

Verslag: Nazorg aan verslaafden door de verslavingszorg

In opdracht van Psy

Rotterdam, mei 2008

Dr. Lisette Oliemeulen
Drs. Agnes van der Poel



Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
tel. (010) 425 33 66
www.ivo.nl

Dit onderzoek is tot stand gekomen met financiële steun van ZonMw.

Verslag: Nazorg aan verslaafden door de verslavingszorg

Inhoud

1. Onderzoeksvragen en methoden	3
Deelname cliënten	
Deelname bestuurders	
Methoden interviews	
Analyse interviews	
Anonimiteit	
2. Interviews met cliënten	5
a) Ervaringen met nazorg	
b) Kenmerken van goede nazorg	
c) Is er dwang of drang nodig in de nazorg?	
d) Reacties op stellingen	
e) Opmerkelijkheden uit interviews met cliënten	
3. Interviews met bestuurders	10
a) Wat verstaan jullie onder nazorg?	
b) Welke nazorg bieden jullie?	
c) Wat zijn obstakels voor goede nazorg?	
d) Overige thema's	
e) Opmerkelijkheden uit interviews met bestuurders	
4. Overeenkomsten, verschillen en opmerkelijkheden interviews cliënten en bestuurders	14
5. Conclusie	15
Interviews met cliënten	
Interviews met bestuurders	
Cliënten en bestuurders	
Bijlage 1: lijst met instellingen	17

1. Onderzoeksvragen en methoden

Ten behoeve van het dossier 'De kater van de nazorg' in het juni-nummer van de Psy, heeft het IVO onderzoek uitgevoerd onder cliënten en bestuurders van reguliere verslavingszorginstellingen.¹ De vooraf beschreven vraag voor de interviews was tweeledig:

- 1) Wat hebben cliënten c.q. (ex-)verslaafden nodig om weer zelfstandige burgers te worden?
- 2) Wordt dit geboden door instellingen in de verslavingszorg?

Om deze vragen te beantwoorden zijn verschillende methoden gebruikt: groepsinterviews en telefonische interviews met cliënten/leden van cliëntenraden, en telefonische interviews met bestuurders van instellingen voor verslavingszorg. Zie bijlage 1 voor een lijst met instellingen die hebben deelgenomen aan het onderzoek. De interviews zijn in februari en maart 2008 gehouden.

Deelname cliënten

De cliënten zijn geworven via de cliëntenraden van de instellingen. Teneinde zoveel mogelijk cliënten te spreken, zijn drie groepsinterviews gehouden: Noord- en Oost-Nederland, Zuid-Nederland en West-Nederland. Vanwege de teleurstellende lage opkomst vanuit Zuid- en West-Nederland, zijn er in de weken daarna aanvullende telefonische interviews gehouden.

We hebben contact opgenomen met de cliëntenraden en hen gevraagd cliënten af te vaardigen voor de groepsgesprekken. De cliëntenraden van de verslavingszorginstellingen zijn op verschillende manieren gezocht: via een zoektocht op internet ('verslavingszorg'); via adressenlijsten van eerdere opdrachten, van de Landelijke Patiëntenraad (LOC-LPR) en van collega's in de verslavingszorg; en via een check bij deelnemers of er nog instellingen vergeten waren.

Er hebben 10 cliënten van 6 instellingen deelgenomen aan de groepsgesprekken, 5 cliënten van 5 andere instellingen zijn telefonisch geïnterviewd. In totaal zijn er 15 cliënten geïnterviewd die 11 instellingen vertegenwoordigen.

Deelname bestuurders

Bestuurders van de 11 instellingen waarvan we ook cliënten hebben geïnterviewd zijn gevraagd deel te nemen aan een telefonisch interview. We hebben steeds naar leden van de raad van bestuur gevraagd en daar waar het grote GGz-instellingen betrof naar de directeurs van de verslavingszorgdivisie.

Methoden interviews

Groepsinterviews cliënten

De groepsinterviews zijn als volgt opgezet, de onderzoeksvraag als volgt geoperationaliseerd:

- Introductie en voorstelronde
- Ervaring met nazorg in verslavingszorg, goede en slechte facetten; genoemde onderdelen op volgorde van belangrijkheid zetten, concluderend: dus zo ziet de ideale nazorg eruit?
- Stellingen poneren (zie resultaten)

Telefonische interviews cliënten en bestuurders

Vanwege de afwezigheid van een aantal instellingen bij de groepsinterviews, is besloten cliënten van deze instellingen telefonisch te interviewen. De gehouden telefonische interviews duurden een half uur tot een uur. De vragen uit het groepsgesprek zijn ook hier gebruikt.

¹ Psy, tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving, nr. 6/2008.

De telefonische interviews met bestuurders zijn gehouden gebruikmakend van een vergelijkbare vragenlijst als die voor cliënten.

Analyse interviews

De groepsgesprekken zijn genotuleerd en aan de hand van de notulen is een verslag geschreven. De telefonische interviews met zowel de cliënten als de bestuurders zijn direct na afloop uitgewerkt. Om tot een zo objectief mogelijk resultaat te komen, is de analyse gebeurd middels methoden die zijn gebaseerd op de Grounded Theory².

Anonimiteit

De resultaten van de (groeps)interviews cliënten en bestuurders zijn anoniem weergegeven. Dat betekent dat hun namen niet in het verslag staan. Een enkele keer wordt wel een instelling voor verslavingszorg genoemd.

² De tekst werd eerst door twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, voorzien van codes. Dit zijn woorden – waar de tekst over gaat – die naast de citaten worden geschreven. Deze codes van de verschillende onderzoekers zijn met elkaar vergeleken en er is consensus bereikt over de codes. Deze codes zijn middels een boomstructuur gecomprimeerd tot een aantal thema's. Deze thema's zijn daarna voorzien van een 'lading' (goed/fout, veel/weinig, gewenst/ongewenst, etc.). Tijdens het analyseren is rekening gehouden met de door onszelf ingebrachte thema's, gebruikte woorden en richtingen van het gesprek.

2. Interviews met cliënten

De resultaten worden weergegeven in één verslag (niet per instelling of per cliënt), en het verslag is geordend naar de volgende thema's: a) ervaringen met nazorg; b) kenmerken van goede nazorg; c) is er dwang en drang nodig in de nazorg; d) reacties op stellingen; e) opmerkelijkheden uit interviews met cliënten.

a) Ervaringen met nazorg

Op de vraag welke ervaringen cliënten hebben gehad met 'nazorg', riep vrijwel iedereen meteen "er was niets!"

*"Er was en is helemaal niets vanuit de verslavingszorg. Geen aanbod, maar er valt ook niets aan te bieden, er is niets. Op het moment dat je uit de kliniek komt, word je helemaal op jezelf teruggeworpen."
"Zolang je in de behandeling bent worden je problemen buiten gehouden, maar dan ben je klaar na zoveel maanden en dan komt de fiscus, deurwaarder, etc."*

Na doorvragen blijkt vaak dat er wel degelijk 'iets' was, maar dat het ofwel niet aansluitend aan de behandeling werd aangeboden, ofwel dat de cliënt zich daar niet goed bij voelde (het 'klikte' niet). Ook wordt genoemd dat de nazorg aan een bepaalde tijdsperiode gekoppeld is, bijvoorbeeld drie maanden. Daarna houdt het op.

"Nou ja, daar was wel wat keus in. Vooral in de frequentie. De behandeling bestaat uit bijvoorbeeld gespreksgroepen onder leiding van een psychotherapeut, individuele sessies of bijstand van een psycholoog of psychiater [van de instelling]. Er zijn ook wel trajecten naar begeleid wonen en maatschappelijke opvang. Het zijn op maat gesneden mogelijkheden, maar allemaal gekoppeld aan wachtlijsten. Nazorg na de nazorg, die bestaat niet, en dat is heel jammer! Daarna met een plastic zakje de wereld weer in."

Verder wordt ook genoemd dat er wel groepen waren waar ze naartoe konden gaan, maar dat die niet vanuit de verslavingszorg werden aangeboden. Het waren zogenaamde zelfhulpgroepen (Buitenveldert, AA/NA). Of soms wel onder leiding van een professionele hulpverlener van een instelling, maar op uitdrukkelijk verzoek van een groep cliënten die tegelijk 'klaar' was met hun behandeling.

Een zorgwekkend item dat vaak naar voren komt is dat de zorg die je nodig hebt er alleen komt als je 'de weg weet', 'een grote mond hebt' of 'met je ellebogen kunt werken'.

"Op de eerste plaats moet je mondig zijn om überhaupt nazorg te krijgen."

Cliënten van slechts één instelling (Brijder) waren wel tevreden over de nazorg die hen geboden was. Belangrijk was dat bij hen de zorg continu van aard was, zonder gaten. De nazorg werd geregeld voordat de intensieve zorg, zoals een opname, afgerond was.

b) Kenmerken van goede nazorg

Nazorg moet altijd beschikbaar zijn. Cliënten hebben niet in alle fasen van hun leven nazorg nodig, maar als ze het nodig hebben, moeten ze daarop terug kunnen vallen.

"Verslaving heb je je hele leven. Ik ken mensen die na 15 jaar een terugval hebben gekregen. Dus nazorg zou ook je hele leven moeten!"

Naast beschikbaarheid is het van belang dat de hulpverlening ook bereikbaar is voor hulpvragen.

“Als er dan wat is, kun je aan de bel trekken.”

“Wat zijn de onderdelen van goede nazorg? Bereikbaarheid!”

Inhoudelijk moet er bij nazorg vooral gedacht worden aan zinvolle dagbesteding en het helpen met hervinden van zelfvertrouwen.

“Wij als (ex-)verslaafden zoeken zelfvertrouwen. Je moet jezelf vinden. De basis weer onder je voeten krijgen. Verslavingszorg geeft ondersteuning om alles weer in de teugels te krijgen. Je verslaving breekt je zelfvertrouwen af. Je gaat alles buiten jezelf zoeken. En dan ‘verdomd, het lukt me weer’.”

Om de nazorg goed, individueel afgestemd en zonder wachttijden of gaten in de tijd te laten verlopen, moet de nazorg in het behandelplan al worden vastgelegd – in samenspraak met de cliënt zelf.

“Belangrijk is dat er in een behandeltraject een individueel nazorgtraject wordt samengesteld. In samenwerking met de cliënt en zo lang als nodig is. Binnen de nazorg is een aanspreekpunt nodig waarmee de cliënt kan overleggen.”

“De nazorg moet een onderdeel van de behandeling zijn. Er moeten verschillende mogelijkheden worden aangeboden: individueel, samen met behandelaar, terugvalpreventie (geen isolement, weinig structuur, sociale contacten, eten, etc.) en zelfhulpgroep, wel aangestuurd door de verslavingszorg. Na behandeling zou nazorg verplicht moeten zijn. Want geen nazorg betekent grote kans op terugval.”

“De kern van goede nazorg is: samen kijken wat past bij jou.”

c) Is er dwang en drang nodig in de nazorg?

Naar aanleiding van het eerste groepsinterview, waar dwang en drang door cliënten werd genoemd om nazorg te doen welslagen, is dit thema in elk gesprek opnieuw aan de orde gekomen, zowel bij de interviews met cliënten als bestuurders.

“Daginvulling vind ik het belangrijkste. Gedwongen vrijwilligerswerk is niet zo gek. Dit moet gekoppeld worden aan het na-traject, waarbij de daginvulling een verplicht karakter krijgt. Een zekere mate van dwang is wel nodig. De ‘vrijwillige drang’ zou onderdeel van een behandelplan moeten zijn.”

“Klinkt negatief, maar is wel nodig. Als er geen helpende hand is na de behandeling dan valt meer dan 80% terug! (...) Zonder nazorg is het dweilen met de kraan open. Nazorg zou verplicht moeten zijn, desnoods met een RM!” Hij moet er zelf om lachen, want “nu zouden we iets willen verplichten wat niet eens bestaat! De zorg zou dus ook verplicht moeten zijn om nazorg te bieden.”

“Dat is per persoon verschillend, maar in het begin altijd wel. De overgang van behandelunit naar buiten is verschrikkelijk groot, dan heb je iemand nodig die je de eerste periode in de gaten houdt.”

Niet elke cliënt is het hier mee eens:

“Nee, dwang zou waarschijnlijk averechts werken. Mensen willen eindelijk uit hun hokje. Het is belangrijk per individu te kijken.”

d) Reacties op stellingen

Stelling: Door slechte nazorg kom je niet van je verslaving af

Met deze stelling is geen van de cliënten het eens. De kans op terugval is weliswaar groter ("het is wel drie keer zo moeilijk"), maar "het probleem zit in jezelf".

"Klopt. Het is pijnlijk en teleurstellend dat je alles wat je tijdens de behandeling hebt opgebouwd, voor je ogen weg ziet vallen, terugvallen. Terugval in verslaving is verschrikkelijk."

Stelling: Nazorg moet niet door de zorg, maar door de eigen omgeving, bijv. familie, geregeld worden.

Ook hiermee zijn alle cliënten het oneens. Exemplarisch is de opmerking: "Familie en vrienden zijn doodziek van mijn verslaving". Ook wordt gezegd dat de naasten soms het verslavingsgedrag faciliteren: "soms willen ze gewoon te aardig zijn".

Stelling: Na goede en juiste behandeling is nazorg overbodig.

Opnieuw is iedereen het hiermee oneens. Nazorg is en blijft nodig, het moet onderdeel uitmaken van het behandelplan.

Stelling: Nazorg moet 'eeuwig duren'.

Er is overeenstemming over het idee dat iemand aanspraak op nazorg moet kunnen maken zolang hij of zij daar behoefte aan heeft, zonder dat daar een tijdslimiet aan gebonden is.

Stelling: Ik word als oud vuil behandeld door hulpverleners in de verslavingszorg.

De cliënten zijn het onderling niet eens over deze stelling. De meest gehoorde reactie is dat het hier de bejegening betreft van de individuele hulpverlener. Bijna iedereen kan voorbeelden noemen van een situatie waarin deze bejegening niet juist was. Ook wordt genoemd dat de hulpverleners meestal jonge meiden zijn, dat hulpverleners de problematiek niet altijd even goed inschatten of aanvoelen, en dat cliënten soms een wat oudere man zouden verkiezen. Toch zijn er ook cliënten die het pertinent oneens zijn met deze stelling.

"Oneens. Nee, niet door de hulpverleners."

"Absoluut niet. Als ik ergens bewondering voor heb, is het die jongens en meisjes op de werkvloer."

Deze commentaren lijken niet zozeer afhankelijk van de instelling waar de cliënten behandeld zijn, als wel van de individuele werknemers.

Stelling: Ik ben als cliënt zelf verantwoordelijk voor mijn huisvesting en dagbesteding.

Hoewel cliënten vinden dat ze uiteindelijk wel verantwoordelijk zijn, benadrukken ze dat ze wel een steuntje in de rug kunnen gebruiken. Sommige cliënten hebben zelfs veel ondersteuning nodig. De verslavingszorg is wat hen betreft verantwoordelijk voor het aanbieden van deze hulp. Maar om de hulp te krijgen die zij zeggen nodig te hebben, moeten zij eerst weten wat zij nodig hebben en wat er mogelijk is, en assertief zijn, of zoals een cliënt het verwoordde:

"Uiteindelijk ben je zelf wel verantwoordelijk, maar je moet wel goed gebekt zijn! Het is de kunst om je behoeften aan te geven."

Stelling: Goede nazorg houdt ook zingeving in.

Cliënten zijn het hier mee eens, en benoemen vooral praktische zaken, het hebben van een zinvolle dagbesteding en het gevoel "dat je ertoe doet".

"Zingeving is dat je achteraf kunt zeggen 'Leuk gedaan', of 'Goed gedaan'. Zin hebben in de dag. Werk, familie, van alles, door bewust een besluit te kunnen nemen om... vul maar in."

"Het gevoel te hebben dat je ertoe doet. Positief, energie."

"Het stimuleren om zin te geven aan je leven is heel belangrijk. De instelling moet dat bieden. Ze moeten je ook terugfluiten, zo van: ho, je gaat te hard. Zingeving is een doel, iets te betekenen hebben. Bijvoorbeeld een doelenlijstje maken, dat is ook zingeving."

"Absoluut. Goede nazorg zorgt ervoor dat je de dingen weer wat rooskleuriger kunt zien. Zingeving is normaal zijn! Kunnen functioneren in deze ingewikkelde maatschappij, je eigen boontjes kunnen doppen."

"Van belang is een zinvolle dagbesteding. Probeer iemand te helpen gelukkig te worden, dan komt de rest vanzelf."

Stelling: Zelfhulpgroepen zijn belangrijk in nazorg.

Hiermee zijn de cliënten het eens op een voorwaarde: "het moet wel klikken", "je moet erin passen, je goed voelen, aansluiting vinden", en dat kan betekenen dat cliënten op zoek moeten naar een andere zelfhulpgroep die wel bij hen past. Er worden voorbeelden genoemd van prettige zelfhulpgroepen, de ervaring die daar is, en ervaringsdeskundigen die 24/7 bereikbaar zijn. Maar er wordt ook gewaarschuwd. Soms kunnen andere ex-clieënten juist 'trek' oproepen, juist door hun ervaring in gebruik. Ook zitting hebben in de cliëntenraad wordt gezien als nazorg:

"Jawel. Eigenlijk is de cliëntenraad ook een vorm van nazorg. Steunend. Je moet iets vinden dat het best bij je past."

Stelling: Ik wil niet dat de verslavingszorg zich te veel met mijn leven bemoeit.

Oneens. Cliënten willen juist wel dat de verslavingszorg zich veel met hun leven bemoeit. Daarom hebben ze juist aangeklopt.

e) Opmerkelijkheden uit interviews met cliënten

Nazorg sluit niet direct aan na opname. Cliënten hebben het allemaal over het gat direct na een behandeling. Meestal betekende dit dat er wel nazorg bestond, maar dat deze niet aansluitend gegeven werd, juist op zo'n belangrijk moment was er een wachttijd van bijvoorbeeld drie weken.

Beschikbaarheid en mogelijkheid tot contact worden als belangrijkste componenten van nazorg genoemd. Daarna sociale contacten (niet vereenzamen, is ook zingeving), en structuur en daginvulling. Deze drie punten worden volgens sommigen ook bereikt door actief lid te zijn van de cliëntenraad.

Er wordt vaak wel zorg aangeboden, maar die wordt als niet passend en niet 'klikkend' ervaren. Meestal wordt door deze mensen in eerste instantie gezegd dat er geen nazorg voor hen was. Later vertellen ze dat ze zich niet thuis voelden in de nazorggroep. "Voor elke cliënt een maatpak", is het advies van een cliënt.

Er heeft een grote verandering plaatsgevonden de laatste jaren, zowel vanuit de zorg (meer nagedacht over langdurige zorg, nazorg, continue zorg) als vanuit cliëntenraden (een soort van emancipatie, sterk maken voor inzet van ervaringsdeskundigheid).

Geld zou een probleem zijn voor goede nazorg volgens cliënten. “Maar als verzekeraar zou ik het eisen”, aldus een cliënt.

Nazorg wordt als enorm belangrijk ervaren: “Anders heb je 99% kans op terugval”. De nazorg moet al tijdens de behandeling starten. Bijvoorbeeld toeleiding naar (vrijwilligers)werk, huisvesting, thuis langskomen, sociale omstandigheden checken.

Nut van zelfhulpgroepen als AA en NA is duidelijk, maar ook hier geldt dat er een ‘klik’ moet zijn. Het werkt niet voor iedereen.

Dwang en drang wordt door cliënten genoemd als goede methode om mensen nazorg te laten accepteren. Nazorg weigeren doet de behandeling teniet. Dat veroorzaakt veel ellende en kost veel geld.

3. Interviews met bestuurders

Ook de interviews met de bestuurders zijn hieronder weergegeven in één verslag, geordend naar de volgende thema's: a) wat verstaan jullie onder nazorg?; b) welke nazorg bieden jullie?; c) wat zijn obstakels voor goede nazorg?; d) overige thema's: zingeving, steunsysteem (familie), dwang en drang, inzet ervaringsdeskundigheid cliënten en zelfhulpgroepen; e) opmerkelijkheden uit interviews met bestuurders.

a) Wat verstaan jullie onder nazorg?

Deze vraag wordt door de meeste bestuurders onmiddellijk teruggekaatst. Het roept een discussie op over het gebruik van het woord 'na'.

"Ik heb bezwaar tegen het woordje 'na'. 'Na' komt na andere dingen."

"Nazorg is er altijd, elke cliënt krijgt nazorg aangeboden. Maar de term roept vragen op. Noem nazorg vervolgzorg. Nazorg is geen toetje. Het is onderdeel van de behandeling."

"Nazorg bestaat niet! Wij doen niet aan nazorg. Als de ziekte verslaving chronisch is, de cliënt chronische zorg van de verslavingszorg nodig heeft, dan is er sprake van continue zorg. Nazorg draagt de connotatie in zich dat er iets klaar is. De zorg moet continu zijn."

"De vraag is of er bij de groep chronische verslaafden sprake is van nazorg?"

"Nazorg bestaat niet. Het is continuïteit van zorg passend bij de situatie van dat moment."

"Nazorg' is achterhaald en levert verwarring op. Het is eerder een laatste fase van een behandelingstraject. Het wordt al eerder omschreven, de oefensessies worden voortgezet. Het is een uitlopende, doorlopende behandeling."

Centrum Maliebaan laat juist een hele andere kant zien. Bewust geen vervolgzorg, maar aparte na-zorg, een apart zorgprogramma, nadat de behandeling is afgesloten.

"Wat we eronder verstaan? Nadat reguliere zorg gestopt is. We laten niet iemand terugkomen als verlengstuk van de behandeling. Het is een nieuwe fase. Er wordt gebruikgemaakt van een nazorgmodule. De cliëntenraad is daarnaast de sociale kapstok. In de praktijk krijg je, als je behandeling is afgerond een nieuwe behandelaar voor de nazorg. Deze wordt aangeboden zowel individueel als in groepen."

b) Welke nazorg bieden jullie?

Er zijn grote verschillen in de nazorg die de instellingen bieden. Zo biedt de Brijder een 'zorgmanager' en IrisZorg een 'trajectmanager', die met alle programma's 'meeloopt'. Centrum Maliebaan hecht er belang aan dat er duidelijkheid bestaat over de afronding van de verschillende programma's. De andere instellingen gaan vooral mee in het idee van een vaste begeleider over alle programma's heen, zoals de Brijder dat heeft gerealiseerd. Castle Craig heeft (verwijzing naar) zelfhulpgroepen hoog in het vaandel staan.

Bestuurders van de meeste instellingen noemen groepsgesprekken, individuele gesprekken en zelfhulpgroepen als vormen van nazorg. De groepsgesprekken en individuele gesprekken onder leiding van een professional zijn veelal gestructureerd naar de 'Nazorgmodule' van Resultaten Scoren, zo geven bestuurders aan. Bij doorvragen blijkt soms dat de bestuurders niet weten of de door hen genoemde nazorgprogramma's ook daadwerkelijk zo uitgevoerd worden. Soms wordt toegegeven dat het wel de bedoeling is, maar feitelijk nog niet goed loopt.

c) Wat zijn obstakels voor goede nazorg?

Bestuurders benoemen de samenwerking met andere organisaties als obstakel, met name op het terrein van wonen, werken en inkomen. Ook misvattingen, vooroordelen over en stigmatisering van verslaafden vormen volgens veel bestuurders een obstakel.

“De vitale punten van nazorg zijn toch wel werk en scholing, als rehabilitatie. Vanwege de problemen, ondoorzichtigheid, slechte werking en machteloosheid er iets aan te doen omdat er te veel partijen bij betrokken zijn, zijn we gestart met het opzetten van een eigen reïntegratiebureau.”

“Zo zijn we geen kredietbank. Maar zo’n kredietbank zou wel meer rekening moeten houden met de patiënten.”

“De spelregels moeten aangepast worden, er moet meer vanuit de cliënten gewerkt worden.”

“Erkennen dat mensen een chronische aandoening hebben. Ook in de woonvoorziening, maar eigenlijk in alle ketenzorg, zoals woonbegeleiding, arbeidsbegeleiding. Er zouden convenanten gesloten moeten worden met andere aanbieders.”

“De doorstroming naar maatschappelijke organisaties is moeilijk.”

d) Overige thema's

Zingeving

Er is gevraagd naar de plaats van zingeving in de nazorg. Vrijwel alle bestuurders vallen even stil en zeggen vervolgens iets in de trant van “Goeie vraag, dat zou belangrijk moeten zijn”. Zingeving staat in geen enkel programma. Als er aandacht aan wordt besteed is dat dankzij een individuele behandelaar die dit belangrijk vindt.

Stilte... “Het heeft niet direct met rehabilitatie te maken. Van vroeger uit was onze instelling een christelijk instituut. Pastoraal werkers geven nog steeds trainingen. Patiënten nemen dat graag af. Ze willen graag over zingeving praten. Over de betekenis van ziek zijn. Pastoraal werkers hebben dit opgepakt. In de behandeling zit ook een onderdeel zingeving. In nazorg niet.”

“We hebben drie kernwaarden, één daarvan is ‘optimistisch’. Het moet veel minder bedompt. Dat beeld van bedompt en donker hebben mensen bij verslavingszorg en ook bij GGz. Als je in een traject zit, dan ga je beter op pad in het leven. Dan mag je verwachtingen en hoop hebben. Dat is wat wij uit moeten stralen! (...) Als mensen bij ons aankloppen dat ze goed geholpen worden. (...) Met de cliëntenraad worden gesprekken gevoerd over nazorg. Belangrijk voor hen zijn zaken als werk en woonvoorzieningen. Zij zien dat als perspectief; daginvulling en dak boven het hoofd. De vraag is vervolgens wel in hoeverre de verslavingszorg dat moet regelen, of zich moet houden aan de zorgtaken.”

“Een groot probleem van verslaafden die uit een kliniek komen is het invullen van hun dag, de verveling is vreselijk. Wanneer ze langer in de kliniek moeten blijven is de verveling ook enorm aanwezig. Ik bedoel zingeving dan ook niet in de zwaardere spirituele zin, maar als zin geven aan je dag, dagbesteding.” Hij stelt dat een van de grootste problemen van de verslavingszorg verveling is.

Een uitzondering hierop vormt VNN, maar ook in Noord-Nederland heeft zingeving geen plaats in actief beleid.

Licht... “Nou, dit is mijn stokpaardje! Ik heb grenzeloze bewondering voor mensen die eraan werken van hun verslaving af te komen, terwijl ze dan in een zwart gat vallen. Je moet een plan hebben: waarvoor doe je het? (...) Bij verslaving is de zingeving fascinerend. Wat houden ze over als ze van hun verslaving af zijn?”

Vaak hebben ze geen of moeizame sociale contacten, werk, woning, gezondheid. Wat houden ze over? Helemaal niets! Waarvoor doen ze het? Wat levert het hen op?"

Bij TACTUS is er onlangs een project gestart over zingeving. Het project is bedoeld om in kaart te brengen hoe de instelling tegen dit vraagstuk aankijkt en wat er geboden kan worden.

Er is juist een project gestart over zingeving in de zorg/nazorg. Bij verslaafden is dit een belangrijk item, op alle terreinen. Van biologisch tot religieus. Er is een gevoel van zinloosheid door gebrek aan dopamine. Maar er is ook behoefte om weer de zin van de dingen te zien. Er moet rekening gehouden worden met de leefomgeving van verslaafden. Moslims bijvoorbeeld komen andere problemen tegen dan atheïsten. Het project is bedoeld om in kaart te brengen hoe de instelling tegen dit vraagstuk aankijkt en hoe en wat aangeboden kan worden. Het gaat hierbij vooral om religieuze beleving."

Steunsysteem (familie)

Door de meeste bestuurders wordt het inzetten van familie bij nazorg als een mogelijkheid gezien waarvan veel meer gebruik gemaakt zou moeten worden.

"Waar wij heel erg op focussen is het inschakelen van familie! We houden familiegesprekken, al vroeg in de behandeling."

"Een gemis in het hele traject is een soort van zelfhulp middels een maatschappelijk steunsysteem."

Castle Craig is hierover het minst positief:

"Of nazorg door familieleden een goed idee is? Er is al heel veel zorg vanuit familie. Vaak is er sprake van een co-dependency. Een lastig probleem. Ouders zijn bezorgd, gaan dingen organiseren, maar kunnen verslavingsgedrag niet beïnvloeden. Ze gaan dan dingen doen die ze wel kunnen en faciliteren daarmee het verslavingsgedrag in plaats van dat ze mantelzorg verlenen."

Drang en dwang (Vraag: Hoeveel drang of dwang is nodig bij nazorg?)

De meeste bestuurders zijn het eens met de stelling dat dwang, maar vooral drang, nodig kan zijn voor goede nazorg aan bepaalde groepen cliënten, het is echter soms moeilijk realiseerbaar. De wetgeving staat het toepassen van dwang in de weg, en hoewel dit als nuttige wetgeving wordt gezien, wordt tegelijkertijd gevraagd om het openbreken van de discussie over dwangtoepassing bij verslaafden (die niet vanzelfsprekend de autonomie hebben om te kiezen voor behandeling). Vanwege de negatieve connotatie en omdat belonen effectiever is, wordt er ook wel gereageerd met:

"Dat past en kan niet! Belonen werkt beter dan straffen."

Vervolgens worden er dan toch ook weer mogelijkheden van drang genoemd:

"Wel mogelijk is een zekere mate van drang 'mits je nazorg accepteert, dan kun je in deze woonruimte'. Nazorg moet ook echt een standaard onderdeel van de behandeling zijn."

Inzet ervaringsdeskundigheid cliënten en zelfhulpgroepen

De kennis van ervaringsdeskundigen is van "onschatbare waarde om goede zorg te verlenen: 1 + 1 = 3". Maar, zo wordt aangegeven, "let ook op zwakheden. Niet iedereen is zomaar in te zetten en ook niet overal". Sommige instellingen, zoals Castle Craig en VNN, gebruiken ervaringsdeskundigen ook daadwerkelijk in feitelijke projecten, bij anderen is het een voornemen of beleidsidee ("Daar zouden we veel meer gebruik van moeten maken").

e) Opmerkelijkheden uit interviews met bestuurders

Eerste opmerking van vrijwel elke bestuurder: "wat is nazorg?", "bestaat niet", of "het is vervolgzorg, komt nergens na" of "klinkt als een toetje, terwijl het een onderdeel is van de behandeling". Opmerkelijke uitzondering is Centrum Maliebaan die het model aanhangt van volledige afsluiting (en afscheid nemen van behandelaar), voordat de nazorg (met nieuwe behandelaar) begint.

Bij het idee van verslaving als chronische of 'naar chronisch neigende' ziekte, is nazorg (nadat gezegd is dat het woord niet klopt) een uitgangspunt van behandeling. Er moet een continuüm van zorg zijn, de ene periode wat intensiever dan een andere periode.

Van de geboden nazorg die omschreven wordt (groepsgesprekken, individuele gesprekken), is bij de bestuurder vaak niet bekend of deze ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd.

Ook bij bestuurders leeft het idee dat nabellen (na drie maanden) helpt. Maar in de praktijk gebeurt dit niet, soms niet of hebben bestuurders geen idee of het daadwerkelijk gebeurt.

Bestuurders noemen vaak het nazorgprotocol van Resultaten Scoren (daar staat ook nabellen in).

Nazorg zou in een behandelingsovereenkomst moeten staan, maar staat er meestal niet in.

Doorstroming naar andere organisaties is moeilijk. Dat is wel nodig, bijvoorbeeld voor schuldsanering, sociale werkplaats, woonvoorzieningen. Omdat de instelling die zelf niet heeft en soms (als de instelling deze wel heeft) omdat het ook belangrijk is dat de cliënt buiten de muren van de verslavingszorg komt.

Er wordt met weinig trots gesproken over voorzieningen die in samenwerking met externe organisaties gerealiseerd zijn, zoals begeleide woonvormen (woningbouw), arbeidstrajecten (arbeidsbureaus, gemeente, UWV) en financiële ondersteuning (schuldsanering). Hierover wordt vooral geklaagd: over moeizame samenwerking, wachtlijsten en onbegrip voor verslaafden bij deze instanties.

Klacht van de meeste bestuurders betreft de houding van veel maatschappelijke organisaties, die onmogelijke eisen stellen voor deze groep en kennelijk nog steeds uitgaan van het principe 'eigen schuld, dikke bult'. De verslaafde is een slappeling die zich ook maar eens aan de regels moet houden. Daarom vallen veel verslaafden buiten allerlei voorzieningen. "De voorzieningen zouden iets prothetisch moeten hebben."

Terugvalcijfers hebben de bestuurders niet (of willen deze niet zomaar prijs geven), en direct volgt een discussie over wat er wel of niet verstaan zou moeten worden onder terugval. Er zijn cijfers over hernieuwde inschrijvingen, maar als de idee van verslaving als chronische ziekte administratief ook doorgevoerd wordt en cliënten dus niet meer uitgeschreven worden (zoals enkele instellingen doen), "dan is je terugvalcijfer erg laag! Als je kijkt per cliënt naar 'opnieuw gaan gebruiken', dan moet er een duidelijke definitie zijn. Is twee biertjes drinken terugval?".

De meeste bestuurders leggen uit dat er verschillende groepen bij hen in zorg zijn. Een groep met slechts heel korte zorg (bijvoorbeeld vijf gesprekken), die daarna uit zorg gaat en geen nazorg nodig heeft. Een groep die wat langer blijft (meestal enkelvoudige problematiek) en een groep met problemen op alle leefgebieden en dubbele diagnose. Het thema nazorg betreft deze laatste twee groepen.

4. Overeenkomsten, verschillen en opmerkelijkheden interviews cliënten en bestuurders

Cliënten willen familie niet bij nazorg betrekken of inzetten. Bestuurders zien het juist als de nieuwe succesformule.

Cliënten willen hun ervaringsdeskundigheid inzetten, maar met mate, onder bepaalde voorwaarden en alert zijn en blijven op zwakke punten van verslaafden. Bestuurders willen precies hetzelfde.

Zowel cliënten als bestuurders beschouwen de cliëntenraad (ook) als een soort zelfhulpgroep voor de leden.

Cliënten benoemen dat het waarschijnlijk "allemaal een kwestie van geld is". De meeste bestuurders noemen dit niet. Na een expliciete vraag, antwoorden zij iets in de orde van "het is een kwestie van creatief met geld en mogelijkheden omgaan".

Beide groepen klagen over aansluiting met andere instellingen (woonvormen, werk, schuldsanering, UWV, etc.). Bestuurders zeggen dat er (vaak ondanks contracten, convenanten en dergelijke) hier wachtlijsten bestaan. Cliënten zeggen dat ze het vaak zelf moeten regelen (weinig steun van de verslavingszorginstelling), een grote mond moeten hebben, en door de bomen het bos niet zien.

Het belang van zingeving wordt gedeeld. Door cliënten wordt het begrip zingeving vaak praktischer en concreter ingevuld met: dak boven het hoofd, sociale contacten hebben, zin geven aan je dag door activiteiten; door bestuurders wat spiritueler. Zij zeggen dat cliënten vaak ook (door de verslaving) meer gericht zijn op praktische hier-en-nu-zaken.

Zowel cliënten als bestuurders denken dat enige mate van drang kan helpen bij nazorg.

5. Conclusie

Interviews met cliënten

Hoe zag de nazorg eruit?

Aansluitend op een intensieve behandeling kregen de meeste cliënten geen nazorg. Er ontstond daardoor een kloof, 'het zwarte gat', direct na behandeling. Cliënten konden wel altijd terecht bij zelfhulpgroepen, maar dat klikte soms niet en de opzet (groepsgesprek, allemaal ervaringsdeskundigen) moet aansluiten bij de persoonlijke behoeften.

Zorgelijk is dat veel cliënten vertelden dat ze erg assertief hadden moeten zijn om bepaalde onderdelen van nazorg te krijgen.

Tenslotte is er veel gesproken over de beperkte duur die de nazorg formeel kent. Vaak gaat het over een programma van drie of zes maanden (vergelijk het Resultaten Scoren nazorgprogramma).

Hoe ziet de nazorg er idealiter uit?

Cliënten moeten altijd kunnen rekenen op steun. De verslavingszorginstelling moet altijd *beschikbaar* zijn. Aansluitend hierop, de hulpverlening moet ook *bereikbaar* zijn. Er mag geen gat meer vallen tussen het moment dat zij behoefte aan hulp hebben (al is het maar een telefoontje) en het moment dat de hulpverlener tijd voor diegene heeft.

Inhoudelijk is het van belang dat er zinvolle dagbesteding (structuur en sociale contacten) wordt aangeboden. Het aanbod moet individueel afgestemd worden en al in het behandelingsplan omschreven worden. Dat betekent ook dat er al op een eerder moment moet worden nagedacht over de nazorgbehoeften.

Interviews met bestuurders

De bestuurders leggen veel nadruk op de continuïteit van de zorg. Er is dus geen sprake van *na*-zorg, maar van een lang traject met allerlei onderdelen. Of de zorg ook daadwerkelijk zo aangeboden wordt, is vaak onbekend bij de bestuurders.

Als instellingen nazorg bieden, dan is dat meestal in de vorm van individuele gesprekken met een hulpverlener en groepsgesprekken onder leiding van een therapeut. Ook wordt er door veel instellingen contact gelegd tussen de zelfhulpgroepen en cliënten. Toch zijn er grote verschillen in het aanbod van nazorg tussen de instellingen, en dat blijkt vooral uit wat cliënten zeggen als nazorg te hebben ontvangen. Zo noemen zij bijvoorbeeld ook de zorgmanager die het hele zorgtraject meeloopt en verblijft in een safe-house na de klinische opname.

Cliënten en bestuurders

De obstakels die de bestuurders noemen komen niet overeen met de belangrijkste problemen die cliënten noemen. Bestuurders geven aan problemen te hebben met de samenwerking met andere organisaties. Cliënten noemen dit soms (bijv. wachtlijst voor huisvesting), maar noemen als voornaamste probleem de kloof tussen de intensieve zorg (de behandeling) en de nazorg; het zwarte gat. Dit is een probleem dat binnen de instellingen zelf ligt.

Er is een kloof tussen intensieve behandeling in de instelling en daarna alleen thuis. Idealiter wordt deze kloof door nazorg gedicht. Er is van alles aan nazorg (zowel professioneel als in de zelfhulpgroepen), maar dit wordt door de verslavingszorg niet systematisch aan cliënten aangeboden. Als er wel een aanbod van nazorg gedaan wordt, blijkt dit veelal niet aan te sluiten op de behoeften van de cliënt op dat moment.

Het gaat fout bij de overgang van intensieve zorg naar de thuissituatie. Daarbij is hulp en ondersteuning nodig. Er moet een brug geslagen worden van de veilige behandelsetting naar de als onveilig ervaren oude situatie. Dat gaat niet alleen over de omgeving, maar ook over onzekerheid of ze het geleerde in de praktijk kunnen brengen ("Ben ik sterk genoeg?").

Bestuurders denken de brug te kunnen slaan met zorgprogramma's van de instelling, maar niet als het gaat om trajecten waarbij ze (ook) afhankelijk zijn van externe instellingen (denk aan wonen, werk, financiën). Cliënten leggen vooral het probleem terug binnen de instelling. Zij vragen om bereikbaarheid van de hulpverlening.

Bijlage 1
Lijst met deelnemende instellingen

1.	Bouman GGZ
2.	Brijder
3.	Castle Craig
4.	Centrum Maliebaan
5.	De Hoop (alleen cliënt)
6.	GGZ Noord- en Midden-Limburg
7.	IrisZorg
8.	Meerkanten
9.	Novadic-Kentron
10.	TACTUS
11.	Verslavingszorg Noord Nederland