan de literatuur. De resultaten worden per topic geanalyseerd en kritisch bediscussieerd. Uit deze analyse en discussie volgen de conclusies en aanbevelingen, welke in hoofdstuk zes worden beschreven.

## Respondentengroep medewerkers

### 5.1.1 Participatie

De WMO heeft tot doel de zelfredzaamheid van mensen te herstellen en hen meer toe te rusten zodat zij kunnen participeren in de maatschappij (Verkooijen, et. al., 2014). Er wordt van mensen verlangd dat zij ondersteund worden om zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving te participeren en daar een beroep te doen (MOVISIE, 2015). Van maatschappelijk werkers wordt verwacht dat zij netwerkgericht werken. De participatiewet en de WMO gaan volgens vier van de zes medewerkers voorbij aan de problematiek van de cliënten van het Leger des Heils. In veel gevallen is er namelijk geen toereikend sociaal netwerk en zijn cliënten niet in staat om zelf een stabiel en vitaal sociaal netwerk op te bouwen of te onderhouden, juist vanwege hun problematiek en sociaal-cognitieve beperkingen (GGZ Nederland, 2009). Drie van de zes medewerkers gaven aan dat zij in hun rol zeer belangrijk en haast onmisbaar zijn in het netwerk van sommige cliënten. Twee van de zes medewerkers ervaren dat er meer bereidheid is bij de gemeente en bij burgers om met elkaar rond de tafel te gaan. De WMO is een zogeheten kaderwet en de gemeente is verplicht om maatwerk te leveren (Verkooijen, et.al., 2014). Het is echter maar de vraag of er binnen de kaders van de nieuwe WMO en de participatiewet voldoende ruimte bestaat om tot bevredigende oplossingen te komen. Twee van de zes medewerkers gaven immers aan dat zij veel minder voor elkaar krijgen dan voorheen omdat de gemeente zich stelliger positioneert.

### 5.1.2 Specifieke psychiatrische problematiek en begeleiding

Uit de theorie komt naar voren dat het voor mensen met een BPS belangrijk is om ondersteund te worden in het bewaren van regelmaat en ritme (Nederlandse Vereniging Voor Psychiatrie, n.d.). Dit komt overeen met de visie van drie van de zes medewerkers. Zij gaven aan dat het heel belangrijk is om duidelijk te zijn in de begeleiding en niet af te wijken van de route, om daarmee een stabiele factor te zijn in het leven van de cliënt. Dit komt overeen met de theorie (Psychopraxis, 2008). Drie van de zes medewerkers benoemden tijdens het interview dat zij het lastig vinden om met mensen met een BPS te werken. Mogelijk hebben zij meer moeite met het bieden van regelmaat en ritme waardoor zij zich laten meeslepen met het grillige gedrag van cliënten met een BPS – wat volgens de theorie juist niet de bedoeling is (Psychopraxis, 2008).

Drie van de zes medewerkers zien verslaving als een ziekte. Een verslaving is als diagnose opgenomen in de DSM-IV en kan derhalve beschouwd worden als een psychische stoornis. *Novadic Kentron* (n.d.) geeft aan dat het van groot belang is om samen met de gebruiker de intrinsieke motivatie te onderzoeken, en op zoek te gaan naar andere bekrachtigers of beloningen die een positieve invloed hebben. Om dat als begeleider te kunnen bereiken is het vooral heel belangrijk om geduld te hebben en om vol te houden, zo stelden drie van de zes medewerkers.

De literatuur wijst uit dat het bij depressie belangrijk is om in de begeleiding zogenoemde basiszorg te bieden (NedKAD, 2012). Twee van de zes medewerkers besteden in de begeleiding aandacht aan het bieden van structuur en het bewaren van het overzicht. Tegelijkertijd is het lastig om mensen met een depressie te motiveren en in beweging te krijgen, aldus twee andere medewerkers. Doordat mensen met een depressie vaak zo passief zijn, lukt het hen vaak niet meer om de alledaagse handelingen te verrichten (NedKAD, 2012). Het kan dan nodig zijn om bepaalde zaken over te nemen, hetzij tijdelijk. Dit veroorzaakt een spanningsveld, aangezien er veel waarde gehecht wordt aan eigen regie (Goijarts, et. al., 2014). Eigen regie en zelfbeschikking staan bovenaan in de behoeftenhiërarchie van Maslow. Zoals Maslow zelf gezegd heeft, is het voor een mens pas mogelijk om in een hoger niveau van de hiërarchie te geraken als er in de daaronderliggende behoeftes voorzien is (Rigter, 2008). Het is dan lastig om de balans te bepalen: wanneer is iemand in staat om zelf de regie te houden, en wanneer is het nog een stapje te ver? Dezelfde vraag kan gesteld worden bij verslaving en BPS.

### 5.1.3 Sociaal en maatschappelijk functioneren

Het beroep dat cliënten doen op hun sociale netwerk is volgens vier van de zes medewerkers voor het netwerk heel zwaar. Twee van de zes medewerkers gaven aan dat het voor het betrokken sociale netwerk vaak moeilijk is om de situatie en de problematiek van de cliënt te accepteren. Dit kan te maken hebben met de symptomen die de psychiatrische aandoening met zich meebrengt. Het gedrag wat daaruit voortkomt kan de verwachtingen en wederkerigheid in sociale relaties ernstig verstoren (GGZ Nederland, 2009). In de literatuur wordt beschreven dat er bij mensen met een psychiatrische aandoening in veel gevallen sprake is van sociaal-cognitieve beperkingen (American Psychiatric Association, 2000). Sociaal-cognitieve beperkingen bij cliënten worden door vijf van de zes medewerkers opgemerkt. Zij gaven aan dat cliënten vaak weinig zelfinzicht hebben met betrekking tot relaties.

Cliënten zoeken vaak verbondenheid en erkenning bij lotgenoten. Vanwege het feit dat er bij mensen met een psychiatrische aandoening vaak sprake is van sociaal-cognitieve beperkingen, is het maar de vraag of cliënten daadwerkelijk verbondenheid, steun en erkenning zullen vinden bij lotgenoten. Een van de zes medewerkers gaf ook aan dat cliënten vaak achteraf ervaren dat een dergelijke vriendschap eerder belastend was dan steunend. Waar vinden zij dan die verbondenheid, die in de behoeftehiërarchie van Maslow zo’n belangrijke plaats inneemt, als zij die niet kunnen vinden bij lotgenoten, noch bij familie of vrienden, omdat die band vaak ernstig verstoord is? Neem nu een drugsverslaafde cliënt, wiens netwerk volledig bestaat uit andere drugsverslaafden en drugsdealers. Omdat hij nog in contact is met andere mensen, kan gesteld worden dat hij in elk geval niet vereenzaamt. Maar wat is nu precies het doel van het hebben van sociale contacten? Niet vereenzamen, of het voldoen in de behoeften aan steun en verbondenheid (GGZ Nederland, 2009), (Rigter, 2008)?

### 5.1.4 Netwerkcoördinator

Alle medewerkers merken weerstand bij cliënten om het sociale netwerk bij de begeleiding te betrekken. Tegelijkertijd gaven drie van de zes medewerkers aan dat zij dit zelf ook lastig vinden. Cliënten willen liever de vuile was niet buiten hangen, maar medewerkers vinden het lastig om met privacy om te gaan binnen de kaders van de geheimhoudingsplicht. Volgens De Vries (2010) is de kerntaak van de maatschappelijk werker om ‘de natuurlijke leefverbanden en de bestaande samenwerkingsverbanden te helpen (De Vries, 2010). Ook vanuit de WMO en de participatiewet wordt verwacht dat mensen in contact worden gesteld met hun omgeving, al dan niet met hulp. Het is dus de plicht van de begeleider om hier iets in te betekenen (MOVISIE, 2015), (Steyaert, et. al., 2012). Uiteraard is het lastig voor de betrokken ambulant woonbegeleider om de rol van netwerkcoördinator in te nemen omdat de betrokken leden van een netwerk verschillende belangen hebben. Daarbij bestaat ook nog eens het gevaar dat betrokken leden de rol van een hulpverlener op zich gaan nemen, aldus twee van de zes medewerkers. Een van de zes medewerkers ziet het als de verantwoordelijkheid van de begeleider om die rollen te bewaken. Hierin hebben de medewerkers duidelijk verschillende visies. Het is echter noodzakelijk om hier een weg in te zoeken, omdat het in meerdere opzichten in het belang van de cliënt is dat zij (opnieuw) met hun sociale omgeving in contact worden gesteld (Novadic Kentron, n.d.), (NedKAD, 2012), (Psychopraxis, 2008).

Dan bestaat er nog het gevaar dat de cliënt in een afhankelijkheidspositie geraakt. Drie van de zes medewerkers gaven namelijk aan dat zij een zeer belangrijke en haast onmisbare rol innemen in het sociale netwerk van cliënten, vanwege het feit dat het sociale netwerk vaak heel klein is. Uit de theorie komt naar voren dat de hulpverlener alleen taken op zich dient te nemen die (nog) niet door het sociale netwerk zelf vervuld kunnen worden (Baars, et. al., 1990). HhHdet kan ter discussie gesteld worden dat deze afhankelijkheid gefaciliteerd wordt zolang een begeleider alle taken op zich neemt. Want waarom zou er bij een cliënt behoefte ontstaan om iets in zijn situatie te veranderen, wanneer de hulpverlener voorziet in zijn noden en behoeften? De hulpverlener zal zich dus gedistantieerd nabij moeten opstellen en de cliënt moeten motiveren om de hulpbronnen in zijn omgeving aan te spreken. Dit moet wel voorzichtig gebeuren. Vanwege het feit dat er mogelijk sprake is van sociaal-cognitieve beperkingen moeten de motieven van de hulpverlener bij de cliënt duidelijk zijn om het vertrouwen niet te schaden (Baars, et. al., 1990).

### 5.1.5 Vrijwilligers

Vier van de zes medewerkers zijn van mening dat vrijwilligers drempels kunnen verlagen. Dit komt overeen met de literatuur (Machielse, et. al., 2013). Toch zitten er aan de inzet van vrijwilligers voor deze doelgroep een hoop haken en ogen. Professionals, zo ook de medewerkers afdeling Extramuraal, verschillen van mening over welke rol een vrijwilliger kan vervullen. Waar de één hen graag in zou zetten voor praktische zaken, ziet de ander een vrijwilliger als waardevolle partner in de zorg en zou op de lange termijn graag meer vrijwilligers en minder hulpverleners zien. Doordat de meningen zo uiteenlopen, bestaat het gevaar dat vrijwilligers enerzijds niet toegelaten worden, en anderzijds misschien juist overvraagd worden (Oudenampsen, et. al., 2006). Van vrijwilligers wordt namelijk verlangd dat zij kennis hebben van de doelgroep, goede communicatieve vaardigheden hebben en goed kunnen samenwerken, en aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Hoe realistisch is het echter om van een vrijwilliger te verlangen dat hij of zij aan aansluiting vindt met de doelgroep, als er zoveel eisen aan diens functie gesteld worden? Gaan we dan niet volledig voorbij aan het drempelverlagende aspect van vrijwilligerswerk? Misschien zou de discussie eerder moeten zijn of er niet verschillende vormen van vrijwilligerswerk moeten zijn, waar enerzijds maatjes aan kunnen sluiten bij de doelgroep en anderzijds geprofessionaliseerde vrijwilligers in hun functie de hulpverlener wat kunnen ontlasten. In ieder geval zijn alle medewerkers het erover eens dat er een centraal aanspreekpunt moet komen, een zogenoemde vrijwilligerscoördinator, voor zowel vrijwilligers als medewerkers. Dit komt overeen met met de theorie. Daarnaast zijn regelmatige contactmomenten tussen vrijwilligers en professionals van groot belang, ook als ondersteuning al op een andere manier geregeld is. Deze contactmomenten hebben tot doel ervaringen uit te wisselen, taken onderling te verdelen en de verwachtingen met elkaar af te stemmen (Machielse, et. al., 2013).

## Respondentengroep cliënten

### Specifieke psychiatrische problematiek

Twee van de zes cliënten waren gediagnostiseerd met een BPS. Zij gaven beide aan last te hebben (gehad) van stemmingswisselingen en instabiel te zijn geweest qua emoties. Het handboek *Psychiatrie Een Inleiding* (2012) stelt dat mensen met een dergelijke stoornis niet in staat zijn om zich aan te passen aan externe eisen en dat hun gedrag uiteindelijk negatieve consequenties heeft (Nevid, et. al., 2012). Beide cliënten met een BPS gaven tijdens het interview aan dat zij in behandeling waren voor hun problematiek. Anders dan de theorie doet suggereren, gaven beide cliënten aan dat hun behandeling hen heeft geholpen om meer inzicht in zichzelf te krijgen, waardoor zij beter kunnen omgaan met hun emoties. Hieruit blijkt dat het met de juiste aanpak goed mogelijk is voor mensen met een BPS om gepast met hun problematiek om te gaan.

Drie van de zes cliënten kampten met verslavingsproblematiek. Er wordt van een verslaving gesproken wanneer er sprake is van een patroon van herhaald gebruik dat schadelijke gevolgen heeft. Het gebruik van een psychoactief middel kan emoties als angst en depressie tijdelijk dempen. Uit de theorie komt naar voren dat het ervaren van emotionele stress vaak tot een verslaving leidt (Nevid, et. al., 2012). Twee van de drie cliënten gaven aan dat dergelijke gevoelens ontstaan zijn door het gebruik en de sociaal-maatschappelijke gevolgen van hun verslaving en zij ervoeren dergelijke emotionele stress niet toen zij begonnen met gebruiken. Voor hen zijn de verdovende middelen geleidelijk een vorm van zelfmedicatie geworden. Wanneer het psychoactieve middel uitgewerkt is, schijnen deze gevoelens wel weer door, vaak vanwege de uitzichtloosheid en het feit dat de verslaafde al zoveel verloren heeft. De verslaafde zal opnieuw willen dempen door psychoactieve middelen tot zich te nemen. Zo ontstaat de vicieuze cirkel die verslaving heet (Carpentier, 2014), (Nevid, et. al., 2012).

Vijf van de zes cliënten kampten met een depressie. Zij gaven allemaal aan zichzelf in het verleden af te hebben gesloten van de werkelijkheid. Drie van hen hebben zich vaak lusteloos en energieloos gevoeld. Vanwege het feit dat zij zich lusteloos en energieloos voelen kost het voor mensen met een depressie vaak veel moeite om bijvoorbeeld te gaan werken of sociale contacten te onderhouden. Zo ontstaat ook hier een vicieuze cirkel. De theorie wijst immers uit dat een verstoord slaappatroon, een ongezond voedingspatroon of een ongezonde leefstijl een negatieve invloed hebben op het functioneren en op het herstel van de depressie (NedKAD, 2012).

In de literatuur wordt over het veelvoorkomende verschijnsel comorbiditeit gesproken: het tegelijkertijd hebben van twee of meer aandoeningen (Montanari, et. al., 2013). Slechts één van de zes cliënten had een depressie als enige diagnose, de andere vijf cliënten hadden allemaal meerdere aandoeningen. In de theorie over comorbiditeit staat beschreven dat comorbide stoornissen in wisselwerking staan met elkaar en elkaar kunnen beïnvloeden of versterken. Dit geldt ook voor medicatie. Om die reden is het belangrijk dat er aandacht besteed wordt aan goede behandeling en effectieve, op elkaar afgestemde medicatie (Carpentier P. J., 2012). Echter is daarvoor wel medewerking van de cliënt nodig. Vanwege de aard van de problematiek ontstaat hier een dilemma; cliënten die ernstig verslaafd zijn, ernstig depressief of in het geval van BPS impulsief en onberekenbaar zijn, staan er mogelijk helemaal niet voor open. De intrinsieke motivatie prikkelen met behulp van motiverende gespreksvoering volstaat misschien niet, omdat deze cliënten in veel gevallen sociaal-cognitief beperkt zijn en intenties, emoties, gedachten of ideeën niet herkennen of verkeerd interpreteren. Het kan ter discussie gesteld worden in hoeverre er dan nog sprake kan zijn van eigen regie (GGZ Nederland, 2009), (Rigter, 2008).

### Sociaal en maatschappelijk functioneren

Mensen met een psychiatrische aandoening hebben vaak een zeer beperkt sociaal netwerk en verkeren of geraken in een sociaal isolement (American Psychiatric Association, 2000). Alle cliënten hebben op een zeker moment in hun leven sociale contacten gemeden. Volgens de theorie komt dit door de symptomen die de aandoening met zich meebrengt, zoals (sociale) angsten, vijandigheid of wantrouwen (GGZ Nederland, 2009). Alle cliënten hebben hun problemen geprobeerd te verbergen. Vier van hen wilden andere mensen niet belasten met hun problemen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat enkele cliënten hun sociale contacten niet alleen verwaterd hebben uit zelfbescherming, maar ook uit liefde voor de ander. Veel mensen met een psychiatrische aandoening worden volgens de literatuur gestigmatiseerd en gediscrimineerd op grond van hun aandoening (GGZ Nederland, 2009). Het kan ter discussie gesteld worden in hoeverre de cliënt zelf ‘het probleem’ is, of dat zijn hele omgeving eigenlijk als probleem beschouwd dient te worden. Twee van de drie cliënten met verslavingsproblematiek gaven tijdens het interview aan dat de betrokken familieleden teleurgesteld in hen waren en er moeite mee hadden om de problemen te accepteren. Een van hen gaf aan gepest te zijn geweest op de werkvloer vanwege zijn harddrugsverslaving en het feit dat hij dakloos geweest was. Drie van de zes cliënten hebben zich weleens niet serieus genomen gevoeld door bedrijven of instanties. Dit is een greep uit een reeks van schrijnende situaties waarin mensen op grond van hun problematiek niet voor vol aangezien werden of niet geaccepteerd werden. In de theorie staat dat zij vaak restricties ervaren die voor anderen minder of niet gelden (GGZ Nederland, 2009). Zo worden ze telkens bevestigd in hun ‘onkunde’ en blijven zij afhankelijk van bijvoorbeeld een uitkering, contacten met lotgenoten of familie. Hoe kan deze vicieuze cirkel doorbroken worden?

### Begeleiding

Alle cliënten omschreven de relatie met hun persoonlijk begeleider als een goede relatie. Alle cliënten hadden het gevoel dat zij open konden zijn, hadden vertrouwen in hun begeleider en voelden zich als persoon geaccepteerd. Dit terwijl drie van de zes cliënten eerder aangaven er moeite mee te hebben om andere mensen te vertrouwen. De cliënten ontvingen veel steun uit hun formele netwerk, dat geldt in het bijzonder voor cliënten die weinig tot geen steun ontvingen van hun informele netwerk. De hulpverlening bood zowel praktische hulp als emotionele steun. Volgens de theorie wordt de behoefte aan saamhorigheid en liefde (Maslow) door het sociale netwerk vervuld in de vorm van sociale steun (GGZ Nederland, 2009). Vier van de zes cliënten gaven aan dat zij tevreden waren over hun sociale netwerk, en drie gaven te kennen dat dit sociale netwerk in tijden dat het niet goed ging ook aanwezig was. Hoe komt het dan dat er op een zeker moment toch hulp nodig was van een professional? Het is mogelijk dat de begeleiding een rol inneemt die door geen enkel ander persoon uit het sociale netwerk van de cliënt vervuld kan worden. Dit kan te maken hebben met deskundigheid op het gebied van gesprekstechnieken en kennis van en inzicht in complexe maatschappelijke problemen – een deskundigheid die de meeste ‘gewone’ mensen niet hebben. Het is aannemelijk dat iemands problemen, ook voor een welwillend en betrokken sociaal netwerk, soms te hoog gegrepen zijn waardoor professionele hulp de enige weg is. In de literatuur staat geschreven dat hulpverleners alleen taken op zich dienen te nemen die (nog) niet door het sociale netwerk zelf vervuld kunnen worden (Baars, et. al., 1990)). HhHdet kan wel, zoals eerder beschreven, ter discussie gesteld worden dat dergelijke afhankelijkheid gefaciliteerd wordt zolang een begeleider alle taken op zich neemt.

### Netwerk en begeleiding

Volgens de sociale netwerkbenadering zullen cliënten zich pas inzetten om te veranderen als er andere mensen – geen hulpverleners – om hen heen zijn die een band met hen willen aangaan (Baars, et. al., 1990). Wanneer cliënten er niet voor open staan om hun sociale netwerk bij de begeleiding te betrekken is dat een groot gemis, want het gevaar bestaat dat zij zodoende in een bepaalde afhankelijkheidspositie van de hulpverlener blijven. Alle cliënten gaven aan dat hun netwerk ervan op de hoogte is dat er begeleiding in beeld is. Vier van hen hebben aangegeven dat de begeleiding geen contact heeft gehad met familie of vrienden en zij hebben daar ook geen behoefte aan. De begeleiding heeft wel contact met het formele netwerk. In de literatuur staat echter dat ‘een hulpverlener niet hoeft te wachten op het moment dat hij zich realiseert dat hij zo ongeveer de enige is die zich nog voor de cliënt inspant om sociale netwerkstrategieën te gebruiken’ (Baars, et. al., 1990). Zorgbehoefte leidt volgens de theorie tot inkrimping van het sociale netwerk. Mensen die beperkingen van hun psychische problemen ondervinden en weinig sociale steun ervaren, hebben een grotere kans om in de hulpverlening terecht te komen (Steyaert, et. al., 2012), (De Vries, 2010). Vier van de zes cliënten omschreven hun sociale netwerk desalniettemin als zijnde een goed netwerk, maar ervoeren niet allemaal zowel emotionele als materiële steun van hun netwerk. Het kan ter discussie gesteld worden wat cliënten verstaan onder een goed sociaal netwerk en in hoeverre zij zich bewust zijn van de psychosociale basisbehoeften (Rigter, 2008). Volgens de theorie zou de inzet van vrijwilligers van waardevolle toevoeging kunnen zijn in de begeleiding van kwetsbare burgers met een beperkt sociaal netwerk en complexe problematiek (Machielse & Runia, 2013). Uit de interviews kwam naar voren dat drie van de zes cliënten er nog niet van op de hoogte waren dat het bij het Leger des Heils mogelijk is om een maatje of vrijwilliger in te schakelen. Vier van de zes cliënten stonden ervoor open. De twee cliënten die er niet voor open stonden voerden als reden aan dat zij dat niet nodig hebben en er ook geen tijd voor hebben. Vanwege het feit dat de helft niet op de hoogte was van de mogelijkheid, is het aannemelijk dat zij ook niet op de hoogte zijn van wat het precies inhoudt. Het is om die reden de vraag of de antwoorden van de cliënten als valide beschouwd kunnen worden, omdat zij een oordeel hebben gegeven over iets waar bij hen nog niet veel over bekend was.

# 6. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies en aanbevelingen beschreven. In de conclusie worden de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag beantwoord. De antwoorden komen voort uit de resultaten en de discussie. Tot slot worden de aanbevelingen vermeld, welke volgen uit de resultaten, de discussie en de conclusie.

## 6.1 Conclusie

### 6.1.1 Deelvraag 1

*Welke rollen en behoeftes vervult het sociale netwerk van de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening?*

Cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening zijn, net als mensen die deze problemen niet hebben, in hun omgeving vooral op zoek naar acceptatie, erkenning en verbondenheid met andere mensen. Gewoonlijk vervult het sociale netwerk deze behoefte door het bieden van sociale steun in de vorm van emotionele en materiële steun. De sociale netwerken van cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening zijn vaak echter heel klein. Het contact met het sociale netwerk is vanwege de aard van de problematiek en het daaruit voortkomende gedrag in veel gevallen verstoord of verbroken. Om hun behoeftes te kunnen vullen gaan zij vaak bij lotgenoten op zoek naar die acceptatie, erkenning en veiligheid. Dit geldt vooral bij mensen met verslavingsproblematiek. Echter zijn dergelijke vriendschappen in veel gevallen belastend voor cliënten. Zij hebben hulp nodig van een professional omdat hun sociale netwerk vaak (nog) niet of niet meer kan voorzien in de noden en behoeften van de cliënt.

Het sociale netwerk is er niet alleen om de behoefte aan acceptatie, erkenning en verbondenheid te vervullen, maar kan ook bijdragen aan herstel van of het leren leven met de problematiek. Voor mensen met een BPS geldt dat zij regelmaat en ritme nodig hebben en baat hebben bij een sociaal contact als stabiele factor. Hoewel het voor mensen met een depressie vaak veel moeite kost om sociale contacten te onderhouden, hebben ook zij baat bij regelmaat en ritme. Voor mensen met verslavingsproblematiek geldt dat het middelengebruik afneemt als zij andere bezigheden omhanden hebben. Sociaal contact draagt dus bij aan herstel. Ondanks het feit dat sommige cliënten aangeven dat zij geen behoefte hebben aan sociaal contact, is uit onderzoek gebleken dat cliënten zich pas inzetten om te veranderen als er andere mensen – geen hulpverleners – om hen heen zijn die een band met hen willen aangaan. Daaruit blijkt dat ieder mens verbondenheid met anderen nodig heeft, ook al zien de cliënten dat zelf (nog) niet in.

### 6.1.2 Deelvraag 2

*Wat heeft de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening nodig om het netwerk op te bouwen en/of te vergroten?*

De sociale netwerken van cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening zijn vaak disfunctioneel of heel klein. Het contact met het sociale netwerk is vanwege de aard van de problematiek en het daaruit voortkomende gedrag in veel gevallen verstoord of verbroken. Vaak heerst er in het sociale netwerk van de cliënt veel onbegrip of zijn mensen teleurgesteld. Cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening zullen het contact vaak vermijden uit angst om opnieuw teleurgesteld te worden, omdat hun vertrouwen in het verleden ernstig is geschaad of uit schaamte voor hun problemen. Daardoor neemt de betrokken hulpverlener in veel gevallen een zeer belangrijke rol in. Cliënten voelen zich door een hulpverlener geaccepteerd. Het is nodig dat de cliënt zal gaan ervaren dat de hulpverlener niet in alle behoeften en noden kan voorzien. Als uitgangspunt moet genomen worden dat een hulpverlener alleen taken op zich neemt die (nog) niet door het sociale netwerk zelf vervuld kunnen worden. De hulpverlener zal zich gedistantieerd nabij moeten opstellen en vanuit die positie de cliënt moeten motiveren om nieuwe sociale contacten aan te gaan. Daarbij moet wel rekening gehouden worden met het feit dat cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening vaak sociaal-cognitief beperkt zijn en intenties, emoties, gedachten of ideeën niet herkennen of verkeerd interpreteren.

### 6.1.3 Deelvraag 3

*Hoe kunnen vrijwilligers betrokken worden in de netwerkontwikkeling en/of –versterking van de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening?*

In het licht van recente maatschappelijke ontwikkelingen biedt het betrekken van vrijwilligers in de netwerkontwikkeling en/of -versterking van de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening veel mogelijkheden. Vanwege het feit dat er in veel gevallen geen functioneel of vitaal sociaal netwerk aanwezig is in het leven van de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening, is het goed dat er nieuwe mensen in het leven van de cliënt worden geïntroduceerd die geen hulpverlener zijn. Als cliënten sociale steun ervaren van ‘gewone’ mensen die een band met hen willen aangaan, zal de intrinsieke motivatie om te willen veranderen gaan groeien. Vrijwilligers zijn in hun positie een stuk minder bedreigend en kunnen op een laagdrempelige wijze aansluiting vinden bij de cliënt. Zo kunnen vrijwilligers eraan bijdragen om het gewone leven weer op te pakken en kunnen zij ingezet worden voor tal van praktische zaken. Vanwege de uiteenlopende problematiek zal er gekeken moeten worden naar verschillende functietypen om de inzet van een vrijwilliger in veel verschillende situaties optimaal te kunnen benutten. Enerzijds is daar de geprofessionaliseerde vrijwilliger die in zijn functie de hulpverlener kan ontlasten, en anderzijds is daar het zogenoemde ‘maatje’ die daadwerkelijk als een maatje aan kan sluiten bij de doelgroep. Om de inzet van vrijwilligers in goede banen te leiden is het nodig om een vrijwilligerscoördinator aan te stellen. Deze vrijwilligerscoördinator zal het centrale aanspreekpunt zijn voor zowel vrijwilligers als professionals en zal zorg dragen voor de werving, coaching en training van vrijwilligers.

### 6.1.4 Deelvraag 4

*Hoe kunnen de medewerkers van afdeling Extramuraal van het Leger des Heils het sociale netwerk van de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening betrekken in de begeleiding?*

De medewerkers van afdeling Extramuraal van het Leger des Heils vragen altijd naar het sociale netwerk van de cliënten. Het komt echter weinig voor dat het sociale netwerk daadwerkelijk bij de hulpverlening betrokken is. Enerzijds komt dit doordat cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening er vaak weerstand tegen hebben om hun sociale netwerk bij de begeleiding te betrekken. Vaak heerst er in het sociale netwerk van de cliënt veel onbegrip of zijn mensen teleurgesteld. Cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening zullen het contact vaak vermijden uit angst om opnieuw teleurgesteld te worden, omdat hun vertrouwen in het verleden ernstig is geschaad of uit schaamte voor hun problemen. Anderzijds heerst er onder professionals terughoudendheid om het sociale netwerk van een cliënt bij de begeleiding te betrekken. Zij zijn bang voor rollenverwisseling en de privacy van de cliënt vormt een belemmering. Toch biedt het betrekken van het sociale netwerk bij de begeleiding veel mogelijkheden. Hulpverleners kunnen de cliënt ondersteunen om opnieuw contact te leggen met voor hen belangrijke mensen, door hen bijvoorbeeld te adviseren over de contactlegging en handvatten aan te reiken, rekening houdend met het feit dat er bij de cliënt mogelijk sprake is van sociaal-cognitieve beperkingen. Daarnaast kan de hulpverlener een belangrijke rol spelen in het geven van voorlichting over de problematiek van de cliënt en het bieden van steun aan het sociale netwerk, zodat zij het op hun beurt vol kunnen houden om de cliënt te ondersteunen. Tot slot is het belangrijk om het sociale netwerk tezamen met alle hulpbronnen en steunfuncties in kaart te brengen, zodat de hulpverlener weet wat er ontbreekt in het netwerk. Er dient aandacht en waardering te zijn voor de omgeving van de cliënt. Als uitgangspunt moet hierin genomen worden dat de hulpverlener uitsluitend taken op zich neemt die (nog) niet door het sociale netwerk zelf vervuld kunnen worden.

### 6.1.5 Centrale onderzoeksvraag

*Hoe kan het ambulante team van het Leger des Heils in Terneuzen als netwerkcoördinator optreden in de begeleiding van de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening?*

Optreden als netwerkcoördinator in de begeleiding van de cliënt met een specifieke psychiatrische aandoening is voor veel hulpverleners lastig. Enerzijds heerst er weerstand bij cliënten en vaak ook bij hulpverleners zelf om het netwerk bij de begeleiding te betrekken. Anderzijds zijn leden uit het sociale netwerk vaak teleurgesteld in de cliënt of kunnen zij de problematiek en de gevolgen daarvan moeilijk accepteren. Het ambulante team van het Leger des Heils in Terneuzen dient oog te hebben voor die weerstand, niet alleen bij de cliënt maar ook bij zichzelf en het betrokken netwerk, om vervolgens actief op zoek te gaan naar mogelijkheden om die weerstand te verminderen of weg te nemen. Mogelijkheden om die weerstand bij de cliënt weg te nemen is om te investeren in een goede vertrouwensrelatie. Cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening hebben er immers vaak moeite mee om mensen te vertrouwen. Daarnaast zullen cliënten moeten gaan ervaren dat een hulpverlener niet de ultieme oplossing is voor hun problemen. Zij zullen zichzelf moeten realiseren dat zij een sociaal netwerk nodig hebben. Een van de manieren om dat te bereiken is dat de hulpverlener zich gedistantieerd nabij opstelt en alleen die taken op zich neemt die (nog) niet door het sociale netwerk zelf vervuld kunnen worden. Om dit goed in te kunnen schatten, is het nodig dat de hulpverlener voldoende inzicht heeft in het sociale netwerk van de cliënt en diens hulpbronnen en steunfuncties. Rekening houdend met het feit dat er mogelijk sprake is van sociaal-cognitieve beperkingen moeten de motieven van de hulpverlener bij de cliënt duidelijk zijn, zodat de vertrouwensrelatie intact blijft. Daarnaast bieden vrijwilligers veel mogelijkheden. Hulpverleners moeten niet bang zijn voor rollenverwisseling, en dienen actief op zoek te gaan naar zaken die door een vrijwilliger kunnen worden opgepakt, zolang dat nog niet door het sociale netwerk opgepakt kan worden.

## 6.2 Aanbevelingen

* *Een onderzoek naar hoe vrijwilligers kunnen bijdragen aan het opbouwen of vergroten van het sociale netwerk, in het bijzonder bij mensen met verslavingsproblematiek, depressie of BPS.*

Omdat er veel onenigheid en onduidelijkheid bestaat rondom de inzet van vrijwilligers, is het aan te bevelen dat hier uitvoeriger onderzoek naar wordt gedaan. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de inzet van vrijwilligers veel mogelijkheden biedt, maar ook veel belemmeringen. Het is zaak om naast de mogelijkheden ook de belemmeringen goed in kaart te brengen, zodat er op voorhand een oplossing voor gevonden kan worden. Hierdoor kan de samenwerking met vrijwilligers werkelijkheid worden. Het aanbieden van cursussen en training om vrijwilligers toe te rusten met kennis, als ook het aanstellen van een centraal aanspreekpunt voor vrijwilligers en medewerkers worden in deze aanbeveling meegenomen.

* *Het verstrekken van algemene informatie (voorlichting) over de problematiek bij betrokken leden van de directe omgeving van een cliënt.*

Uit dit onderzoek komt naar voren dat cliënten zich regelmatig niet geaccepteerd of serieus genomen voelen door hun directe omgeving. Het is voor de omgeving daarnaast vaak moeilijk om de problematiek en de situatie te accepteren. Zij kunnen de ondersteuning van een professional goed gebruiken, niet alleen bij het herstel van de relatie maar ook om het vervolgens vol te kunnen houden. Het beroep dat cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening op hun omgeving doen wordt door de omgeving namelijk vaak als belastend ervaren. Daarnaast kan algemene informatie en voorlichting mogelijk helpen om de erkenning en acceptatie in de omgeving te doen toenemen.

* *Het structureel toepassen van een uitgebreide netwerkanalyse waarin hulpbronnen en steunfuncties in kaart worden gebracht.*

De hulpverlener dient een goede afweging te kunnen maken met betrekking tot zaken die door het sociale netwerk kunnen worden opgepakt. Een manier om dit te bereiken is door het sociale netwerk en alle hulpbronnen en steunfuncties in kaart te brengen. Dit kan door in gesprek te gaan met de cliënt, maar ook met de voor hem belangrijke sociale contacten. Dit bepaalt een realistische kijk op de mogelijkheden en daarmee een doelmatige en doelgerichte inzet. Indien er geen of onvoldoende sociale contacten aanwezig zijn, zal er gekeken moeten worden naar de noden en behoeften van de cliënt, om van daaruit op zoek te gaan naar nieuwe sociale contacten die deze noden en behoeften wel kunnen vervullen. Het wordt aanbevolen om in dergelijke situaties gebruik te maken van een vrijwilliger.

* *Het aangaan van samenwerkingsverbanden met bestaande netwerken*

Naast dat de hulpverlener of netwerkcoördinator de sociale steun vanuit het netwerk goed in kaart brengt en waar nodig vrijwilligers in gaat schakelen, is het aan te bevelen dat men in het kader van participatie en netwerkontwikkeling op zoek gaat naar samenwerkingsverbanden met netwerken in bijvoorbeeld stadscentra, buurthuizen of verenigingen. Deze aanbeveling ligt in het verlengde van het vaak zo beperkte sociale netwerk van cliënten met een specifieke psychiatrische aandoening. Netwerkcoördinatie wordt zodoende in een bredere context geplaatst en krijgt meer het karakter van samenwerken.

# 7. Evaluatie

In dit hoofdstuk wordt het gehele onderzoeksproces geëvalueerd. Er wordt aandacht besteed aan het eigen onderzoeksgedrag en de mate waarin de student onderzoekend, kritisch en integer te werk is gegaan.

## 7.1 Evaluatie van het eigen onderzoeksproces

Het onderzoek dat ik verricht heb borduurde voort op het onderzoek dat het voorgaande jaar door twee studenten van de HZ University of Applied Sciences verricht was. Uit de aanbevelingen van voorgaand onderzoek heb ik een onderwerp gekozen. De opdrachtgever, dhr. Jan Looij, wilde graag dat ik onderzoek zou verrichten naar de rol van sociale media in netwerkontwikkeling en –versterking. Ik had echter meer interesse in het verrichten van onderzoek naar psychiatrische problematiek en ik heb dit bespreekbaar gemaakt. Hij gaf er toestemming voor dat ik onderzoek zou verrichten naar netwerkontwikkeling en –versterking bij psychiatrische problematiek in plaats van sociale media.

Omdat mijn onderzoek gebaseerd was op eerder onderzoek was het onderwerp voor een groot deel afgebakend. Ik kon verwijzen naar voorgaand onderzoek en de aanbevelingen als uitganspunt nemen. Om in kaart te brengen welke diagnoses ik het beste in mijn de onderzoeksdoelgroep mee kon nemen heb ik een enquête uitgezet. Dit was belangrijk om het onderwerp verder af te bakenen. Op basis van de resultaten nam ik borderlinepersoonlijkheidsstoornis, depressie, alcohol- en drugsverslaving, en antisociale persoonlijkheidsstoornis mee in de onderzoeksdoelgroep. Ik was blij verrast dat ik met de eerste keer een GO kreeg voor het startdocument. Dit was enorm motiverend.

Tijdens het verzamelen van literatuur voor het schrijven van het onderzoeksvoorstel kwam ik tot de ontdekking dat er weinig literatuur te vinden was over de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Over netwerkontwikkeling- en versterking bij psychiatrische problematiek kon ik ook niet veel theorie vinden. Een oude bron uit 1990 was nog het meest relevant en ik vond de informatie die er in stond nog steeds actueel. Ik besloot om de bron te gebruiken bij gebrek aan goede, actuele bronnen over dit onderwerp. Ik was opnieuw blij verrast dat ik mijn onderzoeksvoorstel met de eerste keer gehaald had. Als feedback kreeg ik terug dat ik in het theoretisch kader meer aandacht moest besteden aan het sociale netwerk bij psychiatrische problematiek en wat de gevolgen zouden zijn als dit er niet was. Daarnaast bleek ik mij teveel gebaseerd te hebben op de oude onderzoeksrichtlijnen – een gevolg van het feit dat ik de lay-out van de scriptie van de vorige studenten als uitgangspunt had genomen voor de lay-out van mijn eigen scriptie. Het gaf een houvast, maar ik realiseerde mezelf dat ik de oude scriptie los moest laten om me volledig te kunnen richten op mijn eigen scriptie en mijn eigen onderzoeksonderwerp. Ook kreeg ik feedback op het feit dat ik een bron uit 1990 gebruikt had. Tijdens een gesprek met mijn scriptiebegeleider benoemde ik dat ik geen betere, actuele bron kon vinden over netwerkontwikkeling bij psychiatrische problematiek. Ik kreeg toestemming om de bron uit 1990 toch te gebruiken.

Toen ik begon met het zoeken van geschikte respondenten voor de respondentengroep cliënten, ontdekte ik dat ik geen respondenten kon vinden die gediagnostiseerd waren met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en die open stonden voor een interview. Wegens privé omstandigheden heb ik het onderzoeksproces tussentijds stil moeten leggen. Ik had op dat moment acht interviews afgenomen, ik moest nog vier geschikte cliënten vinden. Vanwege het feit dat ik geen respondenten kon vinden met een antisociale persoonlijkheidsstoornis wist ik niet goed wat ik moest doen. Hierdoor heb ik het onderzoeksproces onnodig lang stil laten liggen en vond ik de motivatie niet om het proces terug op te pakken. Ik besloot een gesprek met mijn scriptiebegeleider aan te vragen. Hij adviseerde mij om de antisociale persoonlijkheidsstoornis uit mijn onderzoeksdoelgroep te halen en te doen alsof het nooit bestaan heeft. Dit heb ik vervolgens gedaan. De vier interviews die ik nog moest doen heb ik korte tijd later afgenomen. Het transcriptieproces heeft bij mij ook veel tijd gekost. Ik vond het moeilijk om de motivatie te vinden om de interviews tot een transcript uit te werken, maar vanwege de naderende deadline voor het inleveren van mijn onderzoeksverslag is het uiteindelijk is het wel gelukt. Toen ik het laatste interview tot een transcript had uitgewerkt was het alsof er een last van mijn schouders afviel. Van daaruit is het proces zeer goed verlopen. Ik heb veel tijd genomen om de data te labelen, omdat ik van andere studenten had vernomen dat goed labelen en coderen het halve werk is. Toen ik eenmaal klaar was met labelen en het schrijven van de resultaten vielen alle puzzelstukjes op hun plek. Ik had het gevoel dat ik een gedegen onderzoeksverslag had geschreven.

## 7.2 Evaluatie van het onderzoeksresultaat

Ik heb veel tijd gestopt in het verwerken van de data. Het uitwerken van de interviews tot een letterlijk transcript heeft veel tijd gekost. Vervolgens ben ik enkele weken bezig geweest om de data te labelen, axiaal te coderen en vervolgens om te zetten in statistieken zodat het gemakkelijk te verwerken was. Hoewel het veel tijd en enige frustratie gekost heeft, ben ik blij dat ik dit zo gedaan heb. Het heeft het schrijven van de resultaten relatief eenvoudig gemaakt. Ik kan met zekerheid zeggen dat ik geen belangrijke informatie over het hoofd heb gezien en dat is een prettige gedachte.

Ik ben redelijk tevreden met het onderzoeksresultaat. Er zijn duidelijke aanbevelingen uit gekomen voor een vervolgonderzoek en de opdrachtgever heeft aangegeven tevreden te zijn met de uitkomst van het onderzoek. Het onderzoek is echter te kleinschalig om betrouwbaar te zijn. Daar zijn veel meer respondenten voor nodig. Daarnaast heb ik tijdens het transcriberen geconcludeerd dat ik tijdens de interviews op bepaalde onderwerpen meer had moeten doorvragen en de regie meer had mogen nemen om richting te geven aan het interview. Ik heb dit ondervangen door aan drie medewerkers te vragen om het transcript door te lezen, hun antwoorden aan te scherpen en nog wat meer informatie te geven over bepaalde onderwerpen. Desalniettemin geven de resultaten een aardig beeld van de situatie en mogelijk zijn de conclusies op meer cliënten en medewerkers van toepassing.

## 7.3 Bespreking van het onderzoeksgedrag

Het is voor respondenten, in het bijzonder voor de cliënten, niet altijd eenvoudig om open te vertellen over hun leven en open te praten over de gevoelige onderwerpen die dit onderzoek heeft aangesneden. Daarom heb ik de respondenten vooraf verteld dat het om twee redenen nodig was om het interview op te nemen: enerzijds voor de dataverwerking en anderzijds om transcripties en opnames te kunnen overleggen als daar vanuit de HZ University of Applied Sciences om gevraagd wordt. Ik heb hen uitdrukkelijk om toestemming gevraagd en ik heb hen ervan verzekerd dat ik vertrouwelijk en integer met de informatie om zou gaan. Ik heb buitenom het onderzoek geen privacygevoelige informatie openbaar gemaakt en de respondenten zijn anoniem gebleven.

Tijdens het onderzoeksproces ben ik in de privésfeer tegen problemen aangelopen. Dit heeft ertoe geleid dat ik het onderzoek tussentijds stil heb gelegd. Hoewel ik gemotiveerd was om het onderzoek tot een goed einde te volbrengen, heb ik er moeite mee gehad om de draad vervolgens weer op te pakken. Dit had er onder andere mee te maken dat ik mijn scriptie nog niet af had toen mijn afstudeerstage bij het Leger des Heils was beëindigd. Ik heb in die periode weinig overlegd met mijn opdrachtgever om te controleren of ik nog op de goede weg zat. Ik had dat wel meer moeten doen zodat hij betrokken bleef en op de hoogte was van de stand van zaken. Desalniettemin ben ik niet van de route afgeweken en heb ik het onderzoek conform de verwachtingen van de opdrachtgever kunnen afronden.

# Bijlage 1. Feedback opdrachtgever

# Bijlage 2. Transcript

|  |  |
| --- | --- |
| **Transcript medewerkers** | |
| Naam interviewer | Mathilde Gerrits-Dieleman |
| Naam geïnterviewde | Respondent 2 |
| Datum interview | 8 maart 2016 |
| Toelichting | I Interviewer  R Respondent |
| I: Per 1 januari 2015 is de nieuwe WMO ingevoerd. Wat merk je zelf van de veranderingen in de zorg ten aanzien van dit werk?  R: Uhm. Ik merk, uhm, buiten vroeger dat verschillende instanties, aan verslavingszorg, uhm, behandelaars, dat die veel meer open staan dan vroeger voor overleg. Voor netwerkoverleg. Dat er meer openheid in is, dat er, uhm, veel meer bereidheid er is om met elkaar rond de tafel te gaan. Daar zie ik wel een duidelijke ontwikkeling in.  I: En dan het professionele netwerk?  R: Dan heb ik het over het professionele netwerk.  I: En hoe zit dat met het informele netwerk? R: Daar zie ik geen verandering in.  I: Oké. Want in principe is het natuurlijk wel, uhm, de bedoeling dat we steeds meer ook een beroep gaan doen op het netwerk, het informele netwerk, rondom de cliënt. Uhm, wat de WMO eigenlijk ook van ons steeds meer vraagt. Maar merk je daarin ook ontwikkelingen, of heb je zoiets van nou, ja, dat blijft een beetje op hetzelfde niveau?  R: Ik merk wel dat er veel weerstand is bij de cliënten.  I: Veel weerstand bij de cliënten?  R: Ja, absoluut.  I: Hmm.  R: Ik denk dat dat ook voortkomt uit een stukje schaamte. Ik merk ook wel dat het nog steeds in de taboesfeer zit. Uhm. En ook dat, uhm, cliënten zijn natuurlijk beschadigd. En, uhm, dat dat ook wel een grote factor is, uit angst, uhm, om niet opnieuw teleurgesteld te worden.  I: Ja, ja.  R: Als je het informele netwerk inschakelt, ik denk dat daar veel angst achter zit, en dat daardoor terughoudendheid is op dit moment.  I: Oké. Dat is duidelijk. Dan ga ik gewoon gelijk de overstap maken naar de doelgroep toe. Uhm. Wat is jouw ervaring met borderline, antisociale persoonlijkheidsstoornis, depressie en of verslaving in het werk?  R: Uhm, dan heb je het ook over netwerk weer?  I: Ja, ook gewoon over de cliënten zelf. Maar ook, ja, de netwerkvragen die komen hierna [lacht]  R: Uhm. Cliënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, uhm. Ik heb daar iemand van in begeleiding. En, uhm, met name richt ik mij toch op het nuance aanbrengen in het zwart-wit denken. Dat zie je toch heel vaak terug. En, uhm, willen hun daardoor een goed gesprek voeren over een bepaald onderwerp, en je kan die nuance niet, of hun zien die grijstinten niet, dan is het gewoon heel erg moeilijk om daaruit te komen. Dus daar ligt met nadruk mijn insteek in de begeleiding.  I: Hmm. Dat is jouw ervaring met de doelgroep.  R: Vooral dat ja.  I: Zwart-wit denken.  R: Zwart-wit denken ja, absoluut.  I: En geldt dat eigenlijk voor al die stoornissen?  R: Nee, met borderline stoornissen voor mij eigenlijk iets minder. Wat ik merk bij borderlinestoornissen is dat ze vaak de angst hebben om, uhm, contacten die ze hebben opgebouwd, om die te verliezen. Met als gevolg dat ze bijna claimend gedrag gaan vertonen, met als gevolg dat ze uiteindelijk die relatie alsnog kwijtraken.  I: Hm, hm.  R: Dat zie ik wel vaak terug bij borderliners.  I: Hmm. Oké. Wat vind je lastig in de begeleiding van mensen die een dergelijke aandoening hebben en waar liggen juist de mogelijkheden?  R: [stilte] Ik vind het belangrijk, uhm, met al de cliënten die ik begeleid met deze stoornissen, dat je vooral insteekt op de relatie. Het vertrouwen. Dat is voor mij toch wel de basis om verder te kunnen. Kleine stapjes zetten. Uhm. En, toch in gesprek gaan met de cliënt gecombineerd met behandelaren. Daar ligt volgens mij wel de kracht.  I: De mogelijkheden.  R: Absoluut.  I: Om het succesvol te maken.  R: Ja. Die relatie moet heel erg goed zijn. Tussen begeleiding en behandelaar en cliënt.  I: En hoe krijg je zo’n relatie, hoe investeer je daarin?  R: Uhm. Om sowieso tijdens gesprekken, tijdens die eerste gesprekken toch aanwezig te zijn. Uhm, en ook juist met de behandelaar goed in gesprek te gaan. Goed af te stemmen. En de begeleiding af te stemmen op de behandeling. Dat daar geen ruis ontstaat, dat vind ik heel erg belangrijk.  I: En wat vind je lastig in de begeleiding bij deze mensen? R: [stilte] Hmm. Dat vind ik een lastige. [lacht] Dat, uhm. Het moeilijke vind ik wel dat je, je bent dan best wel een periode met zo’n cliënt in begeleiding, in gesprek. Ook met behandelaars. En de stapjes die je zet die zijn heel erg klein.  I: Hmm.  R: En dat vind ik soms wel moeilijk, ook voor de cliënt. Dan denk je dat je dat je wat bereikt hebt, en dat je stappen hebt gezet. Uhh. En dan, uhh, komt er weer een situatie boven, een gebeurtenis in het leven van de cliënt. En dan heb je soms het gevoel dat je weer terug bent bij het begin.  I: Oké. Ja, ja.  R: En dat vind ik soms weleens moeilijk.  I: Kan ik me voorstellen. Ja, dat is duidelijk. Je hebt eigenlijk ook al antwoord gegeven op mijn volgende vraag. Hoe ga je de samenwerkingsrelatie aan met hen? Je geeft aan van, ik steek in op vertrouwen, en ik vind het heel belangrijk om behandeling en begeleiding op elkaar af te stemmen. Zijn er dan nog meer dingen waar je aandacht voor hebt, als je het hebt over samenwerkingsrelatie?  R: Uhhm, wat ik eigenlijk mis, uhh, in de hulpverlening, is het gebrek aan ervaringsdeskundigen in de begeleiding.  I: Ervaringsdeskundigen.  R: Die zou ik er graag in willen betrekken.  I: Oké. Die parkeer ik eventjes, want we gaan het op een later moment even hebben over vrijwilligers. Dus dan nemen we die, pakken we die even terug, oké?  R: Ja.  I: Oké. Uhhm. Dan wil ik een overstap maken naar het sociale netwerk van de cliënten. Wat valt je op aan het sociale netwerk die cliënten met een dergelijke aandoening hebben?  R: Is dat, uhhm. Ik merk vaak dat, uhhm, het netwerk van de cliënt, uhhm, buiten de familie om, dat dat toch vaak personen zijn, uhhm, die kampen met dezelfde problematiek. Wellicht ook een stukje, uhhm, zoeken naar erkenning.  I: Hmhm  R: Dat ze dat missen, en dat dat wellicht een reden kan zijn dat die dan toch die mensen opzoekt.  I: Oké  R: Wat ik vaak hoor is, uhh, dat contacten ontstaan tijdens groepssessies. Mensen zijn erg open tijdens die sessies. En daardoor ontstaan vriendschappen. Het is veilig voor hun. En dat trekt enorm aan en daar blijft het vaak bij. Ik vind het toch moeilijk om, uhh, juist omwille van hun problematiek, uhhm, wat dan vaak te kampen heeft met teleurstellingen dat relaties niet standhouden, uhhm, dat ze het moeilijk vinden om opnieuw relaties aan te gaan.  I: Oké. En groepssessies, dan heb je het over behandeling?  R: Behandeling, ja.  I: Oké, oké.  R: Ja. Als er groepstherapie is, uhhm, dan hoor je vaak: hoe is de therapie geweest. En dan geven ze aan dat het heel erg fijn was. En je merkt, uhh, een aantal weken later, dat er vriendschappen, of relaties zelfs ontstaan.  I: Oké. Maar dan is het dus vaak zo dat ze eigenlijk mensen opzoeken die eenzelfde soort problematiek hebben?  R: Ja, ja.  I: Oké.  R: Wat ook weer heel veel problemen geeft natuurlijk.  I: Zoals?  R: Nou, goed, je kampt alle twee met een, uhh, stoornis. Vaak is jouw leven op dat moment niet stabiel, dus dan is het wel goed om een stukje stabiliteit juist te zoeken, of iemand waar je dermate houvast aan hebt dat je, uhhm, ja op een goeie manier houvast hebt. En dat je niet nog eens juist door die vriendschap extra wordt belast. Dat zie je vaak. Dan krijg je er nog een extra belasting bij.  I: Oké  R: En dan is de vraag, kan je dat goed handelen? Dat is vaak moeizaam.  I: Dat is iets wat jij waarneemt?  R: Uit gesprekken met cliënten komt dat wel vaak terug, ja.  I: Dat ervaren ze dan zelf ook wel zo, of…  R: In eerste instantie niet.  I: Nee  R: Maar, uiteindelijk, als je dan een periode verder bent, en de relatie, of de vriendschap, beëindigt, dan uhh, komen ze vaak wel tot die conclusie.  I: Oké, oké. Dus, om het even samen te vatten, eigenlijk zeg je van dat deze cliënten vaak een netwerk om zich heen hebben dat bestaat uit familie en lotgenoten.  R: Ja.  I: Dat, dat klopt?  R: Ja.  I: Oké. Welke rol neemt het sociale netwerk vooral in, denk je, bij deze cliënten?  R: [stilte] Dan denk ik even aan familie. [stilte] Wat ik wel merk is dat, uhh, als je dan kijkt als de relatie met de ouders goed is, uhhm, dat de ouders in overleg met de hulpverlening of behandelaar toch zoveel mogelijk in de rol van ouder blijven. Uhhm, dat is natuurlijk voordat de cliënt vaak in behandeling gaat is er best wel veel gebeurd binnen een gezin. Het heeft een behoorlijke impact op het gezin.  I: Hmhm  R: En dan is het wel goed dat je, uhhm, in je rol blijft als ouder. En dat je het stukje behandeling uiteindelijk los kan laten. Maar dat is vaak erg moeilijk voor de ouder of familie.  I: Ja, ja.  R: Dat je, uhh, dat je op die manier toch nog steeds het beste in de relatie kan blijven.  I: Ja. Dus, dat die rollen eigenlijk, ja, helder blijven, duidelijk blijven?  R: Juist ja.  I: Niet te veel met elkaar gaan verweven.  R: Ja.  I: Oké. En als je het hebt over, uhhm, behoeften. Basisbehoeften zoals emotionele steun, gevoel van autonomie, materiële steun,  R: Wat zeg je? Ik heb de vraag niet goed.  I: Sorry. Ja, mijn vraag ga ik nu stellen. Waar hebben mensen uit deze doelgroep volgens jou het meest behoefte aan? Als je denkt in dat soort termen van basisbehoeften en steunfuncties.  R: Acceptatie  I: Acceptatie.  R: Ja. Acceptatie. Uhhm. Er mogen zijn. En, uhhm. [stilte] Ze voelen zich vaak niet begrepen. Dus, uhhm. Dat merk ik het meest terug, van, je begrijpt mij niet. En vandaar ook, dat ik net al aangaf, van goh, juist, uhh, als je over netwerk praat en het opbouwen van netwerk, vind ik het cruciaal dat je daar dan een ervaringsdeskundige voor in kan zetten.  I: Ja  R: Omdat ze juist het gevoel hebben van je begrijpt mij niet, dat je dan toch door die ervaringsdeskundige een brug kunt slaan.  I: Ja, ja. Want die acceptatie die zoeken ze dan eigenlijk ook bij lotgenoten? Klopt dat? R: Ja. Die zoeken ze bij lotgenoten. Maar ook, met name, in hun naaste omgeving. Juist bij familie, juist bij vrienden, een stukje acceptatie. Mag ik zijn wie ik ben? En ik denk dat een rol van ervaringsdeskundige dan daarin zeker een bijdrage, een grote bijdrage, kan leveren.  I: Hmm. Ja. Oké. [stilte] Als je, uhhm, nadenkt over hoe jij, uhhm, als netwerkcoördinator kan optreden, hè, hoe betrek jij de sociale contacten en het sociale netwerk van de cliënt bij de begeleiding? Hoe doe jij dat?  R: [stilte] Dat blijf ik moeilijk vinden, omdat, uhhm, ik merk veel, nog steeds veel weerstand bij een cliënt. Uhhm, ook juist in het kader van de privacy. Vind ik zelf ook lastig, van goh, je hebt zelf je beroepsgeheim.  I: Hmhm  R: En wil jij, uhhm, juist dat dat sociale netwerk in de begeleiding betrekken, uhhm, ja, dan kom je ook in een spagaat terecht. En dat is wel lastig om dan toch de privacy te waarborgen, en de omgeving te betrekken in de begeleiding. Van wat zeg je dan wel, en wat zeg je dan niet? Dus dan zal je met name juist met de cliënt daarover in gesprek moeten gaan, uhhm, wat hij of zij, uhh, wil en durft te delen  I: Ja  R: En ik merk daar op dit moment heel veel terughoudendheid in. Van dat hoeven ze allemaal niet te weten van mij, laat maar.  I: Hmm. Oké. En welke rol neem jij zelf als begeleider in binnen het sociale netwerk van de cliënt?  R: Uhhm. Meer de ondersteunende rol. Uhhm. De cliënt, uhhm, door middel van gesprekken, uhh, toch proberen in te laten zien van het is belangrijk dat je naar de therapie gaat, het is belangrijk dat je naar de behandelaar gaat, dat je daarin vooral de ondersteunende factor bent. Uhh. Je kan een spreekbuis zijn naar andere instanties. En juist door het opgebouwde vertrouwen wat je dan uiteindelijk hebt met je cliënt, dat je dat uiteindelijk toch voor elkaar kunt krijgen. Dat jij, uhh. Ik vind het, naar, naar, uhhm, behandeling en netwerkpartners vind ik het op zich een stuk makkelijker, dan als je dan kijkt naar het informele netwerk. Dan vind ik dat een stuk moeilijker. Omdat je dan toch, uhhm, vaak merkt dat de cliënt aangeeft van dit is privé.  I: Ja, ja.  R: En ze vinden het toch moeilijk om met hun stoornis, met hun beperking, hun buren, familie, vrienden, daarin te betrekken. Enorm veel weerstand.  I: Oké  R: En ik vind dan. Ik vind wel, dat je daarin maar hele kleine stappen moet zetten en minimale resultaten kunt behalen.  I: Hmhm. Want wat is denk je de meerwaarde ervan om daar wel in te investeren? Om het informele netwerk er wel bij te betrekken? R: [stilte] Hmm. Nou, ik… Vind ik een lastige vraag, want als er dermate problematieken zijn, uhhm, dan ga je toch mensen betrekken in die begeleiding, uhhm. Dan vind ik het ergens ook heel moeilijk om… Dan zou je wel heel duidelijk je grenzen moeten aangeven, van dit wel en dit niet. Waar ligt jouw rol? En die zou je heel duidelijk moeten omkaderen. Uhh, omdat anders het gevaar loopt dat je, als buren, als familie, uhh, op een andere stoel gaat zitten waar je niet thuishoort.  I: Oké, ja ja  R: Dus dat zou heel goed ingekaderd moeten zijn, en daar zou dan wel, uhhm, de rol van de behandelaar en de rol van de begeleiding, als netwerkcoördinator, zou je dat enorm goed moeten bewaken. En daar zie ik wel veel risico’s.  I: Ja, ja. Het is iets wat je daarnet inderdaad ook benoemde hè, van dat je dan als ouder ook gewoon ouder blijft.  R: Ja. Ik denk dat je meer moet investeren in, uhhm, in het netwerk van de cliënt wil je dat goed coördineren, als dat nog met vrijwilligers gaat, dat je daar flink wat tijd in moet investeren om dat goed te kunnen bewaken. Absoluut.  I: Ja. Dat is duidelijk.  R: Ik denk dat dat een beetje onderschat wordt. Die gevaren. Zo van, goh, we gaan vrijwilligers inschakelen voor het netwerk, maar om die vrijwilligers goed te kunnen coachen dat daar toch behoorlijk wat investering in gaat zitten.  I: Dan gaan we daar nu ook gelijk, uhh [lachen] daar zijn we bij aangekomen dus. Het Leger des Heils is op dit moment ook bezig met een project om vrijwilligers te werven en in te kunnen zetten in ons werk. Wat zijn, denk je, de mogelijkheden om vrijwilligers in te zetten voor deze doelgroep? En, wat zouden bedreigingen kunnen zijn? Maar begin maar met de mogelijkheden.  R: Uhhm. Ik denk dat de inzet van vrijwilligers drempels kunnen verlagen, uhh, denk bijvoorbeeld aan, goh, ik ga met je mee naar een sportclub. Bijvoorbeeld. Ze vinden dan toch vaak, om nou alleen daar naartoe te gaan, ik ken daar niemand, uhhm, en ik denk als je bij dit voorbeeld een vrijwilliger kan inzetten van, goh ik ga met je mee, dat dat enorm drempelverlagend werkt.  I: Hmm  R: Ja. En dit soort voorbeelden zie ik absoluut de meerwaarde.  I: Oké. En je had het ook over ervaringsdeskundigen.  R: Dan gaat het puur om de praktische zaken.  I: Ja  R: Kleine praktische zaken.  I: En, ervaringsdeskundigen, zie jij dat ook als vrijwilligers, of toch als iets anders? R: Ik vind het inzetten van een ervaringsdeskundige, zie ik, uhh, absoluut niet als vrijwilligerswerk.  I: Ja. Duidelijk, ja.  R: Ja. Want juist ervaringsdeskundigen, uhhm, samen met behandelaar en begeleiding, denk ik dat dat, die afstemming, uhh, dat die heel belangrijk is, en… Ja, ik zie dat wel als professionele hulpverlening. Dat vind ik. Ja. Ook juist, in de gesprekken die de hulpverlener en de behandelaar voert met de ervaringsdeskundige, uhhm, dat dat onderdeel uit gaat maken van het behandelplan.  I: Hmhm, oké. Dan, uhh, houden we het gewoon bij vrijwilligers die praktische dingen doen. Hè?  R: Ja, absoluut, ja, ja  I: Zoals je dat ook zegt inderdaad. Uhhm. Wat zouden, je geeft al aan, de mogelijkheden, hè, kleine praktische dingen, de drempel verlagen. Uhhm. Wat zouden bedreigingen kunnen zijn?  R: [stilte] Dat, uhh, een cliënt zich toch uiteindelijk gaat, dat er een vertrouwensband ontstaat, uhhm, en dat een vrijwilliger, uhh, misschien onvoldoende inzicht heeft in de problematiek van de cliënt, uhh. Daardoor misschien snel afhaakt. Uhh, op een andere stoel gaat zitten, dus… Juist daardoor is de screening van die vrijwilligers cruciaal, is heel erg belangrijk. Ja. En de ondersteuning in de begeleiding van die vrijwilligers ook.  I: Dus ook weer, ook hier hoor ik je eigenlijk weer zeggen om die rollen duidelijk te houden.  R: Duidelijk te houden, ja, een vrijwilliger moet ook ergens op iemand kunnen terugvallen als een bepaalde situatie zich ergens heeft voorgedaan.  I: Ja, oké. Past bij m’n volgende vraag. Wat heeft de organisatie nodig om goed samen te kunnen werken met vrijwilligers? R: Uhhm. Goeie coördinatie. Goede werving. [stilte] Uhhm. Ja, ik denk dat dat het belangrijkste is.  I: Goede coördinatie, goede werving. Ja.  R: Goeie begeleiding, ja. Ik denk dat dat, uhh, en met goede werving bedoel ik dan ook dat het profiel van de vrijwilliger, dat die goed aansluit bij de, uhhm, bij hetgeen waar hij of zij voor wordt ingezet. Voor welke ondersteuning bij welke problematiek. Dat daar goed naar wordt gekeken. Ik denk dat dat erg belangrijk is.  I: Oké. En wat heb je zelf nodig om goed samen te kunnen werken met vrijwilligers? R: Dat ze niet op mijn stoel gaan zitten [lacht] uhhm, goede afstemming. Absoluut, dat, uhh, dat de lijnen die uitgezet worden in het kader van begeleiding, dat die ook, uhh, overeenkomen, dat die afgestemd zijn, met het kader waarin de vrijwilliger werkt. En niet buiten die kaders te gaan, dat ik precies weet van wat doet de vrijwilliger, dat de communicatie goed is met de vrijwilligers en dat ik erop kan vertrouwen dat ze ook binnen die kaders blijven werken. Dat is voor mij wel heel erg belangrijk.  I: Oké. Ook weer die rollenverduidelijking.  R: Ja.  I: Die komt steeds terug hè [lachen] R: Ja, die komt elke keer terug.  I: Ja, nee, heel duidelijk. Dat is goed. Uhhm. Wil je verder nog iets kwijt over het onderdeel vrijwilligers? Of ervaringsdeskundigen? Die heb je ook genoemd.  R: Ja, zeker, met name de rol van ervaringsdeskundigen, dat vind ik eigenlijk een enorm gemis, dat we dat, nu binnen de organisatie, uhhm, dat die eigenlijk te weinig naar mijn mening worden ingezet.  I: Hmhm  R: Ja. Ik denk dat dat, uhh, toch wel een belangrijke sleutel kan zijn. Als je die vrijwilligers kunt betrekken.  I: Oké. Dat neem ik zeker mee. Ja. Ik kijk eventjes of ik al mijn vragen allemaal gehad heb, want. Uhhm. Ja, nog een stukje werkwijze. Ik zie dat ik die heb overgeslagen. Uhhm, wat vind jij in z’n algemeenheid van de manier waarop er binnen het Leger des Heils aandacht wordt besteed aan het sociale netwerk van de cliënt? Dus wat is positief aan onze werkwijze, en wat kan er anders?  R: Ik denk, ik vind wel dat het Leger des Heils op zich, uhh, zich daar wel bewust van is. Uhhm. Zich ook met name richt op, op de relatie, uhhm, dat ook zingeving aan bod komt, uhhm, tijdens, of aan bod komt bij het plan. En dat dat zeker geen onbelicht punt is. En dat vind ik wel heel sterk van het Leger des Heils. Dat stukje, juist zingeving en relatie, dat heeft zoveel raakvlakken met elkaar.  I: Ja.  R: Dat uhh, en daarin scoren ze wel sterk, vind ik.  I: Oké. Positief. En zijn er dan ook dingen waarvan je denkt, goh, daar mag nog aandacht aan besteed worden? Dat zou anders kunnen, naar jouw mening.  R: Uhhm. Het zou fijn zijn als er binnen de organisatie, uhh, ook een psycholoog was. Die, uhh, erg toegankelijk is. Die je makkelijk kan bereiken. Uhh, die aanschuift tijdens casusbesprekingen in het teamoverleg, dat zou voor mij wel een enorme meerwaarde zijn.  I: Oké.  R: Dat je verschillende disciplines aan tafel hebt zitten tijdens een casusbespreking binnen de organisatie.  I: Binnen de organisatie. Oké. Dat mis je.  R: Ja.  I: Dat sluit ook nog aan bij een stukje deskundigheid, daar wou ik mee afsluiten.  R: Hmhm  I: Uhhm. Wat vind jij van de deskundigheid van de medewerkers van afdeling Extramuraal als het gaat om het werken met deze doelgroep? Wat valt op, wat gaat er goed, wat kan er beter? R: Uhhm. Ik vind dat er, uhh. Binnen het team, binnen de collega’s, zijn er toch best wel verschillen in, uhhm, visies. In, uhhm, hoe dat je de cliënt benadert in begeleidingswijze. En dat vind ik een absolute meerwaarde. Dat je met elkaar daarover kan sparren. Dat je elkaars blinde vlekken op die manier weghaalt.  I: Hmhm  R: Uhhm. Ik vind dat de teamleider met zijn achtergrond in psychiatrie daar toch wel een goede visie en een goede kijk op heeft. En zijn adviezen met betrekking tot bepaalde problematiek, dat die zeker een meerwaarde zijn. Maar daarbuiten vind ik toch, dat het wenselijk zou zijn als er een psycholoog of een psychiatrisch verpleegkundige kan aanschuiven bij een overleg.  I: Ja. Die is duidelijk. Ja. Oké, dankjewel. Ik heb al mijn vragen gehad. Heb je zelf nog vragen of opmerkingen? Dingen die je wil aanvullen?  R: Nee.  I: Nee? Oké. Dan wil ik je hartelijk bedanken voor je tijd, je medewerking en je openheid.  R: Graag gedaan. | |

Vragen (member-checking)

In het begin van het interview gaat het over antisociale persoonlijkheidsstoornis en borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Ik heb niet verder doorgevraagd wat jouw ervaring is met depressie en verslaving; dat had ik wel moeten doen. Wil je hieronder alsnog beschrijven ten aanzien van mensen met een depressie en mensen met een verslaving:

1. …wat de mogelijkheden en wat de belemmeringen zijn?

Mogelijkheden zijn om netwerkpartners zoveel mogelijk te betrekken in de begeleiding.

Een belemmering kan zijn dat deze drempel hoog kan liggen voor de cliënt en hij overvraagt kan worden. Waakzaamheid is hierin geboden.

1. Ten aanzien van de gehele doelgroep (alle cliënten met deze diagnoses samengenomen): hoe houd je jouw rol zuiver als begeleider? Door transparant te werken en partijen met cliënt te doen samenkomen voor een netwerkoverleg. Hoe ga je om met afstand en nabijheid? Door het tonen van empathie, goed luisteren, presentiebenadering en anderzijds spiegelen, confronteren, vinger op de zere plek durven leggen. Hoe voorkom je dat een cliënt van jou niet afhankelijk wordt? Door verantwoordelijkheden zoveel mogelijk terug te leggen bij de cliënt. Niet overnemen maar ondersteunen.

# Bijlage 3. Interviewformat respondentengroep medewerkers

1. Per 1 januari 2015 is de nieuwe WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) ingevoerd. Wat merk je zelf van de veranderingen in de zorg ten aanzien van het werk?
2. Wat is jouw ervaring met borderline, depressie of verslaving?
3. Wat vind je lastig in de begeleiding van mensen die een dergelijke aandoening hebben en waar liggen juist de mogelijkheden?
4. Hoe ga je de samenwerkingsrelatie aan met hen?
5. Wat valt je op aan het sociale netwerk van deze cliënten?
6. Welke rol neemt het sociale netwerk volgens jou in bij deze doelgroep?
7. Waar hebben mensen uit deze doelgroep volgens jou het meest behoefte aan? (denk in termen van basisbehoeften. Dit zijn emotionele steun waaronder het ervaren van liefde, respect en waardering en het gevoel van autonomie, en materiële steun zoals financiële ondersteuning en het gevoel van verbondenheid)
8. Hoe betrek je de sociale contacten en het sociale netwerk van de cliënt bij de begeleiding?
9. Welke rol neem jij zelf als begeleider in binnen het sociale netwerk van de cliënt? (mogelijkheden/spanningsvelden)
10. Wat vind jij in zijn algemeenheid van de manier waarop er bij het Leger des Heils aandacht besteed wordt aan het sociale netwerk van de cliënt? Wat is positief aan onze werkwijze en wat kan anders?
11. Het Leger des Heils is op dit moment bezig met een project om vrijwilligers te werven en in te kunnen zetten in ons werk. Wat zijn denk je de mogelijkheden betreffende het inzetten van vrijwilligers voor deze doelgroep? En wat zouden bedreigingen kunnen zijn?
12. Wat heeft de organisatie nodig om goed samen te kunnen werken met vrijwilligers?
13. Wat heb je zelf nodig om goed samen te kunnen werken met vrijwilligers?

# Bijlage 4. Interviewformat respondentengroep cliënten

1. Vertel me eens een en ander over jezelf. Wie ben je? Waar kom je vandaan?
2. Wat zijn je hobby’s? Wat vind je leuk om te doen?
3. Hoe lang ben je al in begeleiding bij het Leger des Heils? Hoe is dat zo gekomen?
4. Heb je een psychiatrische aandoeningen of verslaving of heb je dat in het verleden gehad?

Je geeft aan dat je een (specifieke psychiatrische aandoening) hebt (gehad). Wat vind je daar zelf van?

Je begeleider heeft mij verteld dat je een (specifieke psychiatrische aandoening) hebt. Wat vind je daar zelf van?

1. Wat voor invloed heeft je (specifieke psychiatrische aandoening) op jouw leven? En sociale netwerk?
2. Hoe ga je zelf om met je (specifieke psychiatrische aandoening)? Hoe doen andere mensen dat?
3. Wat maakt een sociaal contact (een vriend, kennis of familielid) belangrijk voor jou?
4. Wie is er belangrijk voor jou? Wie is je gezelschap, geeft je aandacht, steun en tijd?
5. Sociale contacten vervullen vaak een bepaalde steunfunctie, zoals materiële steun of emotionele steun. Wie uit jouw sociale netwerk is er op die manier voor jou?
6. Hoe tevreden ben je met je sociale netwerk? Op een schaal van 1 tot 10?
   1. Hoe komt het dat het al (…) is? (hoog)
   2. Wat heb je ervoor nodig dat het een (…) wordt? (laag)
7. Hebben mensen zelf ook een aandeel in hoe hun sociale netwerk eruit ziet, denk je? Hoe is dat bij jou?
8. Hoe kan de begeleiding jou helpen om jouw sociale netwerk op te bouwen of te vergroten?
9. Hoe kan de begeleiding de mensen om jou heen betrekken bij jouw proces?

# Literatuur

*'10' voor Toekomst.* (n.d.). Opgehaald van http://www.legerdesheils.nl/gelderland/10-voor-toekomst-2

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* American Psychiatric Association.

Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! Richtlijnen voor het opzetten, uitvoeren en evalueren van kwantitatief en kwalitatief onderzoek.* Groningen, Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Baars, H., Uffing, H., & Dekkers, G. (1990). *Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie: een handleiding voor de geestelijke gezondheidszorg.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Baart, A. (2014). *Theorie van de presentie.* Utrecht: Boom Lemma.

Bovenberg, F., Wilrycx, G., Bähler, M., & Francken, G. (2011). *Inzetten van ervaringsdeskundigheid. Pleidooi voor meer ervaringsdeskundigen op topfuncties.*

Carpentier, P. (2014). Verslaving in ontwikkelingsperspectief: de rol van antisociale gedragsstoornis en ADHD in de ontwikkeling van problematisch middelengebruik. *Tijdschrift voor psychiatrie*.

Carpentier, P. J. (2012). *Addiction and the role of childhood externalising disorders.* Nijmegen: Radbout Universiteit.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2014 , Mei 23). *http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81621ned&D1=0,4&D2=0&D3=0&D4=1-6,13-18&D5=119&D6=1-2&VW=T.* Opgehaald van http://statline.cbs.nl/statweb/.

De Vries, S. (2010). *Basismethodiek psychosociale hulpverlening.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

GGZ Nederland. (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurige) zorg aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen.*

Goijarts, F., & Van Der Veen, M. (2014). *Motiverende gespreksvoering voor sociaal-agogisch werk.* Bohn Stafleu van Loghum.

*Grijs Genoeg(en).* (n.d.). Opgehaald van http://www.legerdesheils.nl/grijs-genoegen

Karbouniaris, S., Sedney, P., & Driessen, E. (n.d.). *De ervaringsdeskundige. De nieuwe collega in de GGZ.*

Kwekkeboom, M. (2001). *Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Landelijke Stichting Zelfbeschadiging. (n.d.). Automutilatie is meer dan jezelf beschadigen. Opgehaald van http://zelfbeschadiging.nl/

Leger des Heils ZWN. (2015, november 1). Projectplan Groei Informele Zorg.

Machielse, A., & Runia, K. (2013). *Vrijwillige inzet bij sociaal geïsoleerden met multiproblematiek: mogelijkheden, voorwaarden en rollen.*

Michon, H., Wezep, M. v., Rijkaart, A.-M., Overweg, K., Vink, L., & Kroon, H. (2013). *Bewijs gevonden.* Trimbos-instituut, Movisie.

Montanari, L., Pasinetti, M., Thanki, D., & Vicente, J. (2013). *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxemburg: Publications Office of the European Union.

MOVISIE. (2015). *WMO 2015: wat is er veranderd?*

Nederlandse Vereniging Voor Psychiatrie. (n.d.). Opgehaald van www.nvvp.nl: http://www.nvvp.net/home

NedKAD. (2012). *Publieksinformatie depressie.* Nederlands Kenniscentrum voor Angst en Depressie.

Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2012). *Psychiatrie Een Inleiding.* Amsterdam: Pearson Benelux.

Novadic Kentron. (n.d.). Opgehaald van www.novadic-kentron.nl: https://www.novadic-kentron.nl/

Oudenampsen, D., Vliet, K. v., Winsemius, A., & Tenhaeff, C. (2006). *Samenwerking vrijwilligers en beroepskrachten bij maatschappelijke ondersteuning.* Verwey-Jonker Instituut/NIZW.

Psychopraxis. (2008). *Borderline: de wereld in uitersten. Informatie voor cliënten.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Rigter, J. (2008). *Het palet van de psychologie. Stromingen en hun toepassingen in hulpverlening en opvoeding.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Steyaert, J., & Kwekkeboom, R. (2012). *De zorgkracht van sociale netwerken.* MOVISIE.

Tuithof, M., Have, M. t., Dorsselaer, S. v., & Graaf, R. d. (2010). *ADHD, gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Verkooijen, Andel, v., & Hoogland. (2014). *Netwerkontwikkeling voor zorg en welzijn.*

Verplanke, A., & Scheele, N. (2015). *Optreden als netwerkcoördinator. Verslag van een kwalitatief onderzoek naar de netwerkversterkende hulpverlening van het ambulante team Zeeland.* Vlissingen: HZ University of Applied Sciences.

*Voortgang.* (n.d.). Opgehaald van http://www.legerdesheils.nl/goodwilldenhaag/voortgang-2