IVO
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
T 010 425 33 66
F 010 276 39 88
Secretariaat@ivo.nl
www.ivo.nl

48

Professionele ondersteuning van mantelzorgers van verslaafden

Madelon Stoele, Erika van Vliet en Agnes van der Poel

Reeks 48

IVO

wetenschappelijk bureau voor
onderzoek, expertise en advies
op het gebied van leefwijzen,
verslaving en daaraan gerelateerde
maatschappelijke ontwikkelingen

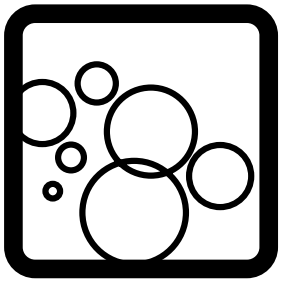
"Samen staan we sterk"

Professionele ondersteuning van mantelzorgers van verslaafden

Madelon Stoele, Erika van Vliet en Agnes van der Poel

“Samen staan we sterk”

Professionele ondersteuning van mantelzorgers van verslaafden



Madelon Stoele

Erika van Vliet

Agnes van der Poel

IVO

Met (financiële) steun van:

VCVGZ, VSB fonds, Fonds Psychische Gezondheid,

Novadic-Kentron, Jellinek, De Hoop, Castle Craig, BoumanGGZ en Arcuris/De Grift

Stichting tot steun VCVGZ

VSBfonds

FONDS PSYCHISCHE GEZONDHEID

"Samen staan we sterk", Professionele ondersteuning van mantelzorgers van verslaafden
Madelon Stoele, Erika van Vliet en Agnes van der Poel

Mei 2007

IVO
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
T 010 425 33 66
secretariaat@ivo.nl

ISBN 978-90-74234-64-1

Ontwerp en druk: Basement Grafische Producties, Den Haag

Inhoudsopgave

1 Inleiding **6**
1.1 Mantelzorgers van verslaafden 7
1.2 Professionele ondersteuning: een inventarisatie vooraf 9
1.3 Leeswijzer 10

2 Methoden van onderzoek **12**
2.1 Probleem- en vraagstelling 12
2.2 Onderzoeksopzet 12
2.2.1 Dataverzameling per instelling (vijf casussen) 14
2.2.2 Dataverzameling bij zelfhulporganisaties 16
2.2.3 Analyse en rapportage 17
2.3 Begrippen en definities 17

3 BoumanGGZ **22**
3.1 Visie en beleid mantelzorg 22
3.2 Aanbod mantelzorg 23
3.3 Focus op aanbod – De verwantengroep 24

4 Castle Craig **34**
4.1 Visie en beleid mantelzorg 34
4.2 Aanbod mantelzorg 35
4.3 Focus op aanbod – Het familieprogramma 36

5 De Hoop **46**
5.1 Visie en beleid mantelzorg 46
5.2 Aanbod mantelzorg 47
5.3 Focus op aanbod – Het ouder-/partnerwerk 50

6 Jellinek **56**
6.1 Visie en beleid mantelzorg 56
6.2 Aanbod mantelzorg 58
6.3 Focus op aanbod – De ouder/partnergroep 59

7 Novadic-Kentron **68**
7.1 Visie en beleid mantelzorg 68
7.2 Aanbod mantelzorg 71
7.3 Focus op aanbod – Seksespecifieke hulpverlening vrouwen 72

8 Zelfhulpgroepen voor familieleden van verslaafden **80**
8.1 Visie en beleid 80
8.2 Aanbod 80

9 Conclusie en discussie **86**
9.1 Professionele ondersteuning van mantelzorgers 86
9.2 Beantwoording van onderzoeksvragen 87
9.3 Zelfhulp 92
9.4 Conclusie en aanbevelingen 93

Geraadpleegde literatuur **95**

hoofdstuk 1

Inleiding

Hoofdstuk 1

Inleiding

Het begrip "mantelzorg" is in Nederland geïntroduceerd door prof. Hattinga Verschure in 1971. "Hij heeft als eerste persoon in Nederland ervoor gezorgd dat mensen die in het kader van hun sociale relatie voor een ander zorgen, ook als zodanig worden benoemd. Dankzij hem heeft de mantelzorg een eigen plek gekregen binnen het denken over zorg", aldus de Vereniging voor Mantelzorgers in 2002 toen hij de Kolff-prijs in ontvangst mocht nemen voor zijn baanbrekende bijdrage aan de verbetering van de gezondheid en het welzijn van mensen (zibb.nl; Volkskrant 20 maart 2006).

Dat mantelzorgers zelf ondersteuning nodig hebben, wordt vandaag de dag algemeen onderkend. Mantelzorg is belangrijk voor zowel de zieken voor wie de mantelzorger zorgt, als voor de maatschappij als geheel. Vooral waar het gaat om de zorg voor chronisch zieken is er steeds meer aandacht voor de belasting van de mantelzorgers en hun behoefte aan specifieke ondersteuning (Boeije et al. 1999, Pool 1995, Duijnstee et al. 1994, Kuiper 1993). Als we kijken naar de verslavingszorg, dan zien we dat naasten van cliënten/patiënten echter lange tijd voornamelijk zijn gedefinieerd als onderdeel of medeoorzaak van de verslavingsproblematiek; niet als betrokken zorgers met behoefte aan informatie en steun. In het verleden was er dan ook vaak een conflictueuze relatie tussen de instellingen voor verslavingszorg en de mantelzorgers van cliënten. Met het convenant tussen de Landelijke Stichting Ouders en Verwanten van Drugsgebruikers (LSOVD) en vertegenwoordigers van de professionele hulpverlening (commissie Elling-de Boer) werd in 1991 een belangrijke stap gezet in de verbetering van de verhoudingen tussen deze partijen. In dat convenant werd door de zorginstellingen het recht van partners en ouders op informatie en overleg erkend en werden daarover gedragsregels afgesproken (Van de Wijngaart 1994). Ondanks de verbeteringen lijkt er echter op veel plaatsen nog steeds sprake te zijn van een relatieve miskenning van de belangen en ondersteuningsbehoeften van meelevende en zorgende familieleden en vrienden (Geelen 2003).

Tot nu toe is er geen onderzoek gedaan naar mantelzorg voor verslaafden[1] en de ondersteuning van deze mantelzorgers, terwijl er vrij veel onderzoek gedaan is naar mantelzorg voor (chronisch) zieken in de somatische en de geestelijk gezondheidszorg (Geelen 2003). Toch kan niet ontkend worden dat deze naasten van grote betekenis kunnen zijn als mantelzorgers en dat die zorgtaak in het geval van verslaafden als zeer belastend ervaren kan worden.

Doel van het huidige onderzoek is inzicht te krijgen in de professionele ondersteuning van mantelzorgers, oftewel in de aansluiting van het aanbod van de verslavingszorg op de behoeften van mantelzorgers van alcohol-, drugs- en gokverslaafden. Vragen die binnen het onderzoek beantwoord worden, zijn:

1. Wat is het beleid en de visie van instellingen voor verslavingszorg met betrekking tot de ondersteuning van mantelzorgers?
2. Wat is het feitelijke aanbod van ondersteunende contacten van instellingen voor verslavingszorg aan mantelzorgers?
3. Hoe evalueren aanbieders en cliënten (mantelzorgers) deze bestaande vormen van contact?
4. Wat is de ondersteuningsbehoefte van mantelzorgers en in hoeverre wordt die behoefte gedekt door het huidige aanbod? Welke 'gaten' zijn er in het aanbod?

In het tweede hoofdstuk gaan we verder in op de onderzoeksvragen en -methoden.

1.1 Mantelzorgers van verslaafden

Er bestaan geen tellingen van aantallen personen die in Nederland als mantelzorger betrokken zijn bij alcohol-, drugs-, en gokverslaafden. Schattingen daarover zouden kunnen worden afgeleid van de aantallen gebruikers, verslaafden of afhankelijken waarvan wel tellingen zijn verricht. Het aantal probleemdrinkers wordt geschat op 10% van de Nederlandse bevolking tussen 16 en 69 jaar, meer mannen (17%) dan vrouwen (4%) (Van Dijk & Knibbe 2005); dat zijn bijna één miljoen personen. Het is moeilijk in te schatten in hoeveel van deze gevallen er sprake is van mantelzorg, maar het is aannemelijk dat een groot deel van deze drinkers veel zorg ontvangt van hun naaste omgeving.

Drugsafhankelijkheid komt aanzienlijk minder vaak voor dan alcoholafhankelijkheid. Schattingen voor problematisch harddrugsgebruik (heroïne, crack) variëren tussen 25.000 en 35.000 personen in Nederland (Van Laar et al. 2006).
In 2001 en 2005 is onderzocht hoeveel mensen er in de laatste vier weken cocaïne gebruikten. In beide jaren waren dat er zo'n 55.000 (Van Laar et al. 2006; Rodenburg et al. 2007). Dit is waarschijnlijk een onderschatting omdat probleemgebruikers van harddrugs in het betreffende onderzoek ondervertegenwoordigd zijn. Van hen ontvingen er 16.000 hulp van de verslavingszorg (SIVZ 2006). In 2005 zijn er ruim

[1] Om de leesbaarheid te vergroten schrijven we in dit rapport steeds verslaafden, waar we 'gebruikers en verslaafden' bedoelen.

10.000 personen in de verslavingszorg geregistreerd met cocaïne of crack als hoofdmiddel. Samen met de cliënten die cocaïne als bijmiddel gebruiken, bedraagt het aantal cocaïnegebruikers bijna 20.000; dat is bijna 30% van het aantal verslaafden in de ambulante verslavingszorg (SIVZ 2006). Ook hier is het aannemelijk dat een groot deel van deze drugsgebruikers hulp ontvangt van hun naaste omgeving.

In een recent onderzoek is het aantal kansspelverslaafden op rond de 40.000 personen geschat. Zij zijn te vinden bij kansspelautomaten en in casino's (De Bruin et al. 2006). Het aantal 'risicospelers' wordt geschat op nog eens 76.000 personen. De auteurs geven aan dat niet alleen de gokkers zelf, maar ook hun directe omgeving – partners, ouders, kinderen – te maken krijgen met de financiële en sociale consequenties van een kansspelverslaving.

Hoewel er dus geen tellingen zijn van het aantal mantelzorgers van verslaafden, is wel duidelijk dat vele duizenden mensen in Nederland betrokken zijn bij het leven van een alcoholist, gok- of drugsverslaafde in hun naaste omgeving. Zij leveren daarmee waarschijnlijk een bijdrage aan het welzijn van deze verslaafden, vergelijkbaar met de mantelzorg voor mensen met (andere) langdurige psychische stoornissen of ziekten. Inhoudelijk zal de problematiek deels overeenkomen met de problematiek van het leven met en zorgen voor mensen met psychische stoornissen (Geelen 2003); we hebben vooralsnog geen aanwijzingen gevonden waaruit blijkt dat dat niet zo is. Specifieke documentatie van de problematiek van het samenleven met een drugsverslaafde is te vinden in journalistieke en soms autobiografische literatuur (bijvoorbeeld Keuls 1980).

Hoe worden mantelzorg en mantelzorgers omschreven?

"Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door een of meer leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie." (Timmermans et al, 2004)

"Mantelzorgers zorgen voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende ouder, kind of ander familielid, vriend of buur. Zij geven die zorg omdat ze een persoonlijke band hebben met die persoon. De zorg die zij geven is langdurig, intensief en afhankelijk van de zorgbehoevende." (Mezzo 2005)

"Mantelzorgondersteuning is een verzamelterm voor voorzieningen en diensten die de draagkracht van mantelzorgers vergroten en/of de draaglast voor mantelzorgers verminderen. Vormen van ondersteuning zijn: informatie en advies; emotionele steun en begeleiding; educatie; praktische ondersteuning; en belangenbehartiging." (Expertisecentrum Informele Zorg 2006)

Deze definities laten zien dat mantelzorg betrekking heeft op zorg vanuit het sociale netwerk van de hulpbehoevende. Omdat de zorg veelal langdurig en intensief is, kunnen mantelzorgers overbelast raken. Om dit te voorkomen is ondersteuning van deze mensen nodig. Overigens zijn de definities expliciet van toepassing op mantelzorgers van personen met chronische lichamelijke en geestelijke aandoeningen en ziekten. Verslaving wordt hierbij niet genoemd. In het huidige onderzoek passen we de definities toe op mantelzorgers van verslaafden.

De aard van de verslaving en de aard van de relatie zijn belangrijke factoren voor de aard van mantelzorg-problematiek. De ontwikkeling van alcoholverslaving is meestal een jarenlang min of meer sluipend proces; immers, alcohol drinken is een sociaal geaccepteerd verschijnsel. De ontwikkeling van harddrugsverslaving is veelal sneller en heftiger. Alcoholverslaafden zijn meestal volwassenen of ouderen met een partner en/of kinderen, terwijl drugsverslaafden en gokverslaafden meestal jonger zijn. Bij alcoholisten zijn het dan ook voornamelijk partners en kinderen die als mantelzorgers functioneren, terwijl bij drugs- en gokverslaafden ook ouders dusdanig functioneren. De relatie van de mantelzorger (kind, partner, ouder, vriend) maakt veel verschil voor de aard van de belasting van de mantelzorger en ook voor diens behoefte aan ondersteuning.

1.2 Professionele ondersteuning: een inventarisatie vooraf

Uit een inventarisatie[2] die voorafging aan het onderzoek blijkt dat de term 'mantelzorg' in de wereld van de verslavingszorg zo goed als onbekend is. Datzelfde geldt ook voor het mantelzorgperspectief op de naasten van verslaafden. Het aanbod van instellingen aan partners en familieleden wordt niet benoemd als ondersteuning van mantelzorgers. Wel worden de naasten van verslaafden contacten geboden, waarbij dat aanbod van contact meestal gebonden is aan cliënten die in behandeling zijn bij de betreffende instelling. Op betrekkingsniveau kunnen we globaal genomen drie soorten contact onderscheiden:

1. **Contacten bij de behandeling van een cliënt**
   Gesprekken met de cliënt en de ouder of partner samen. Hierbij wordt de naaste in meer of mindere mate aangesproken als mededrager (co-patiënt) van het verslavingsprobleem. Soms wordt de ouder of partner ook gezien als co-therapeut.

2. **Contacten die niet gekoppeld zijn aan de behandeling van een cliënt**
   Hoewel de contacten niet gekoppeld zijn aan de behandeling van een cliënt, hebben zij wel een psycho-therapeutisch karakter. Voorbeelden zijn een echtparengroep voor ouders van verslaafde jongeren, of een groep voor partners van alcoholisten. Ook hier kunnen naasten worden aangesproken op hun aandeel in het verslavingsprobleem van een cliënt (als co-patiënt). Daarnaast kunnen zij ook worden aangesproken als cliënt met een eigen psychisch probleem dat niet in oorzakelijk verband hoeft te staan met het verslavingsprobleem van de ander. Echter, dit bemoeilijkt wel de omgang met een verslaafde naaste.

Familieleden en naasten van cliënten in de verslavingszorg werden lange tijd gezien als onderdeel of medeoorzaak van de verslavingsproblematiek, niet als betrokkenen met behoefte aan informatie en steun, zo bleek uit de inventarisatie. Vervolgens werden zij door de instellingen benaderd omdat werd ingezien dat de omgeving een belangrijke rol kon spelen in het ondersteunen van de verslaafde. Steeds vaker worden zij via de reguliere behandelprogramma's betrokken in de behandeling van de verslaafde.

[2] Als voorbereiding op het onderzoek is in 2003 een telefonische inventarisatie uitgevoerd naar het aanbod van ondersteuning van naasten van verslaafden. Er is met hulpverleners gesproken van tien instellingen voor verslavingszorg.

3. Contacten waarin ondersteuning van de naaste centraal staat
   In dit type contact is er geen directe relatie met de behandeling van een cliënt. Het kan gaan om informatie, advies en begeleiding van de naaste. Deelname aan bijvoorbeeld een zelfhulpgroep is vrij voor iedereen die met dit probleem te maken heeft, ongeacht of de verslaafde cliënt is in de hulpverlening.

Volgens de definitie van het Expertisecentrum Informele Zorg (EIZ) is er in alle drie de typen contact sprake van mantelzorgondersteuning. Bij de eerste twee vormen van contact is er eerder of vaker sprake van een therapeutische benadering, terwijl in de laatste vorm wellicht gesproken kan worden van 'pure' of 'primaire' mantelzorgondersteuning.

Een veel voorkomende voorziening ter ondersteuning van mantelzorgers is het telefonisch spreekuur. Ook bieden sommige instellingen op hun website voorlichtingsmateriaal en emailcontact. Sommige instellingen bieden informatieavonden en gespreksgroepen die open staan voor iedereen die te maken heeft met verslaafden, maar bij andere instellingen kunnen mensen alleen terecht als de verslaafde in behandeling is.

Naast de beroepshulpverlening bieden ook zelfhulporganisaties ondersteuning aan mantelzorgers. Er is in meer of mindere mate sprake van samenwerking tussen de beroepshulpverlening en zelfhulpgroepen, vooral als het gaat om het bieden van onderdak aan zelfhulporganisaties, waaronder ook groepen van verwanten: Al-Anon (alcohol), LSOVD (drugs), AGOG (gokken).

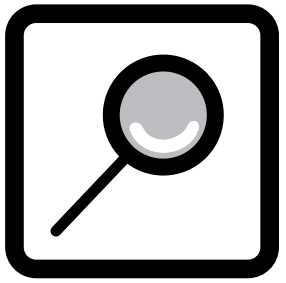
De aangeboden contacten vanuit de verslavingzorg naar mantelzorgers lijken tot nu toe vooral 'aanbodgestuurd' te zijn, dat wil zeggen geformuleerd vanuit de visie en belangen van de hulpverleningsinstellingen en veel minder 'vraaggestuurd', dat wil zeggen gebaseerd op behoeften die door de cliënten (mantelzorgers) zelf worden geformuleerd (vgl. Van de Mheen 2003). Bovendien is het aanbod (en de bekendmaking ervan) vaak specifiek gericht op verwanten en partners van verslaafden die als cliënt in behandeling zijn bij de betreffende instelling. Gevolg daarvan is dat die ondersteuning moeilijk te bereiken is voor mantelzorgers van verslaafden die niet in behandeling zijn, en dat is de grote meerderheid van zowel alcohol- als drugs- en gokverslaafden (vgl. Bongers 1998, Eland-Goossensen 1997).

1.3 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk (2) beschrijven we de onderzoeksopzet: hoe is het onderzoek uitgevoerd? Dat hoofdstuk eindigt met een lijst van begrippen en definities. In de daaropvolgende hoofdstukken (3-7) worden de resultaten gepresenteerd voor elk van de vijf deelnemende instellingen. Daarna is er aandacht voor zelfhulpgroepen (8). In het laatste hoofdstuk (9) combineren we al het voorgaande en komen we tot conclusies.

hoofdstuk 2

Methoden van onderzoek



Hoofdstuk 2

Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk worden de gebruikte onderzoeksmethoden beschreven. We maken gebruik van kwalitatieve methoden: interviews met professionals, interviews met mantelzorgers en observaties bij het hulpverleningsaanbod.

2.1 Probleem- en vraagstelling

De probleemstelling van het onderzoek luidt als volgt:
Inzicht verkrijgen in de aansluiting van het aanbod van de verslavingszorg op de behoeften van mantelzorgers van alcohol-, drugs- en gokverslaafden in Nederland

De vraagstelling die daaruit volgt is vierledig:

1. Wat is het beleid en de visie van instellingen voor verslavingszorg met betrekking tot de ondersteuning van mantelzorgers van verslaafden? Daarbij te onderscheiden naar type verslaving (alcohol, drugs, gokken) en primaire relatie tussen de mantelzorger en de verslaafde (ouder, partner, kind, anders).
2. Wat is het feitelijke aanbod van ondersteunende contacten van instellingen voor verslavingszorg aan mantelzorgers? Daarbij gaat het onder meer om de inhoud en doelstelling van de contacten, toelatingseisen, aantallen en kenmerken van deelnemers en aangeboden alternatieven.
3. Hoe evalueren aanbieders en cliënten (mantelzorgers) deze bestaande vormen van contact?
4. Wat is de ondersteuningsbehoefte van mantelzorgers en in hoeverre wordt die behoefte gedekt door het huidige aanbod? Welke 'gaten' zijn er in het aanbod?

2.2 Onderzoeksopzet

Er bestaan grote verschillen tussen instellingen voor verslavingszorg in het aanbod aan hulp en steun voor naasten van verslaafden. Daarom is gekozen voor een onderzoek in de vorm van een meervoudige

vergelijkende gevalsstudie (Hutjes 2000), dat wil zeggen: intensief onderzoek bij een klein aantal instellingen, die zodanig worden geselecteerd dat zij voldoende inhoudelijke (en regionale) spreiding vertegenwoordigen[3].

Het onderzoek is uitgevoerd bij vijf instellingen voor verslavingszorg (in alfabetische volgorde):

- BoumanGGZ, verzorgingsgebied Rotterdam Rijnmond
- Castle Craig, verzorgingsgebied Nederland, met een kliniek in het buitenland
- De Hoop, verzorgingsgebied Nederland, gevestigd in Dordrecht
- Jellinek, verzorgingsgebied Amsterdam en de Gooi- en Vechtstreek
- Novadic-Kentron, verzorgingsgebied Brabant

Het liefst zouden we de instellingen in deze rapportage anoniem laten zijn. Het gaat immers om het verkrijgen van een overkoepelend inzicht in de behoeften van mantelzorgers van verslaafden en of aan die behoeften voldaan wordt. Graag zouden we willen voorkomen dat het zal gaan om de 'beste' dan wel de 'slechtste' instelling, echter, de instellingen hebben dusdanige kenmerken dat de lezer al snel weet om welke instellingen het gaat. Dat is dan ook de enige reden om de instellingen bij naam te noemen. Hoe het onderzoek bij deze instellingen is uitgevoerd, staat beschreven in paragraaf 2.2.1.

Ook zijn het Informatie- en Ontwikkelcentrum Zelfhulp en Verslaving van het Trimbos-instituut (I&O) en vertegenwoordigers van zelfhulp- en belangenorganisaties van mantelzorgers in het onderzoek betrokken. Medewerking is verleend door de Landelijke Stichting Ouders en Verwanten van Druggebruikers (LSOVD), door de landelijke Stichting Anonieme Gokkers en Omgeving Gokkers (AGOG), door Al-Anon, de vereniging voor partners, familie en vrienden van alcoholisten, en door de Stichting Coke Van Jou, een steunpunt voor partners, familie en vrienden van verslaafden. In paragraaf 2.2.2 beschrijven we hoe zij hebben bijgedragen aan het onderzoek.

Begeleidingscommissie
Het onderzoek kende een begeleidingscommissie die bestond uit vertegenwoordigers van zes instellingen voor verslavingszorg (waaronder de vijf deelnemende instellingen), en uit vertegenwoordigers van I&O, LSOVD, AGOG en Al-Anon. Als voorzitter trad op de directeur Onderzoek & Onderwijs van het IVO. De begeleidingscommissie zou twee maal bij elkaar komen. De eerste bijeenkomst heeft helaas niet plaatsgevonden; wel hebben de onderzoekers de leden schriftelijk hun plannen ter goedkeuring voorgelegd. Op de tweede bijeenkomst stond het verloop van het onderzoek centraal. Het verslag van deze bijeenkomst is verspreid. Als laatste is het conceptrapport aan alle leden voorgelegd.

[3] De selectie heeft plaatsgevonden op basis van informatie vanuit de telefonische inventarisatie. Daaruit bleek dat er inhoudelijke verschillen waren in het belang dat gehecht wordt aan de problematiek van mantelzorgers, de omvang en aard van het ondersteuningsaanbod en de visie op informele zelf- en lotgenotenhulp. Daarnaast is gekeken naar visie op verslaving, levensbeschouwing en regio. Het IVO heeft vijf instellingen benaderd met de vraag of zij wilden meewerken, en alle vijf hebben ook daadwerkelijk geparticipeerd.

2.2.1 Dataverzameling per instelling (vijf casussen)

Zoals aangegeven hebben we vijf casussen bestudeerd, dat wil zeggen dat we bij vijf instellingen voor verslavingszorg het beleid en de visie, het aanbod van ondersteuning en de evaluatie daarvan door deelnemende mantelzorgers hebben onderzocht.

Beleid en visie

Om het beleid en de visie van de instelling op ondersteuning van mantelzorg en op de taak van de verslavingszorg hierin te achterhalen, zijn in elk van de vijf instellingen één of twee vertegenwoordigers op directie- of stafniveau geïnterviewd (in totaal zes). Deze interviews waren semi-gestructureerd van aard en duurden maximaal één uur. De interviews zijn na afloop uitgewerkt aan de hand van aantekeningen en bandopnames.

Aanbod voor mantelzorgers

Om het aanbod voor mantelzorgers te kunnen beschrijven zijn de websites van de vijf instellingen bekeken. Daarnaast zijn – per instelling – twee hulpverleners en leidinggevenden geïnterviewd (in totaal tien). Ook dit betrof semi-gestructureerde interviews die maximaal één uur duurden, en ook deze interviews zijn na afloop uitgewerkt aan de hand van aantekeningen en bandopnames. De beschrijving van het aanbod betreft zowel de aard, duur en frequentie van de betreffende activiteiten (voor mantelzorgers van alcohol-, drugs- en gokverslaafden) als de 'theorie' van leidinggevenden en hulpverleners over de doelstellingen en de effectiviteit ervan.

Het aanbod van de instellingen is divers. Daarom is ervoor gekozen om binnen elk van de vijf instellingen één bepaald aanbod te evalueren. Dit zijn:

- BoumanGGZ – verwantengroep van vijf bijeenkomsten
- Castle Craig – 3-daags groepsprogramma (aaneengesloten, inclusief overnachtingen)
- De Hoop – ouder-/partnerwerk (doorlopend)
- Jellinek – ouder/partnergroep van tien bijeenkomsten
- Novadic-Kentron – vrouwengroep met verslaafde vrouwen en vrouwelijke partners van verslaafden (doorlopend)

Telefonische spreekuren en therapeutische (relatie-) gesprekken worden in dit onderzoek niet geëvalueerd, vanwege privacy- en organisatorische overwegingen. Qua doelgroep valt het aanbod aan niet-volwassen kinderen buiten het onderzoek (bijvoorbeeld KOPP-groepen[4]).

Al met al vormen deze vijf samen een goede afspiegeling van wat er aangeboden wordt aan ondersteuning aan mantelzorgers. Bij deze vijf soorten aanbod is een aantal onderzoeksactiviteiten uitgevoerd: observaties en informele gesprekken met deelnemers en hulpverleners (tijdens het aanbod), en interviews met mantelzorgers.

[4] In Nederland zijn er meer en meer groepen voor Kinderen van Ouders met Pyschiatrische Problemen (KOPP-groepen). Dit valt buiten het bestek van dit onderzoek, omdat het gaat om jonge kinderen die min of meer 'moeten' overleven in een 'ongezonde' gezinssituatie. Bovendien zijn er reeds draaiboeken voor groepsinterventies voor KOPP-kinderen (zie www.lsp-preventie.nl en www.trimbos.nl).

Toestemming en METC

De onderzoekers hebben van de instellingen toestemming gekregen om diverse keren aanwezig te zijn tijdens het aanbod van ondersteuning. In het geval van de gesloten groepen met een vastgesteld aantal bijeenkomsten zijn zij zo vroeg mogelijk in het traject voorgesteld aan de deelnemers en hebben zij hen verteld over het onderzoek. Hetzelfde geldt voor de doorlopende groepen. Bij het 3-daagse programma was de onderzoeker fulltime aanwezig. Bij het vertellen over het onderzoek is aan de deelnemers gevraagd of zij zouden willen meewerken door zich te laten interviewen over hun ervaringen en verwachtingen. Dit alles is ook schriftelijk meegegeven aan de deelnemers, net als een toestemmingsformulier ingeval zij inderdaad zouden willen meewerken. Uitkomst is dat alle geïnterviewde mantelzorgers schriftelijk toestemming hebben gegeven voor het (anoniem) gebruiken van de door hun verstrekte informatie.

Voor het onderzoek is een 'verklaring van geen bezwaar' afgegeven door de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) van het Erasmus MC. Deze commissie heeft de informatie- en toestemmingsformulieren alsmede de interviewprotocollen (voor de interviews met professionals van de verslavingszorg en met mantelzorgers) op zorgvuldigheid getoetst met als resultaat dat zij de verklaring van geen bezwaar heeft verstrekt.

Observaties

Om te achterhalen wat er gebeurt tijdens de groepen is er bij elk aanbod een aantal keer geobserveerd (zie schema 1). De onderzoeker was aanwezig bij de groep, maar heeft zich inhoudelijk niet met het groepsproces bemoeid. Van elke observatie is een verslag gemaakt.

Schema 1. Onderzoeksactiviteiten bij de instellingen

	Observaties	Interviews
Verwantengroep (5 bijeenkomsten)	2 bijeenkomsten	4 personen (2x)
3-daags groepsprogramma	3 dagen	9 personen (1x)
Ouder-/partnerwerk (doorlopend)	1 open dag voor verwanten + 1 bijeenkomst	5 personen (2x); 4 personen (1x)
Ouder/partnergroep (10 bijeenkomsten)	3 bijeenkomsten	4 personen (2x); 1 persoon (1x)
Vrouwengroep (doorlopend)	3 bijeenkomsten	6 personen (1x)

Interviews

Om te kunnen bepalen aan wat voor ondersteuning mantelzorgers behoefte hebben en of het aanbod dat zij volgen tegemoet komt aan hun behoefte, zijn mantelzorgers geïnterviewd (maximaal tien personen per instelling). Het aantal personen dat geïnterviewd is per instelling is afhankelijk van het aantal deelnemers aan het bestudeerde aanbod en van het aantal van hen dat wilde meewerken aan het onderzoek. Deelname was geheel vrijblijvend. In totaal hebben we 33 mantelzorgers geïnterviewd.

Oorspronkelijk was het idee om de mantelzorgers twee keer te interviewen: voorafgaand aan het aanbod over hun verwachtingen en na afloop van het aanbod om het aanbod te evalueren. Bij een aantal instellingen kon deze werkwijze niet gevolgd worden, bijvoorbeeld bij een doorlopend aanbod (geen begin en geen einde). Ook om redenen van privacy is er niet bij elke instelling voorafgaand aan het aanbod geïnterviewd, maar veelal tijdens (bijvoorbeeld ouder-/partnerwerk) of achteraf (bijvoorbeeld 3-daags programma). Uiteindelijk zijn 13 mantelzorgers twee keer geïnterviewd, waarbij het eerste interview face-to-face plaatsvond en het tweede telefonisch, en zijn 20 mantelzorgers één keer geïnterviewd, sommigen face-to-face en sommigen telefonisch.

De topiclijst die gebruikt is bij de interviews was opgedeeld in vier onderdelen:

1. introductie
   - uitleg doel interview, privacy, uitleg mantelzorg
2. achtergrond mantelzorger / relatie
   - onder andere: sociaaldemografische gegevens mantelzorger en verslaafde, type verslaving, welke relatie, duur relatie, erkenning probleem (mantelzorger en verslaafde), hulpverleden (mantelzorger en verslaafde), rollen mantelzorger (onder andere praktische, financiële, psychische steun), welzijn / knelpunten mantelzorger, bekend met zelfhulp, evaluatie zelfhulp
3. voor deelname aan aanbod (verwachtingen)
   - onder andere: hulpvraag, hoe hier terechtgekomen, welke informatie vooraf gekregen, evaluatie van informatie, alternatieven, doelstelling deelname
4. na deelname aan aanbod (evaluatie en toekomst)
   - onder andere: omschrijving aanbod, andere deelnemers, doelstelling behaald, waarom wel of niet behaald, waardering lotgenotencontact, sterke en zwakke punten van het aanbod, verdere hulp nodig (wat, waar)

De mantelzorgers die twee keer geïnterviewd zijn, hebben in het eerste interview de eerste drie punten besproken (introductie, achtergrond en verwachtingen) en bij het tweede interview het laatste punt (evaluatie en toekomst). Bij de andere mantelzorgers is de topiclijst volledig doorgenomen in één interview. De interviews zijn na afloop door de onderzoeker uitgewerkt aan de hand van aantekeningen en bandopnames.

Ter illustratie zijn bij elk hoofdstuk één of twee verhalen van geïnterviewden opgenomen.

2.2.2 Dataverzameling bij zelfhulporganisaties

Net als zelfhulp voor verslaafden is er ook zelfhulp voor mantelzorgers van verslaafden. Voor dit onderzoek hebben we één of twee vertegenwoordigers van de volgende organisaties geïnterviewd:

- I&O, Informatie- en Ontwikkelcentrum Zelfhulp en Verslaving (onderdeel van Trimbos-instituut)
- LSOVD, Landelijke Stichting Ouders en Verwanten van Druggebruikers
- AGOG, Stichting Anonieme Gokkers en Omgeving Gokkers
- Al-Anon, vereniging voor partners, familie en vrienden van alcoholisten

Onderwerpen in het interview waren dezelfde als bij de instellingen: visie op mantelzorg, ondersteuning van mantelzorg en beleid. Ook deze interviews zijn na afloop uitgewerkt aan de hand van aantekeningen en bandopnames.

De onderzoekers zijn aanwezig geweest op een open dag van de Stichting Coke Van Jou. Deze stichting ondersteunt partners, familie en vrienden van verslaafden en doet dat op verschillende manieren, bijvoorbeeld door het organiseren van open dagen, door zelfhulpgroepen op te zetten, door 1-op-1 consulten met family counselors te faciliteren en door een website (met advies online en een chatbox) te onderhouden.

2.2.3 Analyse en rapportage

Alle interviews zijn, zoals aangegeven, na afloop uitgewerkt aan de hand van aantekeningen en bandopnames. De teksten zijn vervolgens geanalyseerd met de 'constant vergelijkende methode' (Boeije 2005). Eerst zijn de gegevens per instelling[5] en per positie (directie, uitvoerend personeel, mantelzorger) met elkaar vergeleken, waarbij de verscheidenheid in opvattingen, ervaringen en evaluaties in kaart is gebracht. Vervolgens zijn de instellingen op deze punten met elkaar vergeleken en tot slot hebben we de verschillen tussen de instellingen geïnterpreteerd.

2.3 Begrippen en definities

Voordat we van start gaan met de beschrijving van de resultaten, volgt hier een lijst met begrippen en definities die daarbij handig is.

Mantelzorg en mantelzorger
Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door een of meer leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie (Timmermans et al. 2004).
Mantelzorgers zorgen voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende ouder, kind of ander familielid, vriend of buur. Zij geven die zorg omdat ze een persoonlijke band hebben met die persoon. De zorg die zij geven is langdurig, intensief en afhankelijk van de zorgbehoevende (Mezzo 2005).

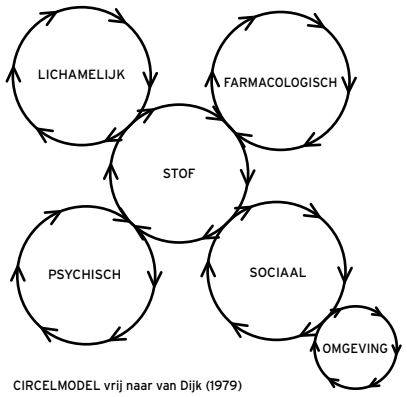
Mantelzorgondersteuning
Mantelzorgondersteuning is een verzamelterm voor voorzieningen en diensten die de draagkracht van mantelzorgers vergroten en/of de draaglast voor mantelzorgers verminderen. Vormen van ondersteuning zijn: informatie en advies; emotionele steun en begeleiding; educatie; praktische ondersteuning; en belangenbehartiging (Expertisecentrum Informele Zorg 2006).

[5] 'Zelfhulp' is hier voor het gemak als zesde instelling bestempeld.

Rollen mantelzorger
Een belangrijk element bij relaties waar verslavingsproblemen (of andere problematiek) spelen is dat de rollen die mantelzorgers hebben als partner, vader, moeder, kind, vriend of vriendin, werknemer et cetera ondergesneeuwd raken omdat zij teveel zorgen voor de ander. Zij zetten als het ware hun eigen voorkeuren en behoeften voor langere tijd opzij. De rol van ondersteuner in het proces van de verslaafde overheerst de andere rollen en dat tast de relatie aan. De mantelzorger raakt overbelast door het zorgen voor en over de ander en door eigen problemen. Soms zijn de patronen er dusdanig ingeslopen dat er kan worden gesproken van co-afhankelijkheid. Er moet dan ook goed worden gekeken naar de ondersteuning van de mantelzorger in relatie tot deze andere rollen. Is hij of zij een ondersteuner in het proces binnen de hulpverlening aan de verslaafde, als het ware 'in dienst' van de hulpverlening waarbij de verslaafde centraal staat, of wordt er gekeken naar de mantelzorger zelf en de ondersteuning voor zijn of haar eigen proces?

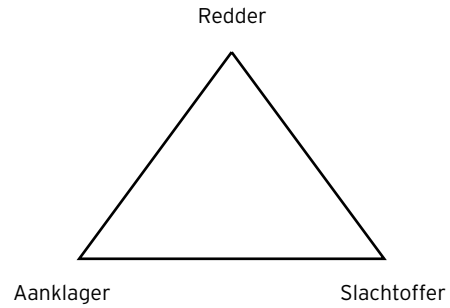
Co-afhankelijkheid
Het woord co-afhankelijkheid is voor het eerst verschenen in een therapeutische behandeling in de jaren '70 van de vorige eeuw en werd gebruikt om een persoon te beschrijven wiens leven was aangetast door de betrokkenheid bij iemand die verslaafd was. De co-afhankelijke heeft eenzelfde soort patronen ontwikkeld als de verslaafde. Zij voelen zich machteloos tegenover de verslaving en hun leven is oncontroleerbaar geworden. Zij zijn vooral reactoren (informatiemap Castle Craig). Het begrip co-afhankelijkheid wordt ook wel in verband gebracht met relatieverslaving zoals door Anne Wilson Schaef omschreven (zie bij voorbeeld Brants en Vansteenwegen 2002).

Cirkels van Van Dijk
De ontwikkeling en het voortduren van verslavingsgedrag is het gevolg van de interactie van vele factoren. Een grove indeling van deze factoren is de volgende: de gewoonte van het gebruik zelf, de lichamelijke, farmacologische, psychische en sociale processen rond het gebruik. Het samenspel van deze processen bepaalt het verloop en de ernst van de verslaving. Dr. Kuno van Dijk heeft dit aanschouwelijk gemaakt met behulp van een model met elkaar aanjagende vicieuze cirkels. De cirkels staan voor de genoemde factoren of processen. De Cirkels van Van Dijk zijn een begrip in de verslavingszorg en worden per situatie soms iets anders ingevuld of aangevuld (Basiscursus verslavingszorg Leernetwerk Zuidoost Nederland).



CIRCELMODEL vrij naar van Dijk (1979)

Reddersdriehoek
Ook wel dramadriehoek genoemd. In de reddersdriehoek komen drie posities voor: de redder, het slachtoffer en de aanklager. Het is een rollenpatroon waar verslaafden en hun omgeving in vast kunnen komen te zitten. Zowel verslaafde als mantelzorger kan iedere rollen afwisselend spelen (het is dus niet zo dat de mantelzorger automatisch de rol van redder of slachtoffer speelt).



Kort samengevat is de redder iemand die dingen voor een ander doet terwijl die ander dat beter zelf zou kunnen of moeten doen. Het slachtoffer is iemand die zich machteloos en afhankelijk van de ander opstelt: iemand die weinig geloof en vertrouwen heeft in zijn eigen kunnen of niet bereid is verantwoordelijkheid te dragen voor zijn eigen situatie (of het veranderen van die situatie). Het slachtoffer leunt op de ander, meestal op de redder. Daarom bestaan er ook geen redders zonder slachtoffers en omgekeerd. De aanklager is de persoon die de ander iets verwijt, meestal omdat hij of zij teleurgesteld is in de ander omdat aan bepaalde verwachtingen niet wordt voldaan.

Zelfhulp
Zelfhulpgroepen zijn groepen waarvan de deelnemers eenzelfde problematiek delen, die ze met behulp van die groep de baas trachten te worden. De groepen bestaan alleen uit verslaafden of uit familieleden van verslaafden, er is geen professionele begeleiding aanwezig. Uitwisseling van ervaringen, het lotgenotencontact en onderlinge steun (erkenning en herkenning) vormen belangrijke bestanddelen van de groepen. Veel groepen delen een bepaalde filosofie en werken volgens een 12-stappenprogramma. Zelfhulpgroepen bestaan over heel de wereld en vormen een netwerk van gelijkgestemden.

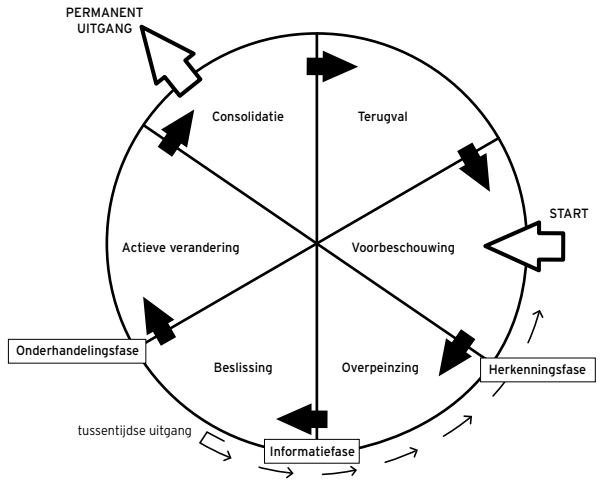
12-stappenprogramma
Naar voorbeeld van Resultaten scoren (2003) gebruiken we deze term voor alle vormen van professionele behandeling waarin de uitgangspunten en het programma van de AA centraal staan. In de Verenigde Staten is het de dominante benadering in de verslavingszorg. Er zijn verschillende varianten. De meest omvattende is het zogenaamde Minnesota-model ook wel Hazelden-model genoemd. Behandeling staat in het teken van de uitgangspunten van de AA.

Stadia van gedragsverandering

Prochaska en DiClemente (1983) ontwikkelden een model voor het proces van gedragsverandering.

De volgende stadia van verandering worden onderscheiden.

- Voorbeschouwing: de persoon is zich nog niet bewust van andere mogelijkheden
- Overpeinzing: de persoon denkt na over het voorstel, maar aarzelt nog, weegt voor- en nadelen af.
- Beslissing/voorbereiding: de persoon besluit of deze het voorgestelde gedrag gaat proberen of niet.
- Actie: als blijkt dat het nieuwe gedrag het gewenste resultaat oplevert, zal het gedrag worden voortgezet.
- Consolidatie/gedragsbehoud: de verandering is bereikt en moeilijkheden worden al dan niet weerstaan.
- Terugval: men valt terug in het oorspronkelijke gedrag.



hoofdstuk 3

BoumanGGZ

Hoofdstuk 3

BoumanGGZ

Deze instelling voor verslavingszorg opereert in een grootstedelijke industriële omgeving. BoumanGGZ onderscheidt zich de laatste jaren door een sterk medisch-psychiatrische oriëntatie op verslaving. Verslaving wordt als een hersenziekte beschouwd. Op 1 januari 2005 stonden er 13.458 cliënten ingeschreven. In de loop van het jaar zijn er nog eens 3.793 cliënten ingestroomd. In 2005 waren er in totaal 17.251 cliënten in behandeling (jaarverslag 2005).

3.1 Visie en beleid mantelzorg

BoumanGGZ is een aantal jaar geleden begonnen met een fundamentele verandering in de visie over verslaving. De instelling kan getypeerd worden als een medisch-psychiatrische georiënteerde organisatie. Op de website staat er over hun visie over verslaving het volgende: "Verslaving is een chronische psychiatrische ziekte, die vaak tot een (blijvend) verlies van autonomie op het gebied van emoties, denken en handelen leidt." Met het formuleren van deze visie in 2001 zette BoumanGGZ de toon in de thans steeds breder wordende vernieuwing van de verslavingszorg. Deze nieuwe visie op verslaving, heeft geleid tot belangrijke veranderingen binnen het zorgaanbod, waarbij de organisatie nieuwe behandeltracés ontwerpt. Binnen het vormgeven van de tracés wordt er zeker ook gekeken naar de omgeving. De directie is dan ook van mening dat de ontwikkeling of versterking van sociale steunsystemen in de behandeling van chronisch verslaafden een elementair gegeven is. Het uitgangspunt hierbij is in eerste instantie de verslaafde persoon zelf: hoe moet je mantelzorgers ondersteunen of trainen in het uitoefenen van de mantelzorgtaken? Strikt genomen betekent dit dat de mantelzorger activiteiten ontplooit die gericht zijn op de patiënt en minder gericht op het eigen lot.

Verslaving of een psychische ziekte heb je niet alleen, het heeft consequenties voor de omgeving. Soms is het voor veel naasten wellicht draaglijker als ze een rol hebben waarmee ze ook iets goeds kunnen doen. Maar er moet goed worden gekeken naar de positie die iemand krijgt in de relatie. Een belangrijk element bij relaties waar een verslavingsprobleem (of andere problematiek) speelt is dat bijvoorbeeld partners juist

partners moeten zijn en niet teveel moeten 'zorgen'. Daarmee komt meteen een dilemma van mantelzorg aan het licht, die ook door de directie van deze instelling benoemd wordt.

Hiermee komt een vaak genoemd probleem aan het licht. Verslaving kan veel invloed hebben op de relatie, het gezin en de sociale omgeving. Vaak heeft (bijvoorbeeld) de partner van iemand met verslavingsproblemen al veel pogingen gedaan om grip te krijgen op het verslavingsprobleem. Niet zelden heeft dat een negatief effect op het eigen leven en het welbevinden van de partner.

Samenwerking zelfhulpgroepen
BoumanGGZ werkt er aan om zelfhulpgroepen voor verslaafden zoals de AA, NA en de Buitenveldertgroep meer binnen de instelling te halen. Er wordt onderling voorlichting gegeven en er worden verschillende zelfhulpgroepen binnen verschillende vestigingen van BoumanGGZ gehuisvest. In de praktijk – zo blijkt uit de interviews met hulpverleners – strekt de samenwerking niet veel verder, er wordt meestal niet of weinig samengewerkt of doorverwezen naar zelfhulpgroepen. De samenwerking met zelfhulpgroepen voor familieleden van verslaafden blijft wat dat betreft helemaal achter.

"De laatste jaren lag dat stil. Er was één man die het leidde. Als er iemand contact op nam, zat je met z'n tweeën. Ik hoorde iets over een nieuwe groep, net buiten Rotterdam. Maar ik heb zelf geen persoonlijke contacten meer." ***(interview met hulpverlener)***

Ook die samenwerking blijkt, vanuit de instelling gezien, dus vooral afhankelijk van de persoonlijke interesse en de inzet van de betreffende hulpverleners. Zoals eveneens uit interviews met hulpverleners uit andere instellingen blijkt, is gebrek aan kennis over zelfhulpgroepen een struikelblok.

3.2 Aanbod mantelzorg

De hulpverlening bij BoumanGGZ is vooral individueel gericht. Sommige interventies, zoals de partnergroepen, vallen wel onder een systeemgerichte benadering. Volgens de geïnterviewde hulpverleners zou het aantal groepen gericht op familieleden van verslaafden uitgebreid kunnen worden, maar is daar de mankracht niet voor. Ook is het bestaande aanbod nog onvoldoende uitgewerkt en vastgelegd. Vanuit de organisatie is men is bezig om dit aanbod structureel vorm te gaan geven, wat volgens de geïnterviewde hulpverleners (te) lang op zich laat wachten.

Het aanbod van BoumanGGZ bestaat uit partnergroepen en verwantengroepen. Hieronder wordt het aanbod van de partnergroepen kort beschreven en zal de verwantengroep uitgebreid worden belicht.

Partnergroepen
De partnergroep is een behandelaanbod bestemd voor mannen en vrouwen die een partner hebben met een alcohol-, drugs- of gokverslaving. In de praktijk blijkt de groep alleen uit vrouwelijke deelnemers te bestaan. Het is een zogenaamde open groep die doorloopt, met maximaal twaalf deelnemers. Er wordt

gewerkt aan persoonlijke aandachtspunten en er is ruimte voor het uitwisselen van ervaringen en het geven van steun. Van te voren wordt per persoon een individueel behandelplan gemaakt. Dit wordt om de drie maanden geëvalueerd. Cliënten krijgen twee voorbereidende individuele gesprekken waarin uitleg wordt gegeven over het doel en de werkwijze van de partnergroep en waarin de individuele aandachtspunten worden besproken.

Volgens de informatiefolder over de partnergroep is het doel van de partnergroep "meer inzicht te krijgen in de eigen situatie en dat leren om te zetten in handelen, zodat er minder klachten en problemen worden ervaren". Bij de intake wordt bekeken of iemand kan luisteren, voldoende Nederlands spreekt, zelf niet (te zwaar) verslaafd is en niet psychiatrisch is of snel van streek. Er mogen partners in van cliënten die in behandeling zijn bij BoumanGGZ, maar ook partners van mensen die (nog) niet in behandeling zijn. De cliënten worden via-via geworven en komen vooral bij de groep terecht via partners die al in behandeling zijn. Zonder al te veel moeite komen de groepen dus wel vol, aldus een geïnterviewde hulpverlener.

3.3 Focus op aanbod – De verwantengroep

Bij deze instelling evalueren we de verwantengroep. Doel hiervan is het verschaffen van informatie en lotgenoten de gelegenheid bieden ervaringen te delen. De groep bestaat uit maximaal vijftien personen. In de informatiefolder over de verwantengroep staat het volgende doel beschreven: "Het is de bedoeling dat u meer inzicht krijgt in het effect van uw handelen op uw verslaafde familielid en dat u handvatten krijgt in het veranderen hiervan." Om deel te kunnen nemen aan de vijf bijeenkomsten van elk twee uur wordt eerst een intakegesprek gevoerd. 'Kinderen van' of 'ouders van' drugs- of alcoholverslaafden kunnen zich inschrijven. Tijdens het intakegesprek wordt één en ander verteld over de inhoud van de serie bijeenkomsten en men krijgt een folder mee. Thema's in de bijeenkomsten zijn: wat hebben we tot nog toe geleerd, behandelaanbod en visie op behandelen van BoumanGGZ, hoe ga ik met de verslaafde om, de reddersdriehoek, evaluatie, en voorlichting door een arts over middelen en verslaving (aparte bijeenkomst). Deelnemers krijgen een map met informatie aan de hand waarvan de groep wordt gegeven.

Hulpverleners en de gebruikte methodieken

De hulpverlener die het initiatief neemt bij dit groepsaanbod begeleidt de serie van vijf bijeenkomsten al jaren. Hij hecht veel belang aan het contact tussen lotgenoten en biedt tijdens de bijeenkomsten veel ruimte voor het delen van ervaringen en het reageren op de bijdragen van de deelnemers. Het volgende fragment is hier een voorbeeld van en illustreert de ondersteuning die de mantelzorgers (niet) ervaren vanuit de familie- en kennissenkring:

Moeder 1 (van drugsverslaafde zoon): *"Ik krijg helemaal geen hulp vanuit de familie. Ze hebben alleen maar commentaar op me dat ik mijn zoon niet goed heb opgevoed."*
Moeder 2 (van drugsverslaafde dochter): *"Misschien is het wel onwetendheid?"*
Moeder 1: *"Ze weten wel wat er allemaal aan de hand is, maar ze vragen er ook niet naar. Ze houden zich liever dom."*

Dochter (van alcoholverslaafde moeder): *"Ik denk ook wel dat sommige mensen heel bang zijn voor een stigma."*
Moeder 3 (van (problematisch) drugsgebruikende zoon): *"Of dat ze sowieso angst hebben."*
Moeder 1: *"Ze kiezen gewoon de makkelijkste weg."*
Hierop volgde een discussie aangegaan door de ***oudere moeder die één (uitwonende) zoon heeft die verslaafd is:*** *"Ja, maar jij hebt tenminste nog andere kinderen waarmee je de zorgen kunt delen." Een echtgenoot zou volgens haar om dezelfde reden willen scheiden. Uit de reacties van de andere mantelzorgers blijkt dat relaties en huwelijken onder spanning komen te staan omdat de partners het oneens zijn over de aanpak van hun verslaafde kind. Ook zonen en dochters kunnen niet altijd even goed omgaan met hun verslaafde broer of zus en willen soms niets met hen te maken hebben."* ***(fragment uit observatieverslag)***

De tweede hulpverlener heeft ervaring in het geven van trainingen aan groepen, maar is nieuw met dit aanbod. Daardoor laat zij zich vooral leiden door haar collega. Ze geeft aan dat ze zelf meestal kiest voor iets meer structuur tijdens haar groepsactiviteiten, en vindt interactie daarbij erg belangrijk. Dit blijkt tevens uit de bijdragen die zij levert tijdens de verwantengroep:

De hulpverlener praat over geven en nemen en de grenzen hierbinnen. Ze behandelt de reddersdriehoek. Opnieuw maakt ze gebruik van voorbeelden van de groep. Welke rol neem je vaak op je? Wat wil je zelf daarin veranderen? (stukje bewustwording). Ze pakt terug op wat er door de aanwezigen wordt gezegd en houdt tijd, opbouw en voortgang in de gaten. (fragment uit observatieverslag)

De deelnemers

Hoewel er zich ongeveer twaalf mensen hadden opgegeven, zijn er uiteindelijk slechts zes mensen die alle vijf bijeenkomsten hebben bijgewoond. De opkomst per bijeenkomst varieerde. Redenen hiervoor waren onder andere ziekte en vakantie. Een aantal personen zag van (verdere) deelname af, omdat ze bijvoorbeeld de confrontatie (nog) niet aandurfden. Een paar oorspronkelijke deelnemers van deze groep zijn ingestroomd in de komende verwantengroep, die overigens wel een volledig aantal inschrijvingen heeft.

Onder de deelnemers van de huidige groep was slechts één dochter van een aan alcohol verslaafde moeder. De rest bestond uit 'ouders van' verslaafde of (problematisch) gebruikende kinderen, voornamelijk zoons en een enkele dochter. De middelen die deze (volwassen) kinderen gebruiken zijn vooral drugs, waarvan cocaïne de meest voorkomende is.

Tussen de deelnemers van deze verwantengroep bemerkten wij soms wel wat frictie. Dit kwam vooral tot uiting wanneer het ging over het stellen van grenzen. Ouders van al wat oudere en langer verslaafde kinderen deden af en toe overkomen dat dit voor ouders van (thuiswonende) kinderen tot 25 jaar met (problematisch) middelengebruik makkelijker zou zijn. Daarnaast voelden de bezorgde ouders van kinderen die relatief kort (en wellicht slechts recreatief) gebruiken, zich ontmoedigd door de verhalen van de ouders die al zoveel terugslagen met hun verslaafde kinderen hebben meegemaakt. Hierbij is sprake van verslavingsproblematiek in combinatie met bijvoorbeeld dakloosheid of criminaliteit en is in sommige gevallen de prognose dat zij waarschijnlijk moeilijk van hun verslaving zullen afkomen:

Miranda (dochter van een aan alcohol verslaafde moeder)

Miranda is 30 jaar en dochter van een depressieve en veeleisende moeder (57) die tien jaar verslaafd is aan alcohol.

"Eerder dacht ik dat als ik nou maar vaak genoeg langs ga en als ik nou maar een leuke dochter ben, dan kiest ze voor mij en niet voor de drank!"

Intussen heeft zij geleerd dat zij het probleem niet voor haar moeder kan oplossen. Qua drankgebruik is het "een beetje op en af". Ze drinkt in het weekend, kickt dan maandag weer af en op vrijdag begint ze weer. Haar moeder wil wel van de alcohol af, maar heeft geen vertrouwen in de hulpverlening.

Hulp voor moeder

Miranda heeft het idee dat hun huisarts te weinig weet van verslaving: "Dan zei hij bijvoorbeeld dat haar leverwaarden nog wel meevielen…" De medicijnen tegen depressiviteit slikte haar moeder alleen als ze niet dronk; niet vaak dus en al helemaal niet regelmatig. Maar naar de huisarts toe deed haar moeder alsof er weinig aan de hand was: make-up op en pepermuntjes eten. Miranda had inmiddels de website van BoumanGGZ gelezen en wilde via de huisarts haar moeder laten opnemen. "Maar ja, dan vroeg hij haar of ze dat wilde en dan zei zij 'nee'. Maar dat moet je haar niet vragen, je moet zeggen: 'joh, het zou beter voor je zijn als je wat meer hulp zou krijgen, hoe gaan we dat doen?'" Ze geeft aan dat ze het jammer vindt dat de huisarts haar nooit heeft gevraagd hoe het met háár ging.

Via haar schoonzusje hoorde ze van het bestaan van een begeleider van BoumanGGZ en dat zij hem zo kon bellen. Resultaat is dat haar moeder nu een ambulante begeleider heeft en naar een psychiater gaat "En ze vertelt hun dan wel over haar drankprobleem, maar niet wat haar nou echt bezighoudt. En daarna belt ze mij en dan gaat ze hem weer helemaal afkraken…" Veel van de zorg komt op de schouders van Miranda neer. Haar moeder heeft nauwelijks contact met andere mensen. "Ik bel sowieso om de dag, en dan in het weekend ga ik er vaak nog even naartoe. Ze wil dan haar verhaal kwijt, maar ja, ik ben daar eigenlijk niet de persoon voor. Dat maakt het wel zwaar." Praktische zaken regelt Miranda niet meer: ze maakt niet meer schoon. Wel stuurt ze aan op schuldhulpverlening.

Praten helpt

"Ik heb een hele lieve, begripvolle man. In het begin praatte ik er natuurlijk met niemand over, want ik schaamde me dood. Niemand begrijpt dat. En alleen met hem had ik het er veel over. Bij mij helpt het heel erg als ik erover kan praten. En met een vriendin praat ik erover; haar moeder is opgenomen in een psychiatrische kliniek, en dan zijn er toch veel overeenkomsten." Op haar werk zijn er twee collega's die ervan weten. Soms belde haar moeder in warrige staat wel drie keer per dag op, dus heeft ze het hen verteld. "Verder wist niemand het en dat vond ik ook wel lekker. Die dagen was ik gewoon mezelf en niet degene met dat zielige verhaal! Nu vragen ze soms hoe het gaat, wat wel lief is, maar…"

Verwantengroep BoumanGGZ

De begeleider van haar moeder heeft Miranda praktische aanwijzingen gegeven over hoe te reageren op haar moeder. Dat was echter niet genoeg. "En toen zag ik op de website iets over deze groep staan en toen dacht ik: dat is misschien wel wat voor mij..." Miranda is de enige 'dochter van' in de groep; de anderen zijn partner of ouder van een verslaafde. Dat is haar in de intake die ze kreeg verteld. "Maar ik had zoiets van: laat ik het maar gewoon doen, d'r is verder niks anders, en baat het niet dan schaadt 't niet." Met deelname aan de groep wil ze leren hoe een verslaving werkt, en hoe om te gaan met de verslaving van haar moeder en het gedrag wat daaruit voortkomt. De informatie van de arts die eenmalig bij de groep kwam vindt ze heel nuttig. In de groep leert ze het gedrag van haar moeder te plaatsen: "dat hoort niet bij haar en het ligt niet aan mij, maar het is de alcohol. Dat was wel een eye-opener". Het lotgenotencontact binnen de groep geldt voor haar wat minder, zo zegt ze zelf. "Ik ging er realistisch naar toe. Ik wilde informatie en handvatten en dat heb ik wel gekregen."

Ze merkt dat dat het soms beter gaat, en soms niet. "Dat ik me beter kan afsluiten. Het is wel erg, maar dan ga ik over tot de orde van de dag en mijn eigen leven. En de andere week voel ik me erg gespannen en zit ik er niet lekker door in mijn vel. Ik probeer het op dit moment beter af te bakenen: dit is haar stukje en dit is mijn leven. Dat heeft ze in de groep geleerd: problemen niet teveel naar zich toe te trekken, maar bij de ander te laten. Ik probeer wel leuke dingen te doen, maar het zit wel altijd in het achterhoofd." "De eerste bijeenkomst kwamen de verhalen los en ik vind het heel moeilijk om er met vreemden over te praten. Praten in een groep gaat me ook moeilijk af. Het rondje begon bij mij en ik moest zeggen wie ik was en wat mijn relatie tot de verslaafde was. En toen wilde ik niet verder praten, want ik dacht: dan ga ik huilen."

Toekomst

Met haar moeder gaat het inmiddels iets beter, wat betekent dat het met Miranda ook beter gaat. "Het is wel een dun draadje. Maar soms denk ik nu: het is best een prettig mens om mee om te gaan." "Ik ben op dit moment aan het nadenken of ik iets wil met een zelfhulpgroep voor volwassen kinderen van alcoholverslaafden. Er zijn twee groepen, zo las ik op de website van de AA. Maar ik merk nu al met de verwantengroep dat ik het zwaar vindt, mentaal zwaar, maar ook meteen uit je werk naar de groep. Je bent er gewoon een avond in de week aan kwijt. Dus ik zit nog even te denken of ik dat wil of niet." Iets anders is dat het Miranda tegenvalt om te praten over haar moeder en haar problemen. "Best wel confronterend, en met een nieuwe groep, een zelfhulpgroep, dan moet ik weer alles vertellen."

*"Ik vind het heel erg voor al deze mensen hier, met hun kinderen die echt heel veel problemen hebben, maar ik kwam hier verleden keer helemaal gedeprimeerd vandaan. Ik ging er toch vanuit dat hij er nog gewoon vanaf kan komen. 't Geeft ons geen hoop, al deze verhalen." **(moeder van drugsgebruikende zoon, fragment uit observatieverslag)***

*"Als ik geen hoop had dan zou ik hier niet zitten. Hij was ook 15 toen hij begon. Hij heeft eerst altijd ontkend, maar laat zich nu toch opnemen in een kliniek." **(vader van drugsverslaafde zoon, fragment uit observatieverslag)***

Kenmerken respondenten

Van de zeven à acht deelnemers hebben we bij vier een interview af kunnen nemen, waaronder één man. De leeftijden variëren van 30 tot 68 jaar. Ze zijn allen van Nederlandse afkomst. Eén geïnterviewde heeft een aan alcohol verslaafde moeder, drie respondenten hebben een kind dat verslaafd is (geweest) aan drugs. Alleen ouders van kinderen die al langere tijd – variërend van ongeveer tien tot ruim twintig jaar – verslaafd zijn, waren bereid om mee te werken aan een interview. Deelname door ouders van relatief korte gebruikers had wellicht kunnen bijdragen aan een completer en meer divers beeld.

Alle geïnterviewden ondervinden negatieve gevolgen van de verslaving van hun verwanten. De mantelzorgers en hun relaties en gezinnen komen vaak onder zware druk te staan. In veel gevallen uiten er zich psychische klachten, zoals migraine en emotionele schommelingen, maar soms ook fysieke stress-gerelateerde klachten:

*"Ik heb er gewoon een hernia van gekregen, zo vast had ik m'n rug gezet door alle spanningen. Toen ik vervolgens in het ziekenhuis lag, heeft ze geld gepind van mijn pasje. Ze heeft het altijd ontkend, maar niemand anders kan het gedaan hebben." **(interview met moeder van drugsverslaafde dochter)***

Drie van de vier respondenten zijn minimaal één keer bestolen door hun verslaafde kind. Bij één van hen kwam er (bij een poging hiertoe) geweld aan te pas:

*"En op mijn verjaardag vorig jaar, toen stond hij op het balkon. Mijn broer en zijn vrouw kwamen koffie drinken. Maar wat had hij nou net gedaan, was hij net dat balkon opgeklommen en toen vroeg hij om geld. En hij was helemaal onder de drugs. En ik zeg 'dat geef ik niet', want ik had dat beloofd aan de politie, 'wegwezen'. Toen werd hij zo ontzettend kwaad, hij sloeg de ruiten in van de slaapkamer! En nou heb ik gelukkig goeie buren dus die haalden mij bij hun naar binnen. En in de tussentijd hadden zij de politie al gebeld en die kwam met honden en alles. En toen was hij naar binnen gekomen, maar ik zat bij de buren, want ik durfde niet meer hier te zijn. En de politie durfde ook niet naar binnen, want hij zat helemaal onder het bloed van dat glas enzo. En toen hebben ze hem toch eruit gehaald, maar ja, dan nemen ze hem mee naar het politie-bureau voor een nacht op en dan staat hij weer op straat." **(interview met moeder van drugsverslaafde zoon)***

Bovendien zijn alle 'ouders van' onder onze respondenten er financieel op achteruit gegaan door de ondersteuning die zij vrijwillig bieden of geboden hebben aan de verslaafde. Het geld is uitgegeven aan mobieltjes en beltegoed, verzekeringen, een auto, huisraad en medicijnen, waaronder methadon omdat dit niet werd vergoed door de ziektekostenverzekering.

Hulpverleningsverleden
Alle vier respondenten hebben voor hun deelname aan de verwantengroep wel eens geprobeerd om professionele hulp te krijgen. De gemeentegids en het Internet waren behulpzaam bij deze zoektocht. Vaak was hun hulpvraag dan vooral gericht op de verslaafde en niet zozeer op henzelf. Ze zochten dan enerzijds hulp bij praktische zaken als schuldsanering, de aanvraag van een uitkering of het zoeken van een woning. Anderzijds wilden ze weten hoe ze de verslaafde het beste konden motiveren om af te kicken.

Vaak zien mantelzorgers die deelnemen aan het aanbod in eerste instantie niet dat ze zelf ook hulp kunnen gebruiken: "zij moet van de drank af, ik niet!" Hun hele leven draait om het helpen van de ander. Als er echter wel gericht naar hulp wordt gezocht om te leren omgaan met de verslaafde en ze deze hulp ook ontvangen, voelen zij zich nog al eens onbegrepen door de hulpverleners en krijgen zij adviezen waar ze niet mee uit de voeten kunnen:

"Ik heb wel eens gesprekken gevoerd met een maatschappelijk werkster in mijn eigen woonplaats. Aardige vrouw, maar erg afstandelijk. Ze stond er nogal hard in. De adviezen die ik kreeg, daar had ik niets aan: 'als hij geen woning heeft dan hoeft u hem toch niet in huis te nemen. Dan gaat hij toch naar z'n vrienden?'. Maar zijn vrienden hoeven hem ook niet meer als hij geen geld meer heeft. Als hij geld heeft, dan is hij weer populair. Makkelijk adviseren voor een buitenstaander, afstand nemen, maar dat doe ik niet zo makkelijk. Ik moet dat wel doen, maar ja, het blijft ook je zoon." ***(interview met vader van drugsverslaafde zoon)***

Eén van de vier respondenten spreekt positief over een initiatief georganiseerd door vrijwilligers, een informatielijn, vermeld in de gemeentegids. Zij namen de tijd voor deze respondent die er daarom erg over te spreken is. De meeste deelnemers slaagden er echter niet in om hulp te krijgen. Ze voelden zich van het kastje naar de muur gestuurd en ondervonden dat de hulp voornamelijk rond de verslaafde is geconcentreerd:

"Mijn huisarts weet gewoon niets van verslaving heb ik het idee. Ik ben ook degene die hem heeft verteld over de afkickmogelijkheden die deze instelling voor de verslaafde te bieden heeft. (…) Hij heeft ook nooit aan mij gevraagd 'hoe ga jij daar mee om?' of 'trek jij het wel?' of 'kan ik iets voor jou doen?'. Helemaal niets voor mij. Terwijl, soms kon mijn moeder helemaal niet meer rijden en dan ging ik mee naar de huisarts en dan zat ik er gewoon naast!" ***(interview met dochter van alcoholverslaafde moeder)***

Deze ervaringen hebben tot gevolg dat de vier geïnterviewde mantelzorgers weinig tot geen vertrouwen (meer) zeggen te hebben in de hulpverlening.

Persoonlijke doelstelling en ondersteuningsbehoefte
De algemene instelling voorafgaand aan deelname is: "Baat het niet dan schaadt het niet". De grootste behoefte van de respondenten en andere deelnemers van de verwantengroep bestaat uit het leren omgaan met de verslaving van hun naaste en het gerelateerde gedrag. Ze willen graag weten hoe ze de verslaafde kunnen stimuleren te stoppen met hun gebruik. Vaak zijn ze erg onzeker of ze "het wel goed doen". Ze willen tevens begrijpen hoe drugs en verslaving werken en stellen vragen als: "Wat is chronische

verslaving dan, want je doet 't toch zelf?" en "dus het zit in je genen?" Eén van de begeleiders antwoordt daarop dat het om de vatbaarheid van de verslaving gaat, niet alleen om de erfelijke factoren. De reactie die volgt is:

"Mijn moeder was zo ziek door de alcohol, maar is dan toch weer begonnen. Dat is het enige dat ik echt niet begrijp."
"Dat was met mijn moeder ook, maar ze kon niet van de drank afblijven en heeft zich letterlijk doodgedronken."
De begeleider vertelt het verhaal over 'triggers', de herkenbaarheid van bepaalde situaties die leiden tot het grijpen naar alcohol en/of drugs. Ook vertelt hij dat verslaving te maken heeft met de weg van de minste weerstand. ***(fragment uit observatieverslag)***

Daarnaast hebben deze deelnemers veel praktische vragen over financiële zaken rondom verslaving, waar zij graag begeleiding in willen hebben. Voorbeelden van vragen die gesteld worden zijn: 'Kan een kliniek ook dienen als postadres?', 'Is er ook een vergoeding voor mantelzorgers?', 'Hoe doen we dat met schulden en met het risico dat de deurwaarder langskomt?'

Sterke en zwakke punten aanbod
De meningen van de respondenten over de waardevolle en zwakkere onderdelen van het programma van de verwantengroep lopen nogal uiteen. Dit lijkt slechts deels te maken te hebben met het aanbod. Een belangrijke (en wellicht dé belangrijkste) factor is de voorkennis die de deelnemer heeft. Iemand die al langer met de hulpverlening bekend is of zelf werkzaam is in die sector zal minder leren van het aanbod dat vooral gericht is op het overbrengen van informatie.

Informatieverstrekking
Van de vier respondenten is er slechts één heel enthousiast over de informatieverstrekking. Dit is ook haar belangrijkste persoonlijke doelstelling en ze vindt dat deze is behaald. Twee anderen zijn gematigder in hun oordeel, maar zeggen er toch wel iets van op te hebben gestoken. De informatiemap wordt zeer nuttig genoemd. Onderwerpen die tijdens de bijeenkomsten zijn behandeld en goed aansloten bij de informatiebehoefte van de respondenten zijn: de informatieverstrekking over het middel en wat het lichamelijk en geestelijk met iemand doet, de lange en korte termijneffecten van alcohol en drugs en het gedrag van de verslaafde tijdens en na het afkicken. Het bezoek van de arts wordt door één respondent als heel nuttig ervaren, terwijl een ander dit beoordeelt als 'nog meer over die drugs'. Kanttekening bij het artsenbezoek is dat het te laat aan bod kwam. Normaal vindt dit bezoek in de tweede bijeenkomst plaats, maar door omstandigheden was dit nu niet mogelijk. Het nadeel hiervan is "dat er nu geen mogelijkheid meer was tot terugkoppelen". De vierde geïnterviewde geeft aan dat ze er wat betreft de informatieverstrekking nauwelijks iets aan heeft gehad. Het enige dat ze, volgens eigen zeggen, heeft geleerd is dat verslaving een psychiatrische aandoening is.

Omgang met de verslaafde
Alle respondenten zeggen wel wat kleine handvatten te hebben gekregen om met het gedrag van de verslaafde om te gaan, maar oordelen allen dat ze er niet voldoende aan hebben gehad:

"Echt antwoord op je vraag krijg je niet. Als je bijvoorbeeld vraagt 'als zij of hij nou dit of dat doet, hoe kan ik dan het beste reageren?' Dan komen ze met hulpverleningsopmerkingen. 'Dat hangt van de situatie af', et cetera, dan weet je nog niets." ***(interview met dochter van alcoholverslaafde moeder)***

Een respondent wijdt dit aan een gebrek van ervaringsdeskundigheid:

"Ze kunnen geen raad geven want ze weten niet (uit eigen ervaring) wat het is: 'laat hem los', dat gaat niet. Dan moet je wel zo'n beest zijn om dat te kunnen doen." ***(opmerking van moeder van drugsverslaafde zoon, fragment uit observatieverslag)***

Lotgenotencontact

Een andere belangrijke doelstelling vanuit het programma van de verwantengroep is het tot stand brengen van contact tussen lotgenoten. De respondent die het minste baat had bij de informatieverstrekking, haalde juist het meeste uit het lotgenotencontact. Ze vindt het heel prettig een keer haar "ei kwijt te kunnen". Een ander is van mening dat men lotgenotencontact niet in vijf bijeenkomsten tot stand kan brengen. Voorwaarden voor een goed verloop van het lotgenotencontact wordt gezocht in een goede begeleiding door de hulpverleners. De respondenten geven aan dat ze vinden dat er door de hulpverleners goed wordt opgelet dat iedereen aan het woord komt. Eén geïnterviewde mantelzorger meent dat er niet voldoende wordt bijgestuurd:

"Ze laten iedereen maar praten, maar het moet wel realistisch blijven. Zo was er pas ook iemand die vertelde over een bepaalde kliniek dat het net het Hilton hotel was en dat ze daar niks hoeven te doen enzo. Nu is mijn zoon daar opgenomen, maar daar is echt helemaal niets van waar. Ik vind dat de begeleiders dat soort uitspraken wel moeten pareren en niet zo maar op z'n beloop moeten laten." ***(interview met vader van drugsverslaafde zoon)***

Een andere kanttekening komt van de enige 'dochter van', bovendien de enige deelnemer als verwant van een alcoholverslaafde. Van tevoren was zij er (in de intake) op voorbereid, maar zij vindt het jammer dat ze weinig lotgenotencontact heeft ervaren. Voor haar zou lotgenotencontact moeten bestaan uit contact met andere 'kinderen van'. Haar suggestie is dan ook om meer te doen met de screening:

"Ze zouden meer moeten specificeren, naar een ouder- of kindgroep. Wanneer er te weinig kinderen zijn om een groep te kunnen vormen, zouden ze moeten doorverwijzen naar andere instanties of hulpverlening. 'Ouders van' en 'kinderen van' in één groep zorgt, denk ik, ook snel voor een te groot leeftijdsverschil, waardoor zo'n aanbod zijn doel te snel voorbij schiet." ***(interview met dochter van alcoholverslaafde moeder)***

Zoals al eerder aangegeven vallen de 'ouders van' uiteen in twee groepen, namelijk de ouders van al wat oudere en langer verslaafde kinderen en de ouders van (thuiswonende) kinderen tot 25 jaar met (problematisch) middelengebruik. Eén van de geïnterviewde moeders van een verslaafd kind geeft aan dat de verwantengroep misschien wel goed is voor ouders met jongere kinderen, maar dat hun (oudere en verslaafde) kinderen al te lang verslaafd zijn. In eerste instantie refereert ze aan de informatieverstrekking

die meer aan zou sluiten bij ouders die nog niet zo lang met de verslavingsproblematiek te maken hebben. Dit voorbeeld expliciteert dat – in het geval van deze groepssamenstelling – een gemêleerde doelgroep niet altijd positief uitpakt bij het tot stand brengen van contact tussen lotgenoten. Dit is ook één van de hulpverleners opgevallen, die opmerkt dat hier wellicht bij de samenstelling van nieuwe groepen rekening mee gehouden zou kunnen worden.

Praktische hulpvragen

Van de respondenten en andere deelnemers van de onderzochte verwantengroep heeft het overgrote deel praktische, doelgerichte vragen. De geïnterviewden zijn teleurgesteld over de bijdrage van de hulpverleners op dit vlak; de algemene verwachting bestaat dat de hulpverleners hen meer zouden helpen:

"Er komt geen antwoord. Geen praktische hulpaanwijzingen met betrekking tot financiën, schulden et cetera. Daar blijven ze vaag over. In het begin zeiden ze dat ik daar hulp bij zou krijgen, maar zelf wisten ze het ook niet zo goed." ***(interview met vader van drugsverslaafde zoon)***

Sfeer

Er wordt opgemerkt dat de sfeer van de bijenkomsten nogal negatief is. Als voorbeeld wordt genoemd dat de zware verhalen van sommige aanwezigen andere deelnemers heeft afgeschrikt (zie eerdere veldwerk-observatie in dit hoofdstuk). Eén van de respondenten heeft een aantal suggesties om hier wat tegenwicht aan te bieden. Zo noemt hij als optie een terugkeeravond, waarop er teruggekoppeld kan worden en nieuwe bevindingen en goede ervaringen kunnen worden gedeeld. Hier kunnen mensen dan weer motivatie uithalen. De instelling zou de deelnemers kunnen benaderen of er interesse is voor zo'n avond. Een ander idee is het organiseren van thema-avonden. Om het huidige aanbod een positieve impuls te geven noemt dezelfde respondent het uitnodigen van ex-verslaafden om te vertellen over hun ervaringen, hoe ze zijn begeleid en hoe het verslavings- en afkickproces is verlopen. Dit kan zorgen voor een positieve bijdrage en herkenbaarheid van ervaringsdeskundigen.

Doorverwijzing beroepshulpverlening en zelfhulporganisaties

Aan de deelnemers is door de hulpverlener voorgelegd of ze verder nog aanbod willen volgen binnen BoumanGGZ. De mogelijkheid bestaat om dezelfde verwantengroep van vijf bijeenkomsten nogmaals te volgen. Geen van de respondenten heeft hier animo voor.
Tijdens het aanbod heeft er geen doorverwijzing plaatsgevonden naar andere beroepshulpverlening. Ook zelfhulporganisaties zijn niet aan bod gekomen. Slechts één deelnemer is individueel ingelicht na haar eigen vraagstelling. De hulpverlener wist er eigenlijk te weinig vanaf. Voor verdere informatie heeft de deelnemer het internet geraadpleegd.

Hoewel het lotgenotencontact door meerdere respondenten redelijk positief wordt gewaardeerd, geven allen aan geen behoefte aan deelname aan zelfhulpgroepen te hebben. Argumenten die worden genoemd zijn: "de tijdsinvestering", "niet afgebakend zoals met verwantengroep (vijf keer en dan klaar)", "de heftige verhalen die je dan te horen krijgt" en "de verschillende fasen waarin deelnemers wellicht zitten".
Zij denken dat hierdoor de aansluiting minimaal zal zijn.

hoofdstuk 4

Castle Craig

Castle Craig

Hoofdstuk 4

Castle Craig

Castle Craig is een privékliniek met een klinische afdeling in het buitenland. De kliniek is ook AWBZ erkend waardoor de cliëntenpopulatie gemêleerd is: van mensen die het zelf kunnen bekostigen tot mensen die enorme schulden hebben. Om deel te kunnen nemen aan de behandeling moeten cliënten – voor hun verzekering – voldoen aan de voorwaarden om naar het buitenland te gaan. Een groeiende groep patiënten vanuit Nederland maakt gebruik van de kliniek waardoor de diensten naar Nederland zijn uitgebreid. De intakeprocedure en het nazorgtraject vinden plaats in Nederland. Het familieprogramma vindt zowel plaats in het buitenland als in Nederland. De kracht van deze organisatie is het kleine team waarmee gewerkt wordt. In 2005 zijn er uit Nederland 237 patiënten en 144 familieleden behandeld.

Volgens de website zijn de cliënten vooral mensen die snel opgenomen moeten of willen worden, mensen die tevergeefs andere behandelmethoden in Nederland hebben geprobeerd, Engels sprekenden, dubbele diagnose cliënten, mensen met een motivatie voor het 12-stappenprogramma en personen die naar het buitenland willen uitwijken vanwege hun sociaal maatschappelijke positie.

4.1 Visie en beleid mantelzorg

De behandelmethode van deze instelling is het Minnesota Model, een model waarin gedragswetenschappelijke principes en de principes van het 12-stappen programma samenkomen. In de behandeling wordt veel tijd besteed aan de uitleg van de principes van de twaalf stappen en wordt de patiënt ermee vertrouwd gemaakt. Afhankelijkheid van middelen wordt gezien als een primaire, chronische en progressieve ziekte, die met succes een halt toegeroepen kan worden. Met behulp van een individueel behandelingsplan en het naleven van de persoonlijke aanbevelingen in het nazorgplan is het voor de patiënt mogelijk dit te bewerkstelligen. Een essentieel onderdeel van de behandeling is planning van het ontslag uit de kliniek en de nadruk in dit model ligt op de daaropvolgende nazorg. Het model pleit voor een holistische benadering. Dit komt overeen met het idee binnen de AA dat alcoholisten en verslaafden lijden aan een ziekte die hen in fysiek, mentaal, emotioneel, sociaal en spiritueel opzicht aantast. Wanneer de verslaving actief is, zijn

ook de familiale en de sociale relaties vaak verstoord. Het primaire doel is onthouding van alle gemoeds- en stemmingsveranderende middelen.

"Wij zien verslaving als een ziekte die het hele systeem beïnvloedt. De verslaving en de verslaafde persoon zijn als het ware centraal komen te staan. Omdat de verslaving van één persoon invloed heeft op alle betrokkenen, kan je niet zeggen: "we behandelen de patiënt en daarmee is het probleem opgelost". Nee, in de ideale situatie zul je het hele systeem hulp moeten bieden om de verslaving effectief aan te kunnen pakken. In eerste instantie denken betrokkenen vaak dat als de verslaafde persoon geholpen is, dat alle problemen opgelost zijn. We proberen hen duidelijk te maken dat ze er dan nog niet altijd zijn, maar dat dit vaak het begin is van het herstelproces waarin zij allen een rol kunnen spelen. We proberen hen te laten kijken naar hun eigen gedrag, hun eigen behoeften en hun rol in het geheel." ***(interview met hulpverlener)***

Samenwerking zelfhulpgroepen
Binnen de instelling zijn de cliënten al vertrouwd geraakt met de zelfhulporganisaties Alcoholics Anonymous (AA) en Narcotics Anonymous (NA). Zij vormen een belangrijk onderdeel van de nazorg en patiënten worden aangemoedigd om er gebruik van te maken. Ook de familieleden worden aangeraden en aangemoedigd om naar de zelfhulpgroepen toe te gaan. Zij worden actief doorverwezen naar Al-Anon, zelfhulpgroepen van familieleden van verslaafden. Over heel de wereld en dus ook in Nederland zijn deze groepen ruimschoots aanwezig.

"Er is geen directe samenwerking op inhoudelijk terrein. Dat mag ook niet, zelfhulpgroepen staan op zichzelf. Er zijn vaste mensen die voorlichting komen geven, contactpersonen die dat werk doen als servicewerk. Op dinsdagavond komen ze meestal naar het familieprogramma, ze vertellen hun verhaal, geven folders en vertellen uit eigen ervaring wat Al-Anon is." ***(interview met hulpverlener)***

4.2 Aanbod mantelzorg

Castle Craig biedt een programma voor mantelzorgers bestaande uit de volgende onderdelen: familie-informatie/bezoekdag, informatiebijeenkomsten, het driedaags familieprogramma, familietherapie en nazorg.

Familie-informatie/bezoekdag
Tijdens de behandeling in Schotland kunnen patiënten iedere zondagmiddag bezoek ontvangen. Een vast onderdeel van de bezoekdag is deelname aan therapeutische activiteiten, waaronder een lezing, counseling sessies en bijeenkomsten van de zelfhulpgroepen Anonieme Alcoholisten/ Narcotics Anonymous en Al-Anon.

Informatiebijeenkomsten
In Nederland wordt maandelijks een familie-informatiebijeenkomst gehouden, waarin de familie van cliënten wordt geïnformeerd over de behandelmethode en de achterliggende filosofie. Aandacht wordt besteed aan steun en herstel voor de familie. Hierbij wordt informatie uitgedeeld over het driedaagse familieprogramma.

Familieprogramma
Het betreft hier een driedaags programma dat voorheen vooral in het buitenland plaatsvond. Sinds enkele jaren wordt het programma ook uitgevoerd in Nederland, in samenwerking met Mirage van Parnassia. Als mensen niet kunnen of willen dan kan het familieprogramma ook eventueel individueel worden aangeboden. Maar aangeraden wordt om de drie dagen intern te doen:

"Mensen zijn er dan even helemaal uit, ze ontmoeten lotgenoten en de mensen kunnen hun eigen proces door, dat is anders als ze voor bijvoorbeeld twee uurtjes komen, dan geef je eigenlijk meer informatie." ***(interview met therapeut/hulpverlener)***

Het familieprogramma wordt op aanvraag ook extern aangeboden, dus aanbod op maat voor groepen.

Familietherapie
De instelling biedt familietherapie in het buitenland (waar de kliniek zich bevindt) of in Nederland. Familietherapie houdt in dat de verslaafde en zijn of haar partner/gezin gezamenlijk gesprekken voeren onder begeleiding van een therapeut. Het doel hiervan is de beschadigde relaties te herstellen. Daarnaast is het altijd mogelijk om voor tijdens of (ver) na de behandeling een gesprek aan te vragen met de therapeuten van de instelling.

Nazorg
Ook voor de familieleden bestaat er aandacht voor zorg na afloop van de behandeling. De zelfhulpgroepen vormen daar een belangrijk onderdeel van. Ook worden alle cliënten een paar weken na afloop van het familieprogramma gebeld.

4.3 Focus op aanbod – Het familieprogramma

Bij deze instelling evalueren we het familieprogramma in Nederland. Het gaat hier om een aanbod voor alleen de familieleden: de verslaafde cliënt is er zelf niet bij aanwezig. Het programma vindt bij voorkeur ongeveer om de twee maanden plaats. Hieraan kunnen maximaal twaalf mensen per keer deelnemen. Over dat maximum aantal deelnemers zegt een medewerker: "Daarachter zit het idee dat iedereen binnen het programma aan bod moet kunnen komen om gedachten en ervaringen te delen, het moet veilig zijn. Je hebt veel opdrachten die je met elkaar bespreekt. Daar moet dan voldoende ruimte voor zijn." De instelling stelt een maximum van vier familieleden per cliënt per familieprogramma.

Werving en toelatingscriteria
Voorwaarde voor de familieleden om aan de groepen mee te doen is dat de verslaafde cliënt het programma volgt binnen de instelling. Medewerkers geven aan dat zij het programma ook aan mensen buiten de instelling zouden willen aanbieden, maar gezien de financiën en de mankracht, is dat momenteel onmogelijk. Het programma staat verder in principe voor iedereen open: ouders, partners, broers en zussen, vrienden en collega's van verslaafde cliënten.

Als toekomstige cliënten op intake komen dan inventariseert de hulpverlener welke betrokkenen er zijn. Indien mensen de behandeling ingaan dan krijgen deze mensen, die als contactpersoon worden doorgegeven, een folder en het inschrijfformulier van het familieprogramma. Hiervoor moeten de cliënten overigens officieel wel toestemming geven. Er ontstaat hierdoor volgens een hulpverlener soms een dilemma omdat de instelling ervan uit gaat dat het aanbod voor familieleden en naasten los staat van de behandeling van de cliënten in het klinische programma.

Bij cliënten moet de alcohol- of drugsverslaving primair zijn om in aanmerking te komen voor behandeling. Als ze daarnaast nog een andere verslaving hebben zoals eten, seks of gokken dan vormt dat geen contra-indicatie, hoewel het er wel aan ligt in welke mate dat is. Familieleden van deze verslaafden komen in aanmerking voor het familieprogramma. Soms komt het voor dat mensen niet kunnen deelnemen aan het familieprogramma:

"Als we weten dat iemand zelf ook verslaafd is, dan willen we daar wel eerst naar kijken. Mensen mogen tijdens de behandeling niets gebruiken. We willen ook weten of mensen medicatie gebruiken. We willen wel weten of ze in behandeling zijn en dergelijke. Maar dat is geen belemmering om ze deel te laten nemen. Het gaat ons erom dat iemand niet onder invloed in het programma zit. We willen deelnemers drie dagen geven waar ze tot rust kunnen komen. Het heeft consequenties voor het draaien van het programma. Als mensen zelf echt verslaafd zijn dan heb ik ze liever in het gewone programma. Eerst van de verslaving af en dan zien we wel weer verder." ***(interview met therapeut/hulpverlener)***

Inhoud
Het driedaagse programma bestaat uit een aanbod van informatie, lezingen (onder andere door een verslavingsarts en een vertegenwoordiger van Al-Anon), opdrachten, intensieve groepsgesprekken en meditatiemomenten. Deelnemers verblijven met elkaar intern op een locatie binnen Nederland. Het programma begint op maandagochtend om 11.00 uur en eindigt woensdagmiddag om 15.30 uur. Het is een intensief programma, dat ook in de avonduren doorloopt. Binnen het programma is er veel aandacht voor de onderwerpen 'verslaving als ziekte', 'co-afhankelijkheid', en 'het 12-stappenprogramma'. Over de inhoud van het programma zegt één van de medewerkers: "De kracht van het familieprogramma is: educatie, lotgenotencontact, naar jezelf leren kijken en de verwijzing naar zelfhulp. We maken het volgende duidelijk: je bent er nog niet, nu begint het pas."

Methodieken
Het aanbod is gericht op bewustwording van de familieleden en andere naasten zelf. Los van de verslaafde persoon krijgen de deelnemers een eerste aanzet om te leren kijken naar hun eigen problemen en de patronen die zij bijvoorbeeld als 'partner van' hebben ontwikkeld. De aandacht ging lange tijd uit naar de verslaafde persoon waardoor zij zichzelf in meer of mindere mate hadden weggecijferd.

Het aanbod wordt gegeven door twee ervaren therapeuten, één werkzaam bij Mirage van Parnassia, één bij Castle Craig zelf. Beiden hebben een opleiding als therapeut gevolgd binnen de instelling, één van hen is ervaringsdeskundige. Binnen Castle Craig werken meerdere therapeuten die zelf met verslavingsproble-

John-Peter (partner van een aan alcohol en drugs verslaafde vrouw)

John-Peter is 43 jaar en de partner van een aan alcohol en cocaïne verslaafde vrouw. Zijn vrouw is een half jaar geleden voor behandeling in het buitenland geweest en is afgekickt. Rond diezelfde tijd kwam hij er achter dat hij er ook zelf slecht aan toe was. Hij had zich te lang weggecijferd en stelde zich binnen de relatie te afhankelijk op. Tijdens een bezoek aan zijn vrouw in het buitenland kwam hij via de therapeuten in aanraking met zelfhulpgroepen. John-Peter gaat sindsdien twee keer per week naar verschillende zelfhulpgroepen van zowel Al-Anon als Nar-Anon. Hij ervaart hier veel steun van. Het is zijn manier om aandacht te schenken aan zichzelf en te kijken naar zijn eigen problematiek en aandeel binnen de patronen in de relatie tussen zijn vrouw en hem.

Zelfhulpgroepen

John-Peter is heel blij met de werkzaamheid van de zelfhulpgroepen.

"Het is een raar idee dat je zo in de ellende kunt zitten terwijl er drie straten verderop een groep is. Je weet gewoon dat mensen thuis zo zitten te ploeteren."

Hij vindt erin eigenlijk alles terug wat hij nodig heeft en kan het daarom iedereen aanraden. "De dagelijkse selectiecriteria spelen niet. Je zit met een heel gemengde groep mensen. Gelijken vinden, dingen eruit halen die je kunt gebruiken. Iedereen laat je uitpraten. Herkenning is heel belangrijk. Mensen kunnen iets zeggen waar je veel aan hebt. Soms wordt er heel veel gezegd maar is er een klein dingetje wat je dan enorm kan raken."

Het ligt heel subtiel of mensen de juiste aansluiting vinden bij een zelfhulpgroep. Ook voor John-Peter bleek het een hele zoektocht te zijn om de juiste groep te vinden. "Waar bevinden ze zich in hun proces bijvoorbeeld. Soms vindt je niet de verwantschap die je nodig hebt. Daar valt en staat wel veel mee denk ik. Ik kwam eerst in een groep met oude vrouwtjes waar ik met open armen werd ontvangen. Dat was voor mij heel goed maar het ligt heel gevoelig. Op dat moment was dat goed voor mij maar als ik daar misschien nu zou komen dan zou ik wellicht besluiten 'dit is het niets voor mij'. Het is maar net waar je op dat moment behoefte aan hebt."

Er zijn volgens John-Peter nogal wat mensen die na één bezoek al weer wegblijven. Hij maakt duidelijk dat er binnen de groepen wel gepraat wordt over hoe je mensen nu bij de zelfhulp krijgt en kan worden voorkomen dat ze afgeschrikt worden. "Misschien is het wel meteen een beetje teveel van het goede. Mensen krijgen meteen telefoonnummers en vallen in een hele wereld waar er allemaal mensen voor hen klaar staan. Een beetje sekteachtig." Dat moet volgens hem nu juist worden voorkomen "want je kunt er zoveel uithalen. De kritische mensen wil je er juist bijhouden."

Het godsbeeld van de zelfhulpgroepen kan afschrikken maar daarnaast kunnen er heel andere redenen zijn om niet (meer) te gaan. "Sommige mensen hebben met een actieve verslaafde te maken die de boel tegenwerkt. Dat is jammer want dan geeft die persoon al weer bijna toe aan de verslaafde in plaats van voor zichzelf te kiezen."

"Alles wat ik teveel heb gedaan was teveel"

Op de vraag of John-Peter zichzelf als mantelzorger van zijn vrouw ziet zegt hij: "Nee, dan zie ik meer een oud opaatje voor me. Zo zie ik het niet. Alles wat ik teveel heb gedaan was teveel, als je begrijpt wat ik bedoel. Ik heb mijn partner allerlei dingen uit handen willen nemen. Dat was juist niet goed. Ik kan dingen nu meer op zijn beloop laten. Het werkt namelijk twee kanten op. Zij vindt het namelijk ook heel fijn om dingen zelf te doen."

"Je gaat steeds meer zien dat je zelf ook betrokken bent in het geheel. Dat jouw reacties ook weer gevolgen hebben voor die ander. Het is één grote klont; een reactie op reactie. Maar je gaat ook steeds meer je eigen aandeel zien. Ook nu het goed gaat blijft het enorm belangrijk. We willen de patronen in onze relatie doorbreken zeg maar."

Familieprogramma

John-Peter is positief over het familieprogramma dat hij heeft gevolgd. "Ik heb er veel aan gehad en ben heel blij dat ik gegaan ben. Ik kom er steeds meer achter dat het jammer is dat ik niet eerder met die groepen ben begonnen. Om structuur te geven aan je eigen spel, zeg maar, los van de verslaafde. Het heeft me weer geholpen om dingen te structureren en duidelijk gemaakt dat het een heel serieus probleem is wat je ook heel serieus moet nemen. Veel informatie gekregen ook. Dat helpt me nu ook. Door de informatie ga je die groepen ook weer anders invullen. Bijvoorbeeld weer serieus aan de slag met jezelf in de groep. Aan de stappen werken. Want in het begin ben je dan heel gemotiveerd en dat wordt dan steeds minder. Dit geeft dan weer input aan de zelfhulpgroepen."

matiek te maken hebben gehad en dat nu als kracht weten te gebruiken in de behandeling van anderen. Beide therapeuten wisselen de programmaonderdelen met elkaar af en tijdens de gezamenlijke sessies vullen zij elkaar waar nodig aan.

Deelnemers

Er hadden zich meer mensen opgegeven dan geplaatst konden worden. Meerdere respondenten vertellen dat ook zij op de wachtlijst stonden maar gelukkig toch nu al terecht kunnen. Onder de personen die deelnemen aan het familieprogramma zijn vooral partners en ouders van verslaafden; één jonge vrouw is 'zus van'. De verslaafde familieleden van een deel van de deelnemers is momenteel in behandeling, van een ander deel zijn de familieleden alweer thuis. Het type verslaving waar de deelnemers mee te maken hebben varieert van alcohol, heroïne, cocaïne en cannabis. Twee deelnemers (een stel) hebben te maken met een zoon met dubbele-diagnoseproblematiek. Eén van de deelnemers volgde eerder zelf als verslaafde cliënt het behandelprogramma en volgt nu het familieprogramma wegens de verslaving van zijn zoon.

Kenmerken respondenten

Alle deelnemers waren bereid een interview te geven. De leeftijden van deze respondenten variëren in de leeftijd van 18 tot 66 jaar. De meeste van hen zijn van Nederlandse afkomst, een deelnemer is geboren in Suriname. Alle geïnterviewde respondenten ondervinden negatieve gevolgen van de verslaving van hun naasten. Zij vertellen over de druk en spanningen die het veroorzaakt en de machteloosheid die de situatie met zich meebrengt. Veel deelnemers geven aan dat zij "aan het einde van hun Latijn zijn". Zij zijn vooral blij dat zij nu eindelijk (een beetje) aan zichzelf toekomen.

Persoonlijke doelstelling en ondersteuningsbehoefte

Alle deelnemers formuleren aan het begin van de drie dagen hun persoonlijke doelstelling. Aan het einde van het programma wordt bekeken in hoeverre deze doelstellingen bereikt zijn. Een deel van de deelnemers geeft aan eigenlijk geen duidelijk omschreven doel te hebben. Zij komen voor 'inzicht' en 'informatie'. Welke persoonlijke doelen worden er nog meer geformuleerd? "Beter om kunnen gaan met de situatie", "beter om kunnen gaan met de verslaafden","vaardigheden leren", "gevoelens en ervaringen delen","acceptatie van de situatie","inzicht in eigen patronen", "inzicht in ziekte en herstel", "grenzen kunnen aangeven" "iemand motiveren om hulp te gaan zoeken".

Woorden die hierbij vaak genoemd worden zijn: 'inzicht', 'begrip', 'delen' en 'grenzen'. De informatie-behoefte onder de deelnemers blijkt hoog. Er worden veel algemene of juist heel specifieke vragen ten aanzien van de persoonlijke situatie gesteld. Specifieke vragen die aan de verslavingsarts gesteld worden zijn gericht op de werking van middelen in lichaam en hersenen, verslaving als ziekte, afkickverschijnselen, beloningsmechanismen, zucht en zuchtremmers en achterliggende mechanismen van verslaving. Ook de vraag of sociaal gebruik ooit nog mogelijk is komt aan de orde.

Tijdens het bespreken van een 'persoonlijk behoefte formulier' komen vrijwel alle deelnemers tot de conclusie dat er aan hun eigen behoeften al (vaak) lange tijd niet wordt voldaan. De balans is doorgeschoten naar 'de ander'. Trefwoorden: eenzaamheid, verwaarlozing van vrienden en familieleden

door de overfocus op de verslaafde partner, geen energie meer, op en uitgeput zijn, gebrek aan vrijheid en ontplooiing. Vrijwel alle deelnemers hebben hun behoeften aangepast aan de lage bevrediging (hun behoeften worden niet vervuld doordat zij zich min of meer continu zorgen maken over de ander waardoor zij hun behoeften zijn gaan negeren).

"Ik moet zorgen dat ik zelf belangrijk ben en gelukkig ben, los van de ander. Vroeger toen ik dat hoorde dacht ik: 'oh ja, dan denkt mijn man: mooi, heb ik wat rust'. Ik was bang dat we uit elkaar zouden groeien. Ik dacht dan elke keer 'ja, maar wij dan'. Nu weet ik dat ik mezelf gelukkig moet maken. Niet alles maar moet uitstellen. Bijvoorbeeld, een stom voorbeeld: ik wil al heel lang salsalessen volgen. Dat bleef altijd bij een idee. Nu wil ik het ook gaan uitvoeren. Als ik het zelf weer leuk heb dan kunnen we op een gegeven moment ook weer leuke dingen gaan doen." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Opvallend is dat de meeste financieel geen zorgen hebben maar er soms wel bang voor zijn en ook het begrip uitspreken voor mensen die in een minder fortuinlijke situatie klem zitten.

Na afloop (op woensdagmiddag) geven veel deelnemers aan dat de doelen die zij voor de drie dagen gesteld hadden vaak iets te algemeen of toch meer voor de lange termijn waren. Het aanbod geeft 'slechts' een aanzet tot een langdurig persoonlijk proces van bewustwording en herstel (eigen problemen, co-afhankelijkheid, zelf grenzen stellen, loslaten van de controle, herstellen van verwaarloosde contacten en dergelijke). Het herkennen van de verhalen bij anderen, het lotgenotencontact is voor alle deelnemers een belangrijk element in het geboden programma.

Motivatie

De motivatie om deel te nemen aan het aanbod bestaat er voor veel deelnemers uit dat zij "mee willen groeien" met de betrokkenen die in behandeling zijn of net een behandeling hebben afgerond. Juist hierdoor is er vaak veel veranderd in de situatie, voor de persoon zelf, voor de relatie et cetera. De betrokkenen willen graag meegroeien en niet stilstaan. Zij zijn zich ervan bewust dat ze zelf ook de patronen die zij – door het leven met een verslaafde – hebben opgebouwd moeten doorbreken.

Evaluatie

De mening over het gevolgde aanbod is vrij unaniem: "intensief, maar heel verhelderend en goed". Ook enkele weken na afloop van het familieprogramma zijn de meningen overwegend positief. "Ik heb er veel aan gehad" en "ik ben heel blij dat ik geweest ben" zijn veelgehoorde opmerkingen. Meerdere respondenten geven aan dat zij zich beter in staat voelen om duidelijkere (betere) grenzen voor zichzelf te stellen.

"Ik wil graag afspraken maken over de toekomst, als hij besluit om nooit meer te drinken. Stel, hij heeft een terugval, hoe ga je daar dan mee om? Ik wil niet dat hij dan in huis komt. Ik wil alleen dat hij in huis komt met een promillage van nul. Mijn partner en ik maken er ook wel grapjes over; een alcoholslot op de voordeur bijvoorbeeld. Daar moet je dan in blazen om het slot open te laten gaan. Dat heb je bij auto's ook. Maar ja, een soort noodplan bedoel ik dus." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Sterke en zwakke punten aanbod

Zoals gezegd; de deelnemers zijn overwegend enthousiast als zij terugkijken op de familiedagen. Iedereen is tevreden met de verworven inzichten en de informatie die zij hebben gekregen. Er worden vrijwel geen zwakke punten van het aanbod genoemd. Een respondent die het aanbod volgde als moeder van een aan seks en cocaïne verslaafde zoon voelde wat weinig begrip voor de seksverslaving. Het fenomeen werd volgens haar onvoldoende uitgelegd waardoor zij tegen dit taboe aanliep bij de andere deelnemers. Een jonge vrouw is achteraf van mening dat zij, als 'zus van', niet veel aansluiting vond bij de andere deelnemers: ze vond onvoldoende herkenning bij 'partners van' en 'ouders van'.

Doorverwijzing beroepshulpverlening en zelfhulporganisaties

Bij geen van de respondenten was enig ander aanbod bekend. Veel van hen geven aan dat zij er een lange weg bij de hulpverlening op hebben zitten. Vaak hebben zij lang gezocht naar de juiste diagnose voor hun problemen.

"Ja, je denkt dan helemaal niet aan jezelf. Je wilt alleen dat de ander de best mogelijke zorg krijgt. Ik dacht toen eigenlijk dat ik/we het wel goed voor elkaar hadden; een psycholoog en een verslavingsarts. Maar je bent nog aan het zoeken naar de oorzaak. Achteraf gezien hebben ze de alcoholproblematiek zwaar onderschat. Als je erachter komt wat er aan de hand is dan pas ga je alles weer anders zien." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Een respondent bezocht vlak voor haar deelname aan de familiedagen een gespreksgroep van een andere Nederlandse instelling voor verslavingszorg. Tijdens de familiedagen is ze hier wat sceptisch over. Tijdens het telefonische interview verwoordt ze wat er gebeurde bij de gespreksgroep waar ze terugging nadat zij het familieprogramma gevolgd had.

"Het voelt zo afstandelijk. […] Ook toen ik zei: het is een gezinsziekte. Dat vinden ze gewoon heel vreemd. Ze zeiden: 'Ik weet niet waarom je er zo ver in gaat.' Misschien dat ik dan inderdaad gewoon verder ben. Wat ik ontdekt en gevonden heb, dat is gewoon heel fijn. Dat ik er nu begrip voor kan opbrengen. In het begin denk je: hij gooit ze er zelf in. Maar nu ik dit weet helpt me dat enorm. Begrip krijgen. En ik wil dat zelf uitzoeken. Zij praten over hele andere dingen. Co-afhankelijkheid, het willen controleren, welnee, daar zijn ze helemaal niet mee bezig. Zij praten over dingen als: welke soorten drugs er zijn enzo. Maar voor mij zijn co-afhankelijkheid en controle belangrijke onderwerpen. Ik heb heel veel geleerd. Ik ben nu zelf op weg gegaan. Ik moet iets terugvinden. Ik moet leren om dingen niet te doen. Dat werd gisteren ook weer duidelijk bij Al-Anon." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Informatievoorziening vooraf, tijdens en na het aanbod

De informatie vooraf is volgens de geïnterviewden minimaal. Veel deelnemers weten niet goed wat ze kunnen verwachten en komen met een open vizier binnen. Een informatiemap met achtergrondinformatie over de lezingen en de opdrachten wordt aan het begin van de drie dagen uitgereikt. Ook is er een grote tafel met informatie, met name gericht op zelfhulpgroepen waar de deelnemers gedurende de drie dagen in kunnen lezen. Tijdens het programma wordt er een boekje uitgedeeld van Al-Anon: "Moed om te veran-

Yolande (partner van een aan alcohol en drugs verslaafde man)

Yolande is 22 jaar en heeft een vriend die aan cocaïne en alcohol verslaafd is. De afgelopen drie maanden is hij in behandeling geweest bij Parnassia. Tijdens het telefonische interview vertelt Yolande dat hij deze week thuis zal komen uit de kliniek. Yolande heeft een moeilijke tijd met haar vriend achter de rug.

"Hij heeft mij veel aangedaan wat ik nog niet uit heb kunnen spreken. Mijn vriend liep met zelfmoordneigingen."

Ze is een keer weggelopen op het moment dat haar vriend zei dat hij een poging ging doen. Ze kon de situatie op dat moment niet aan. Dat is nogal traumatisch geweest, vertelt ze.

Ongeveer een half jaar geleden biechtte Martijn zijn verslavingsprobleem en schulden op aan zijn moeder en Yolande. "We heb het eigenlijk nooit zo doorgehad dus we schrokken enorm. Er brak een moeilijke tijd aan omdat hij op een wachtlijst geplaatst werd voor een afkickprogramma. Dat duurde bij elkaar bijna twee maanden." De situatie thuis werd onhoudbaar en gevaarlijk, juist omdat ze ook wist wat de problemen waren. Aan die tijd denkt ze niet graag terug. Haar vriend is een poligebruiker. "Wat hij te pakken kreeg, dat gooide hij naar binnen." Cocaïne, cannabis maar bleek later alcohol een nog grotere boosdoener. Ook is er ADHD geconstateerd, daar gebruikt hij nu medicijnen voor. Daarnaast had hij door zijn verslavingen redelijk wat schulden opgebouwd.

Mantelzorgondersteuning

"Ooit heb ik eens een berichtje gestuurd via de website van Coke van Jou. Toen zag ik het helemaal niet meer zitten. Ik heb toen mijn telefoonnummer achtergelaten en werd gebeld door een therapeut. Dat was wel heel fijn. Hij heeft mij toen informatie gegeven en concrete aanknopingspunten. Mijn moeder was toen ook heel bezorgd over mij. Het ging toen ook wel heel slecht. Er moest wat gebeuren. Mijn moeder zei: 'je moet met iemand gaan praten, je moet iets gaan doen'. Dat was wel een soort paniek toen ja."

Yolande volgt momenteel een serie van vier systeemgesprekken bij Parnassia, de instelling waar haar vriend in behandeling is. Ze is hier niet al te enthousiast over. De gesprekken zijn volgens haar te vrijblijvend en er zit geen structuur achter. "Als ik niet bel dan gebeurt er niets. Ik moet zelf bedenken waar ik het over ga hebben, anders heb ik er niets aan. Hij vraagt alleen: waar wil je het over hebben? Het is heel afstandelijk. Ik heb niet het gevoel dat ik daar veel verder mee kom." Ze had meer structuur verwacht en meer een plan, net zoals bij haar vriend. "Een programma voor de partner, zodat je ook een richting op gestuurd wordt."

Familiedagen

Informatie over de familiedagen kreeg ze van de systeemtherapeut, maar ze raakte in eerste instantie niet erg gemotiveerd. Het zei haar eigenlijk niets. Het idee om naar de familiedagen heen te gaan ontstond op de open dag van Coke van jou. "Toen kwam ik erachter dat het allemaal heel gewone, normale mensen zijn. Eerst denk je toch, ja het zijn een soort junkies of zo. Je denkt dat het heel andere mensen als jijzelf zijn. Heel raar is dat. Pas toen ik door had dat het gewoon mensen zijn zoals jij en ik toen durfde ik te gaan."

Yolande kijkt met volle tevredenheid terug op de familiedagen. "Het was een enorme ervaring. Het zal nog wel even duren voordat ik dat een plekje kan geven. Het heeft nog een lange weg nodig. Maar ik heb veel inzicht gekregen. Het was indrukwekkend. Puur dat contact met mensen die hetzelfde hebben meegemaakt." Sterke kanten waren dat het leerzaam was en dat er de mogelijkheid was om met anderen te praten. "Mijn vriend is in behandeling en je weet niet wat er allemaal gebeurt. Het is toch fijn om wat uitleg te krijgen. Dat er iets is voor jezelf." Ze is benieuwd hoe het sindsdien met de anderen is vergaan. De vragen waar ze nu mee zit zijn anders geworden. Ze heeft nu een lijstje met aanknopingspunten waar ze aan kan gaan werken, als een soort houvast.

Co-afhankelijkheid

Yolande heeft niet het idee dat ze co-afhankelijk is maar weet dat ze zichzelf wel in de gaten houden. "Ik weet dat ik me er niet teveel mee moet bemoeien, dat ik het een beetje los moet laten. Ik ben nu hard aan het werken aan mijn scriptie en zo dus dat gaat wel goed maar ik ben wel heel bezorgd om hem. Mijn moeder is echt zo'n typisch co-afhankelijk type, dus ik weet wat het is. Het is wel heel confronterend om te zien hoe dat in je eigen familie werkt. Ik dacht dat het niet zo op mij niet van toepassing was, maar dan blijkt juist weer wel eigenlijk. Heel confronterend."

Zelfhulp

Binnenkort wil ze naar een zelfhulpgroep gaan, wat er tot nu toe nog van is gekomen. "Ik denk dat ik daar in de toekomst heel veel aan kan hebben. Het helpt dat je met mensen kunt praten die in dezelfde situatie zitten. Gewoon door te luisteren leer je zoveel van mensen. Daar kun je heel veel houvast aan hebben. Je hoort dingen die je normaal niet zo snel hoort, waar je zelf niet zo snel aan denkt. Ik kan wel praten met vriendinnen ofzo. Maar zij kunnen het nooit zo goed begrijpen als mensen die hetzelfde hebben meegemaakt. Mijn vriendin zei bijvoorbeeld: 'fijn hè, dat ie weer thuiskomt'. Ik dacht: 'nou, ik vind het helemaal niet zo fijn'. Zij denken echt: zo klaar, hij komt weer thuis. Maar ja, dan gaat het pas beginnen."

deren". Alle deelnemers zijn zeer tevreden met deze uitgebreide informatievoorziening en geven aan voorlopig nog mee vooruit te kunnen. De map en het boekje worden door veel deelnemers ook achteraf nog regelmatig open geslagen om inspiratie op te doen. De informatie wordt door alle deelnemers positief gewaardeerd.

Omgang met de verslaafde en zichzelf

De respondenten geven aan dat zij wel wat handvatten hebben gekregen om beter om te kunnen gaan met de situatie van de verslaving en de verslaafde persoon zelf. Maar belangrijker nog: de meeste mensen gingen weg met de wetenschap dat ze handvatten hadden gekregen om aan hun eigen problemen te werken. Zij beschrijven de inzichten over verslaving als ziekte, het accepteren van de machteloosheid, het loslaten van de strijd en het feit dat zijzelf als een spin in het web fungeren.

"Ik ging eigenlijk een beetje omdat mijn vrouw mij gestuurd had. Nu begin ik echt te accepteren dat het een ziekte is. Ik heb inzicht gekregen dat ik zelf ook wat moet doen. Het lijkt me goed om naar Al-Anon te gaan want ik moet ook echt iets doen. Ik begrijp echt dat ik ook moet werken. Voor je het weet val je weer terug in de oude gewoonten. Je hoort niemand zeggen: 'Ik ben boos', terwijl je wel gebruikt bent. Allemaal misschien wel ongemerkt of ongewild maar je wordt allemaal gebruikt. Ik denk dan: 'Ik ben misschien wel boos maar ze kan er niets aan doen.' Je past je aan. Wij zijn eigenlijk zachter dan de ander." ***(opmerking tijdens observatie door partner van alcoholverslaafde vrouw)***

Opvallend is dat de meeste deelnemers naar het programma toegingen met het idee dat hun partner of andere naaste een probleem hadden en zij wilden weten hoe ze daarmee om moesten gaan. Uiteindelijk gaan de meeste deelnemers weg met het besef dat zij zich voor het eerst goed bewust zijn geworden van hun eigen aandeel in het probleem.

hoofdstuk 5

De Hoop

De Hoop

Hoofdstuk 5

De Hoop

Stichting De Hoop is een centrum voor evangelische verslavingszorg en hulpverlening en houdt zich sinds 1975 bezig met hulpverlening aan verslaafden. Sinds 1999 biedt De Hoop ook hulp aan mensen met psychosociale problemen. De Hoop is een christelijke organisatie. De medewerkers werken er vanuit hun geloof en de hulp die De Hoop biedt, is gebaseerd op bijbelse principes. Voor een groot deel van de cliënten zijn juist deze christelijke uitgangspunten een belangrijke reden om voor deze instelling te kiezen. Meer dan bij andere instellingen komen cliënten van relatief grote geografische afstanden om hulp te ontvangen. In 2005 waren er 1.029 cliënten in behandeling of hebben de behandeling afgerond, waarvan er 183 cliënten specifiek bij het ouder-/partnerwerk komen.

5.1 Visie en beleid mantelzorg

De christelijke uitgangspunten worden ook vertaald in de visie over verslaving. Op de website staat hierover: "We geloven dat een mens waardevol is in Gods ogen en dat mensen niet zijn bedoeld om verslaafd te zijn. De Hoop gelooft dat voor iedereen genezing en herstel mogelijk is. De Hoop gelooft niet in hopeloze gevallen." Christen zijn of willen worden is echter geen voorwaarde om bij De Hoop te worden geholpen. Oriëntatie op de kernwaarden van het christelijke geloof vormt een onderdeel van het behandelprogramma.

"Je betrekt God er altijd bij. Alleen dat wil niet zeggen dat je over god praat. Je werkt echt vanuit een levensvisie en dat heeft consequenties op allerlei gebied." ***(interview met ouder-/partnerwerker)***

Van cliënten wordt verwacht respect te hebben voor de christelijke normen en waarden die in De Hoop worden gehanteerd. De deeltijdbehandeling en ambulante behandeling hebben een overwegend christelijk karakter.

De Hoop als instelling is zich al enige tijd bewust van het belang van het betrekken van de omgeving bij de behandeling van haar cliënten. Dit komt deels voort uit haar christelijke achtergrond. Ze gaan ervan uit dat mensen niet op de aarde staan om alleen te functioneren maar juist in relatie tot anderen en vanuit het

geloof ook in relatie tot God. De omgeving van cliënten wordt bijna als vanzelfsprekend bij de behandeling betrokken, ook zij moeten de mogelijkheid krijgen om mee te ontwikkelen richting herstel.

Samenwerking zelfhulpgroepen
De Hoop ontwikkelt momenteel, naast het al bestaande aanbod, een nieuw aanbod op basis van het Minnesota-model: een kortdurend klinisch model met daarna een aanbod met zelfhulp. In eerste instantie is dit aanbod van zelfhulpgroepen gericht op de verslaafde cliënten, maar wellicht zijn zelfhulpgroepen van familieleden in de toekomst ook een optie, aldus een behandelcoördinator. Het voorgaande maakt duidelijk dat De Hoop op dit moment bezig is om de organisatie en het beleid meer richting zelfhulpgroepen te sturen. Er bestaan binnen De Hoop groepen van ex-cliënten, maar daar bevindt zich nog steeds een medewerker bij. Volgens de directie gaat de ontwikkeling richting samenwerking met zelfhulpgroepen heel snel. In de praktijk is er van deze samenwerking (nog) niet veel te merken. Ouder-/partnerwerkers verwijzen nu nog niet regelmatig door. Vooral gebrek aan kennis over goede groepen speelt daarbij een rol.

5.2 Aanbod mantelzorg

Het ouder-/partnerwerk is een aparte afdeling binnen De Hoop. De afdeling bestaat sinds een paar jaar en sindsdien heeft de instelling het mantelzorgbeleid verder ontwikkeld. Recent heeft er bij de afdeling intake een herstructurering plaatsgevonden. Een zorgbemiddelaar zorgt na de intakegesprekken voor een gesprek over de zorg die aangeboden wordt waar ouders of partners bij aanwezig kunnen zijn. In de kliniek waar 24-uurszorg wordt geboden is een vast contactpersoon per unit die het contact naar de familie toe onderhoudt. Als er vragen zijn, kunnen familieleden bij deze persoon terecht. Volgens de geïnterviewde hulpverleners komen mantelzorgers – vergeleken bij enkele jaren geleden – eerder aan bod en worden beter geïnformeerd over wat er mogelijk is wat betreft hulpverlening. Voorheen waren familieleden onvoldoende op de hoogte van het mogelijke aanbod voor henzelf. Ze hoorden er per toeval over, afhankelijk van de begeleider of de afdeling waarin ze zich bevonden. Het aanbod was afhankelijk van de ingeschreven verslaafde cliënt. Ten aanzien van de veranderingen die hebben plaatsgevonden zegt één van de hulpverleners:

"Eerder stopten de gesprekken met ouders ook als de cliënt verdwenen was. Het grote voordeel ten opzichte van eerder is dat we daarmee doorgaan. Nu ga je met die mensen aan de gang. Of de verslaafde nu wel of niet iets doet. Of die nu binnen is of buiten. Je kunt nu gewoon ouders, partners en kinderen helpen. Het is niet meer afhankelijk of de verslaafde wel of niet aan zijn behandeling deelneemt." ***(interview met ouder-/partnerwerker)***

Maar volgens enkele ouder-/partnerwerkers kan het natuurlijk altijd nog beter, vooral wat betreft de willekeurigheid waarmee sommige hulpverleners omgaan met familieleden van cliënten.

"De hulpverleners binnen De Hoop hebben weinig zicht op de problematiek van de verwanten. Ze beseffen niet hoe diep het gaat. Dat is niet alleen bij ons zo maar bij binnen heel de hulpverlening. Daar zou nog meer kennis bij moeten komen, zodat er bij een belangrijke beslissing rekening gehouden wordt wat het betekent voor de thuissituatie." **(interview met ouder-/partnerwerker)**

Esther (partner van een aan alcohol verslaafde man)

Esther is een Nederlandse vrouw van 28 jaar. Zij was 17 toen ze haar tien jaar oudere man leerde kennen: "Ik heb mijn partner zo'n tien jaar geleden in het uitgaansleven ontmoet. Hij was verslaafd, maar dat had ik niet door." Na een paar jaar verkering zijn ze getrouwd. Ze noemt zichzelf achteraf 'een beetje naïef'; hij bleek een alcoholist te zijn en een drugsverleden te hebben van vijftien jaar." Het gevolg was dat alcohol hun beider leven ging beheersen. Hij dacht na over hoe hij aan drank kon komen en hoe hij het voor haar kon verbergen. Zij was er juist mee bezig hoe ze ervoor kon zorgen dat hij niet of in elk geval zo min mogelijk dronk.

"Op een gegeven moment was ik zelfs boos op mijn ouders omdat ze geen flesjes bier in huis hadden die ik mee kon nemen voor mijn man.

Ik was zo bang dat hij dan meteen een hele krat ging kopen."
Het vertrouwen had een behoorlijke deuk opgelopen en ruzies liepen hoog op. "Mijn man was ook agressief door het drinken. Ik kon het niet meer volhouden."

Zeven maanden na hun bruiloft zijn ze gescheiden. Vervolgens is Esther een jaar lang naar het buitenland gegaan. Ze kon er alleen maar aan denken dat ze weg wilde, heeft een reisgids gepakt en vertrok binnen twee weken. Ze heeft er veel gepraat en nagedacht over wat er is gebeurd. Ook is ze tot het geloof gekomen. "Ik heb wel een christelijke opvoeding gehad, maar daar deed ik verder niet zoveel mee."

Opnieuw contact
Nadat ze terugkeerde, had ze opnieuw kort contact met haar ex-man, maar omdat al snel bleek dat er niets was veranderd, heeft ze dit weer afgesloten. Toen hij zelfmoordneigingen kreeg was er voor de tweede keer na de scheiding contact. "Ik heb hem gezegd: 'Ik kan je hiermee niet helpen. Je moet dit echt helemaal zelf doen. Als je 't echt heel goed wil aanpakken dan moet je naar De Hoop gaan'."
Hij heeft haar raad ter harte genomen en heeft ruim een half jaar in de deeltijdbehandeling gezeten. Gedurende die tijd hadden ze af en toe contact. "Binnen een maand was hij alcoholvrij. Hij is daar helemaal veranderd. En hij is tot het geloof gekomen."

In dat jaar zijn ze voor de tweede keer getrouwd: "We hebben bij ons huwelijk de gelofte gedaan voor een alcoholvrij leven. Dat doe ik voor hem. 't Is ook niet te doen anders. Het is verleidelijk voor hem als ik wel zou drinken. Hij kan namelijk ook niet maar een beetje drinken. Dan slaat hij gelijk door." Na hun tweede huwelijk hebben ze twee kinderen gekregen.

Mantelzorgondersteuning
Op dit moment is haar man bij de instelling in de nazorg. "We liepen tegen allerlei problemen aan. Eens in de zoveel tijd heeft hij een bui. Dan wordt hij heel koud en kan hij glashard beweren dat hij niet van me houdt en ook nooit van me gehouden heeft. Dat is heel heftig en ik weet niet of dat door de drugs komt. 't Liep echt helemaal vast en toen heb ik naar De Hoop gebeld." Er was haar al eerder hulp aangeboden, maar Esther dacht dat ze dat niet nodig had. Bovendien gaf haar man aan dat hij het onrustig zou vinden als er nog meer veranderingen zouden komen, indien zij ook een hulpverleningstraject in zou gaan. "Stom hè? Heb ik mezelf toen weer aan de kant geschoven..."

Inmiddels ontvangt ze zelf alweer een jaar hulp bij De Hoop. Dit gebeurt in de vorm van individuele en groepsgesprekken. Ze vindt het heel prettig dat ze hier terecht kan, omdat de hulpverleners èn goed op de hoogte zijn van de verslavingsproblematiek èn werken vanuit het christelijke geloof: "Alles wordt met God samen gedaan en we bidden ook samen." Ook aan het lotgenotencontact bij de Ouder/partnergroep heeft ze veel: "Ik heb een heel goede begeleider, maar die heeft het zelf niet meegemaakt. Door met mensen te praten waarbij dat wel zo is, steek je wat van elkaar op en je neemt sneller dingen van elkaar aan. We hebben antwoorden voor elkaar."

Hulp voor kinderen
Ze krijgt ook hulp voor de kinderen. De instelling heeft hiervoor een samenwerkingsverband met de GGZ. "Ik heb gezinsinterventie gehad. Ik heb altijd geprobeerd om de kinderen buiten de ruzies te houden en net te doen alsof er niets aan de hand was. Iets dat heel veel ouders zo doen. Maar hoe klein ze ook zijn, ze pikken wel al die spanningen op. Ik heb nu geleerd hoe ik beter kan communiceren met m'n kinderen." De oudste krijgt zelf ook gesprekken. "Het is prima geregeld, die samenwerking met GGZ, maar ik vind het jammer dat deze hulp niet door De Hoop zelf wordt aangeboden. Verder is alles onder één dak." Esther is van mening dat kinderen in gezinnen waar een verslaving speelt veelal op dezelfde manier benaderd worden zoals zij dat voorheen deed. Daarom probeert Esther nu bij De Hoop een rol te spelen in het opzetten van deze hulp. "Er is te weinig aandacht voor de effecten die dit op langere termijn voor de kinderen kan opleveren."

Vaak wordt er door veel hulpverleners over veel zaken 'zomaar' besloten en wordt er te weinig rekening gehouden met de familieleden, bijvoorbeeld in het geval van de verlofweekenden. Het ouder-/partnerwerk zou daar in graag meer overleg willen: "Vinden we dat goed of niet? Het is namelijk nog maar de vraag of de ander er aan toe is." Officieel hoort er hierover een gesprek plaats te vinden, maar vaak is daar geen tijd voor of wordt er niet aan gedacht.

"Het is geen poppetje wat je verzet zonder dat het gevolgen heeft voor de ander. Bij een schaakspel moet je er ook rekening mee houden wat het gevolg is voor de ander als je een poppetje verzet." ***(interview met ouder-/partnerwerker)***

Ook wordt er door de ouder-/partnerwerker een voorbeeld gegeven over het gebrek aan aandacht voor familieleden na een gezamenlijk gesprek met de verslaafde cliënt:

"Als er een gesprek plaatsvindt met de familieleden en de verslaafden samen, dan is dat vaak eenmalig. Omdat de verslaafde dat wil en dan komt de familie even opdraven en gebeurt er van alles in zo'n gesprek en de familie gaat weer weg, maar er is totaal geen nazorg meer voor, geen aandacht voor wat dat allemaal met die kant gedaan heeft. Terwijl het helemaal op z'n kop staat. […] Er worden dan wel excuses aangeboden voor wat er allemaal gebeurd is in het verleden en dan gaan ze naar huis. In het weekend gebeurt er weer van alles wat de omgeving op z'n kop zet en wij denken hier dat het geweldig gaat." ***(interview met ouder-/partnerwerker)***

Benoemd wordt ook het feit dat mantelzorgers niet snel zelf hulp zullen vragen. Het probleem ligt in hun beleving bij de ander, de verslaafde persoon. Er moet inzicht in de eigen situatie ontstaan. De geïnterviewde hulpverleners geven aan dat zij actief willen meedenken om mantelzorgers te bereiken hetgeen nog steeds onvoldoende gebeurt.

"We hebben wel wachtlijstgroepen voor de verslaafden en dan mag de familie ook meekomen. Daar zou je dus ook al wat meer kunnen inzetten op de mantelzorgers […] zodat er inzicht ontstaat van: wij zijn wel degelijk belangrijk en kunnen meer doen dan wij denken. Vaak denken ze dat ze machteloos staan en niets kunnen doen." ***(interview met ouder-/partnerwerker)***

Prioriteitsstelling vanuit de directie (welke koers varen we?) en financiën worden door de hulpverleners genoemd als de grootste struikelblokken.

Het ouder-/partnerwerk
Er zijn drie ouder-/partnerwerkers in dienst bij De Hoop. Zij bieden familieleden en partners van (ex)verslaafden behandeling van hun problemen. Gewerkt wordt aan de problematiek waarbij handvatten worden aangereikt om met de situatie om te gaan. Samen met de behandelaar sluit de mantelzorger een behandelcontract af waarin beschreven staat aan welke problemen in een bepaalde periode gewerkt wordt. Er worden individuele gesprekken en groepsgesprekken aangeboden waar kennis en vaardigheden worden overgebracht. Daarnaast wordt er maandelijks groepsbehandeling aangeboden middels ouderbijeenkomsten en partnerbijeenkomsten, waarbij elke bijeenkomst een thema heeft (communicatie,

grenzen, mede-afhankelijkheid en invloed van de verslaving op de omgeving). Deze kunnen gevolgd worden zonder dat de mantelzorger individueel wordt behandeld door één van de ouder-/partnerwerkers. In deze bijeenkomsten staat kennis en inzicht in de verslavingsproblematiek centraal. Een persoonlijk intakegesprek is hiervoor wel noodzakelijk. Tenslotte zijn er ook relatiegesprekken mogelijk. Indien de verslaafde cliënt daar toestemming voor heeft gegeven, kunnen er relatiegesprekken worden gevoerd samen met kind of partner in het bijzijn van medewerkers van De Hoop. Naast de genoemde gesprekken en bijeenkomsten kunnen familieleden en partners indien gewenst ook telefonische ondersteuning krijgen.

5.3 Focus op aanbod – Het ouder-/partnerwerk

Het aanbod dat bij De Hoop geëvalueerd wordt is het ouder-/partnerwerk. De onderzoekers hebben een themabijeenkomst gevolgd en een themadag bijgewoond in 'de week van de verslaving'. De Hoop heeft ouder-/partnerwerkers in dienst om familieleden van verslaafden behandeling te bieden bij hun problemen. De behandelaar en de mantelzorger samen sluiten een behandelcontract af waarin beschreven staat aan welke problemen in een bepaalde periode gewerkt gaat worden. Er zijn verschillende keuzemogelijkheden in het aanbod van het ouder-/partnerwerk. Deze zijn in de vorige paragraaf beschreven.

Bij De Hoop is tijdens één partnerbijeenkomst geobserveerd. Het thema van deze bijeenkomst was onder meer de cirkels van Van Dijk. Volgens een ouder-/partnerwerker zijn thema's van andere bijeenkomsten bijvoorbeeld: het leven met een verslaafde, mogelijke oorzaken van verslaving, verslavingsgedrag, de reddersdriehoek, verslaafd zijn aan de verslaafde, gevolgen voor andere gezinsleden en grenzen stellen.

Werving
In veel gevallen kwamen de geïnterviewde cliënten bij dit hulpaanbod terecht via de verslaafde naasten die al opgenomen waren (deeltijd of intern) en is deze hulp geadviseerd door de aan hen toegewezen hulpverleners:

"Ik ben twee keer met m'n vader meegeweest naar bijeenkomsten die worden georganiseerd voor mensen die op de wachtlijst staan en die dan een introducé mee mogen nemen. Daar vertelden ze ook over het ouder-/partnerwerk. Eerst dacht ik van 'nou ja...' [twijfels], maar hoe vaker ik daar kwam, hoe moeilijker het ook voor mij werd. Je zorgt al tien jaar voor iemand en op een gegeven moment is het op. Dan ben je gewoon uitgeput. En naarmate dat de datum kwam dat hij werd opgenomen, begon ik langzaamaan in te zakken. Toen dacht ik 'misschien moet ik ook maar eens voor mezelf gaan zorgen'. Ze heeft De Hoop gebeld en ze kon gelukkig meteen terecht." ***(interview met dochter van alcoholverslaafde vader)***

In andere gevallen gaven mensen in hun omgeving, vaak leden van de kerkelijke gemeente (of de dominee zelf) aan, dat ze bij deze instelling voor verslavingszorg hulp konden krijgen.

De behandeling van familieleden van verslaafden wordt vergoed vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Ook familieleden van cliënten die dus niet in behandeling zijn, zijn welkom binnen het ouder-/partnerwerk. Er worden verder geen selectiecriteria gehanteerd. Het eerste gesprek is een

intakegesprek. Het tweede gesprek wordt de levensloop besproken: waar kom je vandaan, hoe ziet je familie eruit, hoe zijn de onderlinge contacten? Aan de hand daarvan wordt een behandelplan opgesteld.

Kenmerken respondenten
De werving van cliënten vindt plaats vanuit de verschillende afdelingen van De Hoop. Deelnemers aan de partnerbijeenkomst zijn allen cliënt van het ouder-/partnerwerk. Er namen negen personen deel aan de informatiebijeenkomst. Vier van hen wilden meewerken aan het onderzoek. Andere deelnemers aan het onderzoek zijn geworven via de ouder-/partnerwerkers die enkele cliënten gevraagd hebben voor medewerking.

Onder de negen respondenten die uiteindelijk zijn geïnterviewd, bevinden zich twee echtparen. Zij zijn de ouders van een drugsverslaafde dochter en (voorheen) drugsverslaafde zoon. Verder zijn er twee dochters van een alcoholverslaafde vader, twee partners van een alcoholverslaafde man waarvan één inmiddels is afgekickt en één partner van een aan heroïneverslaafde man.

Uit de gesprekken en interviews met de geïnterviewden wordt duidelijk dat er in veel gevallen door toedoen van de verslaafde veel druk komt te staan op het gezin en om de verslaafde personen heen. Niet alleen wordt er door de omgeving voornamelijk gefocust op de verslaafde, waardoor zij soms zelf in de knel komen, maar soms ontstaat er ook verdeeldheid in het gezin. Dit uit zich bijvoorbeeld in discussies tussen man en vrouw en tussen ouders en kinderen, doordat men het niet eens kan worden over de juiste aanpak van de verslaafde.

Een aantal respondenten ervaart weinig tot geen steun uit hun omgeving. Familieleden keren zich af van de mantelzorger en hun verslaafde. De redenen die door de mantelzorgers hiervoor worden genoemd zijn schaamte, onwetendheid, angst en "dat het hen gewoonweg niet interesseert". Door de schaamte vanuit de mantelzorgers zelf (stigma) en de angst om veroordeeld te worden voor het gedrag van de verslaafde ("het ligt aan zijn/haar opvoeding") zullen zij na een afwijzing niet zelf hun behoefte om hulp uiten. Hieronder een voorbeeld van een echtpaar en de steun die zij ervaren vanuit hun omgeving:

Moeder: *"Door mijn ouders voel ik me niet serieus genomen of gesteund, zij zeggen dat het allemaal wel meevalt met mijn dochter. Alsof ze voor haar kiezen in plaats van voor mij."*
Vader: *"Mijn broer is gokverslaafd. Je zou verwachten dat mijn ouders hierdoor meer begrip zouden tonen, maar dat is niet zo. Ze hebben de verslaving van mijn broer altijd ontkend en dat doen ze nu ook met onze dochter. Gelukkig hebben we wel veel steun van onze vrienden. […] Vanuit de kerk is er niet veel aandacht. Ze vragen er niet naar en het is ook niet iets dat je zomaar vertelt."*
Moeder: *"En de dominee is streng. Ik draag wel eens een broek en dat mag niet, je mag geen tv en die hebben wij wel en m'n haar is te kort. Ik zat echt niet te wachten om ook nog eens te horen dat ik mijn kind verkeerd heb opgevoed."*
Vader: *"Gelukkig reageert de buurt wel heel normaal. Ze zien ook dat we nog drie kinderen hebben waar niets mee mis is, dus dat het niet aan de opvoeding ligt."*
Moeder: *"En andere ouders laten hun kinderen ook gewoon bij ons thuis spelen."* ***(interview met ouders van drugsverslaafde dochter)***

Meneer en mevrouw De Graaf (ouders van een zoon die aan alcohol en cocaïne verslaafd was)

EDe oudste zoon in het gezin De Graaf (Gijs, nu 24) is twee keer opgenomen geweest in De Hoop. Hij gebruikte alcohol en cocaïne vanaf zijn puberjaren.

"Drie jaar geleden is hij voor het eerst afgekickt, "maar na drie maanden zat hij er weer volledig aan", aldus zijn vader

Hij ging ook stelen van zijn ouders en zusje, waarna zijn ouders hem uit huis hebben gezet. Op dit moment woont Gijs alweer anderhalf jaar op kamers met – wanneer nodig – begeleiding van De Hoop. Het gaat goed met hem, hij heeft opnieuw verkering en hij hecht aan het geloof. Zijn ouders hebben kort geleden de laatste ouder/partnergesprekken gehad.

Drie jaar geleden is hij voor het eerst afgekickt, "maar na drie maanden zat hij er weer volledig aan", De verslaafde stond eigenlijk centraal en niet de directe omgeving. De tweede keer dat we er kwamen ben ik zo boos geworden. Ik zei dat onze zoon had beloofd ons wat geld terug te betalen, maar dat ik er nog niets van gezien had. Ik vind: iets wat je beloofd moet je doen, en als ik dat ga loslaten, ja, dan ligt de verslaving weer op de loer. Zegt de begeleider: maar die jongen heeft het zo zwaar en dit en dat… En toen ben ik kwaad geworden, ik zei nog tegen mijn vrouw in de auto dat ik niet meer terug zou gaan. Gelukkig belde hij de volgende dag op en zei dat ik helemaal gelijk had en dat zij meer oog hebben voor de verslaafde dan voor de omgeving, terwijl hij er zou moeten zijn voor ons, voor degenen om de verslaafde heen. Wat ik maar wil zeggen: je leert van elkaar, en mijn vrouw en ik leren nog steeds van elkaar." In de periode daarna is het ouder-/partnerwerk meer de spreekbuis voor de omgeving van de verslaafden geworden. In gesprekken met hun zoon heeft de ouder-/partnerwerker ook hun standpunten vertegenwoordigd.

Ouders

De eerste keer dat Gijs in De Hoop zat heeft de ouder-/partner-werker vooral geprobeerd de relatie tussen Gijs en zijn toenmalige vriendin te herstellen. Mevrouw De Graaf: "Als ouders hadden wij wel gesprekken met de werker en ook gingen we naar de gezamen-lijke ouder/partneravonden met andere ouders, maar echt met onze zoon heb ik toen niet gesproken voor het herstel van onze relatie." Uiteindelijk heeft zijn vriendin de relatie verbroken, net voordat Gijs voor de tweede keer werd opgenomen. "Toen dacht hij: ja, de relatie met mijn ouders is eigenlijk veel belangrijker dan die met mijn vriendin en dat is alsnog uitgegaan". De relatie met zijn ouders was hij min of meer een beetje kwijt, hij wist wel dat hij altijd thuis terug kon komen, maar het was altijd wel gespannen als hij er dan was.

"Liefde staat aan de basis van alles"

Na zijn terugval heeft de pleegdochter binnen het gezin De Graaf de ouders weer op het goede spoor gezet. Meneer De Graaf: "Toen haatte ik mijn zoon, het ging allemaal veel te ver; ik haatte mijn kind, echt waar. Voor mij hoefde het niet meer. Tot onze pleegdochter op een gegeven moment zei: jij mag dat niet doen, je lijkt wel gek. Het is jouw kind, je oudste kind, en dat moet je respecteren, daar moet jij van houden. En ik zei toen: van houden, hoe kan ik van hem houden? En toen zei zij: dat doet er niet toe, je moet gewoon van hem houden." "De Bijbel zegt: liefde staat aan de basis van alles; dat zijn belan-grijke woorden", aldus mevrouw De Graaf. "Zonder die liefde zou ik hem gewoon nooit meer in mijn huis willen hebben."

Huwelijk

De verslaving van hun zoon bracht ook spanningen in het huwelijk van de ouders. Zij spraken ook apart met de ouder-/partnerwerker over hun problemen. Meneer De Graaf memoreert de dag dat Gijs zijn vrouw naar de keel greep en dat hij hem overmeesterde, waarna Gijs alsnog de spullen stal waarvoor hij thuis was gekomen. "Toen bleek dat hij psychisch een enorme druk op ons uitoefende, en hij wist precies wie zijn ouders waren. Op zijn wijze ging hij zijn moeder beïnvloeden en mij ook, en zo zette hij ons in twee aparte kaders tegenover elkaar, want wij hadden op die manier geen contact met elkaar. Met als gevolg dat wij uit elkaar groeiden." Totdat mevrouw De Graaf het genoeg vond en hem vertelde dat het over was, dat hij kon vertrekken. En ze hield voet bij stuk. Inmiddels was Gijs dieper weggezakt in het criminele circuit. "Wij vreesden voor zijn leven, ik had er nachtmerries van." Het huwelijk heeft standgehouden, mede door het geloof: "De Heer was erbij toen we gingen trouwen, Hij is hier ook bij en Hij wil ons verder helpen."

De Hoop

De dominee van de gemeente van meneer en mevrouw De Graaf organiseerde reizen naar het buitenland voor jongeren. Gijs is drie jaar geleden mee geweest, en kwam lichamelijk clean weer terug. De tijd dat hij weg was had het gezin rust. Na zijn reis ging hij naar de deeltijdbehandeling van De Hoop. Hij stond op de wachtlijst voor opname. Net toen het dreigde mis te gaan, kon hij worden opgenomen. Tegelijkertijd startte het ouder-/partnerwerk waarvoor meneer en mevrouw De Graaf werden uitgenodigd. Vooral het lotgenotencontact in de groepen vonden zij leerzaam. Mevrouw: "Natuurlijk had je wel vrienden om je heen, maar toch had ik vaak het idee dat ik er alleen voor stond, je had geen begrip. Mijn familie bijvoorbeeld, het eerste wat ze zeiden is: waarom heb je nooit wat verteld? Eerst geloofden ze ook niet wat Gijs allemaal gedaan had. Maar in de groep heb je allemaal met hetzelfde te maken."

Toekomst

Gijs is nu anderhalf jaar clean, woont op kamers, heeft een nieuwe vriendin en is met een opleiding begonnen. Mevrouw De Graaf: "Wij zijn net met de ouder/partnerbegeleiding gestopt. Vorige maand hebben we de laatste gesprekken gehad. Ik hoop gewoon dat hij er nu gewoon veel sterker uit komt en dat hij niet weer terugvalt. Daar ben ik wel een beetje bang voor. Ik kan het nu wel beter loslaten, maar ik heb diep van binnen toch altijd nog een beetje angst."

Persoonlijke doelstelling en ondersteuningsbehoefte

De meeste respondenten zagen in eerste instantie niet dat ze zelf ook hulp nodig zouden kunnen hebben. Ze waren slechts geconcentreerd op de verslaving van de ander. Soms waren zij boos of verontwaardigd toen ze hoorden dat ook zijzelf iets moesten gaan veranderen aan de situatie: "hij moet toch van die alcohol af, ik niet?!"

Aangezien een groot deel van de respondenten min of meer dit aanbod zijn gaan volgen omdat anderen hen vertelden dat dit een goed idee was, hadden ze vooraf niet echt een duidelijke hulpvraag of verwachting. Wel genoemd wordt: om leren gaan met de verslaving van de ander, het gedrag dat erbij hoort, zelf steviger in schoenen leren staan en grenzen stellen, leren vergeven van (het bedrog van) de ander, herstel van vertrouwen.

"Hij heeft ook wel geprobeerd om sociaal te drinken. Dan stond er thuis een flesje bier klaar voor na het werk. Maar dat moet meteen na het werk en dus ging hij na een tijdje al onderweg naar huis drinken. En dan geen flesje, maar een halve liter. En als hij dan thuis kwam, dan wilde hij alsnog dat flesje. Dat sociale drinken is dus mislukt. Hij kan er niet goed tegen dus hij drinkt ook niet veel, niet meer dan een halve liter of twee halve liters, maar hij moet gewoon wel elke dag bier drinken. Dat is toch verslaving?! Vroeger nam hij ook wel eens een biertje, maar daarna dan een paar dagen niet. Nu drinkt hij elke dag." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Sterke en zwakke punten aanbod

De meningen van de respondenten over de waardevolle en zwakkere onderdelen van het programma van de verwantengroep lopen uiteen. Voor de meeste respondenten zijn de christelijke uitgangspunten heel belangrijk, omdat zij zelf christen zijn. De hulpverleners werken allemaal vanuit bijbelse principes, wat door de meeste cliënten wel wordt gewaardeerd.

"Wat ik wel merk bij De Hoop is dat deze mensen hun werk meer als een roeping zien. Dat is een zwaar woord, maar ik zou het niet anders kunnen omschrijven. Bij andere instellingen heb ik altijd het gevoel gehad dat het hun vak is. Bij de mensen van De Hoop is het iets meer dan dat. Het is voor mij dus niet belangrijk dat het christelijke er in zit, maar het is wel anders dan dat het zou ontbreken, minder warm." ***(interview met dochter van alcoholverslaafde vader)***

Ook genoemd wordt de 'hulp op maat'. De behandelplannen worden per cliënt vastgesteld en kunnen worden bijgesteld in de loop van de tijd. Daarnaast noemen de respondenten de deskundigheid van de ouder partnerwerkers vergeleken bij bijvoorbeeld algemene psychologen.

"In vergelijking met bijvoorbeeld een psycholoog is het hier prettig dat ze ook de achtergrond van verslaving kennen. Als ik hier ook zeg 'ik ben boos' dan begrijpen ze wat ik bedoel. Een psycholoog zal waarschijnlijk zeggen 'maar hoe bedoel je dat, boos?'" ***(interview met dochter van alcoholverslaafde vader)***

Als zwakke punten binnen het aanbod worden meer praktische aspecten genoemd. Veel cliënten kiezen De Hoop uit vanwege haar christelijke uitgangspunten. Mensen komen vaak van heinde en verre voor de

hulpverlening. Het verre reizen wordt dan ook regelmatig genoemd als negatief punt. Verder noemt een van de respondenten dat de naam 'ouder-/partnerwerk' niet voldoet aan de hulpverlening die geboden wordt. "In de naam is geen ruimte voor 'kinderen van'". Tenslotte wordt genoemd dat er geen mogelijkheden voor gezinsinterventie zijn. Wel wordt er hierin samengewerkt met de GGZ wat weer als positief punt wordt genoemd.

Doorverwijzing beroepshulpverlening en zelfhulporganisaties

Eén respondent is voor gezinsinterventie doorverwezen naar de GGZ. In de praktijk blijkt er (nog) geen actieve doorverwijzing naar zelfhulporganisaties, hoewel de geïnterviewde hulpverleners er wel open voor staan. De meeste respondenten menen geen behoefte aan zelfhulpgroepen te hebben. Genoemd wordt het feit dat zij al lotgenotencontact hebben bij de groepsgesprekken van De Hoop. Andere genoemde redenen hangen samen met het idee dat zij zich niet op hun gemak zullen voelen in 'een' groep of zij vinden dat zij al genoeg problemen van zichzelf hebben en denken dat zij door zelfhulpgroepen de ellende van anderen over zich heen krijgen:

"Nee, ik heb geen zin in de ellende van een ander. Bovendien vraag ik me af of het iets oplost. Kan iemand in dezelfde situatie een ander wel van goed advies voorzien? Ik denk dat daar iemand van buitenaf voor nodig is, die wel kennis heeft van wat verslaving is, een deskundige. Met een lotgenotengroep voor bijvoorbeeld vrouwen met borstkanker is het weer wat anders. Dan kun je elkaar waarschijnlijk heel goed steunen." ***(interview met dochter van alcoholverslaafde vader)***

hoofdstuk 6

Jellinek

Hoofdstuk 6

Jellinek

De Jellinek is een instelling voor verslavingszorg en -preventie in Amsterdam en de Gooi- en Vechtstreek. Al bijna 100 jaar biedt de instelling ambulante en klinische behandel- en resocialisatieprogramma's. In 2005 stroomden, volgens de gepresenteerde cijfers op de website, 3.800 cliënten in vanuit de regio Amsterdam en 771 cliënten uit de Gooi en Vechtstreek. In 2006 hebben 6.811 cliënten gebruik gemaakt van de diensten van Jellinek.

6.1 Visie en beleid mantelzorg

Beleidsmakers van de Jellinek zijn geïnteresseerd in het onderwerp mantelzorg vanuit twee invalshoeken: vanuit het behandelperspectief en vanuit het perspectief van de mantelzorger zelf. De Jellinek heeft de cognitieve gedragstherapie als referentiekader en werkt zo veel als mogelijk evidence based. In het behandelperspectief komt dit tot uiting in het betrekken van ondersteunende personen bij de behandeling van de verslaafde cliënt; wetenschappelijke inzichten laten zien dat dit de behandelresultaten bij de verslaafde verbetert. Bij het behandelperspectief gaat het niet om mantelzorg in zuivere zin, omdat de omgeving wordt betrokken als ondersteuner binnen de behandeling, bijvoorbeeld bij het volhouden van abstinentie. Het is belangrijk dat mantelzorg op de agenda komt de komende tijd, vooral in relatie tot dit behandelperspectief, aldus een geïnterviewde op beleidsniveau. Zij vertelt dat de Jellinek geïnteresseerd is in de zogenaamde Craft Module, een methode gericht op de vraag hoe je mantelzorgers kunt leren om verslaafde mensen richting hulpverlening te motiveren. Financiering van zo'n module levert echter moeilijkheden op omdat financiering gebaseerd is op diagnose en deze mensen nog niet binnen de instelling in behandeling zijn.

Ook in het aanbod van de Jellinek ter ondersteuning van mantelzorgers (het perspectief van de mantelzorger, met hun eigen problematiek) wordt zoveel mogelijk gewerkt binnen cognitief gedragstherapeutische kaders. De Jellinek wil graag laagdrempelig zijn voor familieleden van verslaafden en streeft ernaar om mantelzorgers in een vroeg stadium van informatie te voorzien. Veel hulpverleners zien het belang in van betrokkenheid van familieleden bij de behandeling van verslaafden en de ondersteuning van mantelzorgers

die door de situatie zelf psychisch in de knel zijn komen te zitten. Sommige andere hulpverleners geven echter aan dat dit in de praktijk soms een struikelblok vormt.

"Het is belangrijk om ook aan de andere kant te werken. Als je hard bezig bent aan de ene kant, dan kan het gebeuren dat die verandering aan de andere kant weer deels teniet wordt gedaan omdat die omgeving niet geneigd is om te denken: ik moet dingen ook anders gaan doen. (…) De realiteit is dat de hulpverlening zich nog altijd heel veel richt op de cliënt zelf, degene die verslaafd is, problemen heeft en voor problemen zorgt. (…) Maar ja, als je er echt mee aan de slag gaat dan moet je daar tijd en aandacht en mensen voor hebben." ***(interview met hulpverlener)***

Geïnterviewde hulpverleners geven aan dat de Jellinek lange tijd bekend stond om het aanbod van systeemtherapie. In de loop van tijd is deze vorm van therapie verdwenen, en hulpverleners benoemen dit als een verschraling van het aanbod. Zij ervaren dat als jammer omdat het systeem, waaronder mantelzorgers, behoefte heeft aan een ondersteuningsaanbod.

"Hoe dan ook is het duidelijk dat er meer op dat vlak moet gebeuren. Dat geluid hoor je veel van mensen. Veel behoefte, veel aanleiding maar we vinden nergens een mogelijkheid. Dan zijn ze met zo'n familieavond al heel blij…" ***(interview met hulpverlener)***

Samenwerking zelfhulpgroepen

Op beleidsniveau wordt aangegeven dat de Jellinek samenwerkt met zelfhulpgroepen, vooral voor verslaafden zelf. Speciaal voor familieleden van verslaafden worden mensen vanuit de cursus 'Omgaan met verslaving' attent gemaakt op het bestaan van zelfhulpgroepen voor hen.

"Er lopen iets van 30 groepen in de avonduren, dat is echt enorm veel. Ik weet niet hoeveel er gericht zijn op mantelzorg. We kunnen ze niet formeel doorverwijzen want het is zelfhulp maar we kunnen mensen wel attenderen." ***(interview met hulpverlener)***

Geïnterviewde hulpverleners geven aan dat er in de praktijk van doorverwijzing naar en samenwerking met zelfhulpgroepen van familieleden van verslaafden weinig sprake is. De genoemde samenwerking bestaat met name uit het bieden van huisvesting aan diverse zelfhulpgroepen. Cliënten uit de cursus 'Omgaan met verslaving' zijn bijvoorbeeld wel geïnteresseerd in zelfhulp, maar de stap blijkt voor hen vaak te groot te zijn.

"Het is niet voldoende om ze op de mogelijkheden te wijzen. Dan laten ze het liggen." ***(interview met hulpverlener)***

Gebrek aan kennis van de hulpverleners over zelfhulpgroepen lijkt daarin een cruciale rol te spelen.

"Je probeert mensen op allerlei mogelijkheden te wijzen. Al-Anon, Buitenveldert, Coke Van Jou. Landelijke Stichting Ouders van Drugsverslaafden. Allerlei initiatieven… Maar ik heb lang niet altijd zicht op wat daar gebeurt en wat de inhoud is van hetgeen ze aan te bieden hebben. Niet voor iedereen geschikt et cetera. Voor hulpverleners is het lastig om er goed zicht op te krijgen." ***(interview met hulpverlener)***

Hulpverleners hebben weinig zicht op het aantal cliënten dat doorstroomt naar de zelfhulp. Zelfhulporganisaties geven voorlichting aan cliënten op verschillende afdelingen binnen de Jellinek, zoals de detox. Ook organiseert de Jellinek, in samenwerking met het I&O, vier keer per jaar workshops voor hulpverleners over zelfhulp. Overigens zijn de geïnterviewde professionals het met elkaar eens dat het bereik van de zelfhulp verbeterd kan worden.

6.2 Aanbod mantelzorg

Mantelzorgers in de regio Amsterdam worden in de praktijk vaak doorverwezen naar de Regenboog, een collega-instelling die speciaal (aanvullend) aanbod voor mantelzorgers heeft ontwikkeld. Meerdere hulpverleners menen dat de Jellinek hierbij een taak voor zichzelf laat liggen. Het aanbod van de Jellinek in Amsterdam (cursus 'Omgaan met verslaving') en in de Gooi- en Vechtstreek (ouder/partnergroep) lijken apart van elkaar te staan. In Amsterdam weten weinig hulpverleners van het aanbod in de Gooi- en Vechtstreek, en andersom geldt hetzelfde. De Jellinek biedt het volgende:

Behandelaanbod voor mantelzorgers binnen het behandelaanbod
Binnen het behandelaanbod van de verslaafde cliënt kan een betrokken mantelzorger uitgenodigd worden bij een behandelsessie. Dit kan verschillende doelen hebben en kan bijvoorbeeld een partner, ouder of ander familielid zijn. De mate waarin iemand bij de behandeling betrokken wordt, kan verschillen (meer of minder intensief).

Partner/relatietraining – behandeling ambulant
Partner/relatietraining heeft als doel het verbeteren van de partnerrelatie ter ondersteuning van de verslavingsbehandeling en ter voorkoming van terugval. Er wordt in de behandeling uitgegaan van een wederzijdse, meestal (onbedoeld) negatieve, invloed van de verslaving en de relatie. Het middelengebruik en het daarmee gepaard gaande gedrag beïnvloeden de aard en kwaliteit van de relatie. Omgekeerd beïnvloedt de partnerrelatie het middelengebruik. Een belangrijk onderdeel van de behandeling is uit te vinden hoe het gebruik en de relatie samenhangen. Op deze manier kunnen partners de behandeling ondersteunen. Daarnaast wordt in deze behandelvorm aandacht besteed aan een aantal vaardigheden die belangrijk zijn voor het onderhouden van een gezonde en bevredigende relatie (bijvoorbeeld communicatievaardigheden). Het verbeteren van de relatie kan ook na de training bijdragen tot stabiliteit van het abstinent blijven of gecontroleerd gebruiken.

Cursus 'Omgaan met verslaving voor familie en vrienden'
Deze cursus worden ook nog wel 'familieavonden' genoemd, omdat dit aanbod voorheen zo heette.
De training vindt om de twee weken plaats op woensdagavond in Amsterdam. De bijeenkomsten duren ongeveer anderhalf uur. Het zijn 'open' avonden, waarbij aanmelden niet noodzakelijk is. Iedereen kan gewoon binnenlopen bij een bijeenkomst. De gratis cursus biedt mantelzorgers de gelegenheid tot het uitwisselen van ervaringen, het opdoen van kennis en het leren omgaan met verslaving. In vier bijeenkomsten komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Middelen, hun werking en ontwenningsverschijnselen: wat is het effect van bepaalde middelen, hoe werken ze en wat gebeurt er als je stopt?
- Motivatie en terugval: wanneer is iemand gemotiveerd iets aan zijn gebruik te doen en waarom gaan mensen toch weer gebruiken?
- Omgaan met verslaving van een familielid of vriend: met welk gedrag heeft u moeite, hoe reageert u hierop en helpt dit uw familielid of vriend om er iets aan te veranderen?
- Het maken van een noodplan en het bewaken van de eigen grenzen: wat doet u op het moment dat iemand terugvalt en hoe houdt u uw eigen leven leuk?

Volgens een geïnterviewde hulpverlener worden de avonden over het algemeen goed bezocht, vrijwel zonder publiciteit. Volgens een andere geïnterviewde kwamen er voorheen meer mensen naartoe, wellicht omdat er meer reclame voor werd gemaakt, bijvoorbeeld via folders bij huisartsen.

De ouder/partnergroep
In Hilversum is er de ouder/partnergroep, een gesloten groep van tien bijeenkomsten. Meer hierover in de volgende paragraaf.

6.3 Focus op aanbod – De ouder/partnergroep Gooi - en Vechtstreek

We evalueren een aanbod voor ouders en partners van verslaafden. In vergelijking met de cursus 'Omgaan met verslaving' is dit aanbod meer therapeutisch van aard en is het naast ondersteuning (ervaringen delen) ook gericht op gedragsverandering bij de mantelzorger. Bij deze ouder/partnergroep kunnen zich maximaal tien personen inschrijven. Mantelzorgers die 'partner van' of 'ouder van' een drugs-, alcohol- of gokverslaafde zijn kunnen zich aanmelden. Het aanbod bestaat uit een intakegesprek en tien bijeenkomsten van anderhalf uur. Voorheen waren dit er twaalf, maar er is besloten de informatie over de middelen zelf te beperken.
Er kunnen wel vragen over middelen worden gesteld, maar de praktijk wijst uit dat hier weinig gebruik van wordt gemaakt. Het gaat nu voornamelijk over 'Hoe ga ik ermee om?' Thema's die worden behandeld zijn onder meer het leven met een verslaafde, mogelijke oorzaken van verslaving, verslavingsgedrag, redders-driehoek, verslaafd zijn aan de verslaafde, gevolgen voor andere gezinsleden, grenzen stellen.

Hulpverleners en de gebruikte methodieken
De groep wordt geleid door twee hulpverleners: de ene leidt de groep al jarenlang en heeft het programma (mede) ontwikkeld en de ander loopt met haar mee. De boodschap die ze willen overbrengen bestaat eruit dat de deelnemers geen grip hebben op het veranderingsproces van de ander (de verslaafde). Ouders en partners hebben slechts grip op zichzelf, op hun eigen proces. De hulpverleners willen inzicht verschaffen in de bijdrage die de mantelzorgers zelf hebben in het in stand houden van de verslaving.

Aan het begin van elke bijeenkomst wordt ruim de tijd genomen om door te spreken wat er die avond zal worden behandeld en hoe de taakverdeling zal zijn. De een begint en na de pauze neemt de andere

hulpverlener de leiding over. Ze brengen een duidelijke structuur aan en hanteren een strakke planning. Ze schrijven vooraf het programma op het bord, zodat de deelnemers weten wat ze die avond kunnen verwachten.

Vaste onderdelen van de bijeenkomsten bestaan uit het welkom heten, mededelingen doen en de afsluiting. Hierbij wordt veel tijd vrijgemaakt voor het reageren op en ondersteunen van elkaar. Er wordt aandacht voor de spreker gevraagd en na elke bijdrage wordt degene die wat heeft gedeeld ook hiervoor bedankt. Het 'rondje positief', dat ook iedere week terugkeert, blijkt voor sommige deelnemers in het begin wat moeilijk. De bedoeling is om een leuke gebeurtenis van de afgelopen week met de anderen te delen die los staat van de verslaafde. Vaak zijn het leven van de verslaafde en de mantelzorger zo met elkaar verweven dat het voor de mantelzorger moeilijk is zichzelf los van die ander te zien. Dit blijkt uit onderstaande interactie tussen één van de hulpverleners en de 26-jarige partner van een sofdrugsverslaafde vriend:

Partner: *"Ik ben met m'n vriend gaan eten bij mijn ouders en dat ging goed. Eerst moeizaam, maar later beter. Dat vond ik heel fijn."*
Hulpverlener: *"Maar dat heeft toch ook weer zijdelings met je vriend te maken… Misschien heb je ook nog iets positiefs alleen van jezelf meegemaakt?"*
Partner: *[denkt na] "Ik ben mondiger geworden op m'n werk."* ***(fragment uit veldwerkobservatie)***

Elke week wordt er een thema behandeld, bijvoorbeeld een verslavingstheorie of de reddersdriehoek, waar de deelnemers dan met elkaar op kunnen reageren. Inzicht en herkenning worden bevorderd door bij het behandelen van nieuwe informatie terug te komen op zaken die eerder door de mantelzorgers zijn gedeeld en vragen te stellen als "herkent iemand dit?" De hulpverleners doen hierbij ook hun best zich te verplaatsen in de situatie van de deelnemers:

Hulpverlener: *"Hoe zit het met jou?"*
Partner*: "Ik ben de redder. Ik neem verantwoordelijkheid voor iedereen."*
Hulpverlener: *"Is het verantwoordelijkheid nemen als je naast iemand blijft leven die jou niet met respect behandelt? Hiermee zeg ik niet dat je weg moet. Doe nooit wat een hulpverlener zegt als jij dat niet zo voelt. Blijf bij je eigen gevoel en eigen keuzes. Alleen grenzen stellen waar jij achter kunt staan."* ***(interactie tussen hulpverlener en partner van alcoholverslaafde man, fragment uit veldwerkobservatie)***

Halverwege elke avond wordt er een korte pauze ingelast. De hulpverleners trekken zich dan terug, zodat de deelnemers de mogelijkheid hebben om elkaar op een andere manier te leren kennen. Er wordt af en toe ook huiswerk gegeven, zodat de deelnemers het geleerde gaan koppelen aan de alledaagse werkelijkheid van hun leven met de verslaafde en zo sneller tot een dieper inzicht zullen komen. Als er voor bepaalde zaken op dat moment geen tijd is, wordt het genoteerd en komen de hulpverleners er de week daarop op terug. Soms gaat het om dingen die later in het programma nog aan de orde zullen komen. In dat geval wordt daar duidelijk naar verwezen.

De deelnemers
De groep die we evalueren bestaat uit tien personen. Bijna alle deelnemers zijn 'partners van', er is slechts één vader aanwezig van een verslaafde zoon. Verslavingen bestaan vooral uit overmatig alcoholgebruik. Een enkele deelnemer heeft te maken met een aan (soft-)drugs verslaafde verwant of partner. Binnen één relatie speelt een gokverslaving.

De mensen in de groep verkeren in verschillende fasen. Onderstaande citaten van vrouwen, die allen een relatie hebben met een verslaafde partner, maken dit duidelijk. Een vrouw die vooral hulp biedt en haar partner ondersteunt zegt hierover:

"Ook al heeft hij je gekwetst tot in het diepst van je ziel. De personen zijn goed, maar ze zijn ziek in hun hoofd. Je moet medelijden hebben en ze helpen." ***(partner van gokverslaafde man, fragment uit veldwerkobservatie)***

Een vrouw die afstand neemt binnen de relatie:

Partner: *"Van mij mag hij best tegen een boom rijden. Mijn verstand is al een heel eind, maar met m'n gevoel ben ik er nog niet."*
Interviewer: *"Wat maakt het voor jou moeilijk om afscheid te nemen?"*
Partner: *"Dat ik nog van hem hou."* ***(partner van alcoholverslaafde man, fragment uit veldwerkobservatie)***

Een vrouw die op het punt staat de relatie te verbreken en te scheiden:

"Ik ben nu zo kwaad dat ik alleen maar tegen 'm loop te gillen. Hij is toch ook dat gezin begonnen? Hij hoort ook die verantwoordelijkheid aan te gaan. Voor mij is hij mijn man niet meer." ***(partner van alcoholverslaafde man, fragment uit veldwerkobservatie)***

Regelmatig ondersteunen de deelnemers elkaar tijdens de bijeenkomsten in hun tegenslagen en geven ze elkaar tips. Naarmate er meer vertrouwdheid is binnen de groep en er toename is in openheid, houden de deelnemers elkaar steeds vaker een 'spiegel' voor. Deze confrontaties worden niet kwetsend bedoeld, maar laten eerder zien hoe het ook anders kan. Hieronder volgt een voorbeeld van een gesprek tussen twee vrouwelijke partners van alcoholverslaafde mannen:

Partner 1: *"Ik vind het zo jammer als je bij die kerel blijft vanuit financiële overwegingen. Dat komt best goed."*
Partner 2: *"Dat zeg jij."*
Partner 1: *"Ik heb dat ook meegemaakt en ik heb het ook gered. Je vindt wel een weg. Het is geen reden om bij hem te blijven."* ***(fragment uit veldwerkobservatie)***

Kenmerken respondenten
Van de tien deelnemers hebben er vijf meegewerkt aan een interview, waaronder één man. De leeftijden variëren van 34 tot 60 jaar, allen zijn van Nederlandse afkomst. Vier respondenten hebben te maken met een partner die verslaafd is (geweest) aan alcohol. De vijfde geïnterviewde leeft samen met een

Anouk (partner van een aan alcohol verslaafde man)

Anouk is een 34-jarige Nederlandse vrouw, die samenwoont met haar 44-jarige partner en hun zoontje. Op dit moment is ze hoogzwanger van hun tweede kind. "We hebben elkaar ontmoet via ons werk.

Nu heb ik een eigen bedrijfje, maar toen werkten we allebei in de luchtvaart. In dat wereldje heerst er een grote drankcultuur.

Na het werk wordt er veel alcohol gebruikt in mixjes en daarna uit eten met veel wijn. Vaak wordt er daarna nog gestapt en flink doorgedronken. Dat was altijd heel gezellig en omdat iedereen dronk had ik niet door dat hij echt een alcoholprobleem had."

Zij vond hem altijd erg spannend, het onvoorspelbare en ondoordringbare trok haar in hem aan. Naast hem voelde zij zich niet saai. De relatie verliep echter niet zonder problemen. Hij kon ontzettend leuk en lief zijn, maar hij mishandelde haar tegelijkertijd geestelijk en lichamelijk. Op een dag was het weer heel erg geweest en bedacht ze dat het genoeg was. Anouk is naar de politie gestapt en vertelde dat ze niet meer wist hoe het verder moest en vroeg wat ze voor haar konden doen. Ze hebben toen gezorgd dat haar zoontje en zijzelf naar een Blijf-van-mijn-lijf huis gingen. Ze heeft er niet lang gezeten, maar ze is daar goed geholpen. Vervolgens heeft zij met haar zoontje het leven weer opgepakt: zonder partner c.q. vader. Ze zijn apart gaan wonen en, ondanks dat haar partner weigerde om alimentatie te betalen, redden ze het financieel. Toen is ze hem gaan missen: "Niet alleen wanneer het moeilijk ging, maar vooral ook de leuke dingen van onze zoon die ik niet met hem kon delen. Dan zag ik ouders met een kindje ertussen bungelen en dan dacht ik 'dat wil ik ook'."

Verantwoordelijkheden

Uiteindelijk is Anouk weer een relatie met hem begonnen en is hij bij hen in gaan wonen. Dat was in het begin heel leuk, maar al snel ontstonden er opnieuw problemen: "Ik ren de hele dag achter van alles aan, m'n zoon, de honden, mijn werk, het huis. Hij werkt, maar als hij zich niet goed voelt door de alcohol dan belt hij af. En als ik iets niet afkrijg dan praat hij me een schuldgevoel aan. Dan voldoe ik volgens hem niet, omdat ik m'n takenpakket niet afkrijg". Ze durft er bijvoorbeeld ook niet op te vertrouwen dat als hij zegt dat hij zijn zoon ophaalt, hij dat dan ook doet. "Hij legt ook alles bij mij neer. Zijn verantwoordelijkheden worden mijn verantwoordelijkheden. Natuurlijk doe ik dat voor een deel ook zelf."

Redden of helpen?

Inmiddels heeft ze de ouder/partnergroep bij de instelling voor verslavingszorg bijna doorlopen. Ze heeft er erg veel baat bij. Het is een bevestiging dat de problemen die er tussen haar vriend en haarzelf spelen niet allemaal haar schuld zijn. Anouk ziet ook dat ze respect verdient en hem aan zijn verantwoordelijkheden mag houden: "Nu leer ik grenzen stellen en voor mezelf opkomen. Ik moet hem ook de consequenties van zijn gedrag laten voelen." Ze beschrijft een recente situatie: "Laatst hadden we een feestje bij ons thuis. Ik had besloten om toch alcohol in huis te halen, maar achteraf was er nog bier over en steeds verdween er dan weer een biertje. En dan sprak ik hem erop aan, maar dan had hij het natuurlijk niet gedaan. Maar wie dan wel?! De kaboutertjes? Ik werd er helemaal niet goed van, weer al dat gelieg!" Ze heeft toen tijdens een bijeenkomst gevraagd hoe ze deze situatie het beste aan kon pakken en vertelde dat ze zelf de neiging had om de biertjes gewoon weg te gooien. "Ik wilde iets doen en iets anders bedenken lukte niet. Ze hebben me toen laten zien dat als ik het bier zou leeggooien, dat ik dan in de reddersrol zou stappen. Bovendien zou hem dat het slachtoffer maken en dan zou hij juist meer kunnen gaan drinken doordat hij zich minderwaardig zou voelen. Ze zeiden toen: 'Als je 'm wil helpen, ga dan met 'm praten en maak samen een beslissing'. Helpen en redden is als je het zo bekijkt tegelijkertijd een klein en groot verschil."

Eén van de hulpverleners heeft haar ook een boek ter lezen aangeraden. "Dit is een grote eye-opener voor me. Ik verwarde dramatiek met liefde. Vooral de combinatie van verwantengroep met boek helpt mij heel erg." Inmiddels heeft ze ook steeds beter door welke rol zij heeft gespeeld in de hele situatie, waarom ze voor deze relatie heeft gekozen en welke invloed haar jeugd hierop heeft gehad. Anouk denkt er nu over om na afloop van de groep in therapie te gaan.

Hulpvraag van partner

Inmiddels heeft hij ook contact met de instelling voor verslavingszorg opgenomen. "Hij merkt dat ik verander en nou moet hij ook. Hij heeft voorheen wel hulp gehad, maar onderschatte zijn problemen altijd: 'Ik hoor niet in de groep. Ik ben echt heel anders dan de rest'." Als laatste wil ze ook graag samen met haar partner in therapie bij een psycholoog.

gokverslaafde. Aan de onderzochte ouder/partnergroep nemen ook mantelzorgers van (soft-) drugsverslaafden deel. Bij hen hebben wij echter geen interview kunnen afnemen.

Dat het leven met een verslaafde op diverse manieren gevolgen heeft voor de mantelzorger en het eventuele gezin komt ook uit de verhalen van deze respondenten naar voren. Vooral geldproblemen, bedrog en manipulatie door de verslaafden eisen hun tol. De deelnemers van de ouder/partnergroep voelen zich alleen staan en proberen zoveel mogelijk zelf en met hun gezin, andere familieleden of iemand van buitenaf zoals een vriendin of goede buur, de problemen op te vangen:

"Ik heb wel veel hulp gehad van mijn familie. Ze hebben geholpen bij de rechtzaken die liepen tegen de verzekeringsmaatschappij, omdat we dachten dat hij niet meer dronk. Net daarna kreeg ik echter weer een bekeuring omdat hij onder invloed had gereden. En hij is tegen een garagedeur gereden. Soms weet ik ook niet meer wat ik moet geloven. Mijn kinderen steunen mij ook heel erg. Ze zijn boos op hun vader." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Hulpverleningsverleden

Vier van de vijf respondenten hebben, naast eventuele zorg die gekoppeld is aan de verslaafde waarmee ze leven, ook hulp ontvangen voor henzelf. Deze hulpverlening bestond voornamelijk uit maatschappelijk werk, onder andere verbonden aan het Blijf van Mijn Lijf Huis, en psychotherapie:

"Ik loop bij de psychiater, maar ik merk er nog niet veel van. Ik ben daar sinds een half jaar onder behandeling en ben er terechtgekomen via de neuroloog, waar ik kom in verband met mijn MS. Hij zei dat ik naar een psycholoog moest in verband met een vervolgtraject, want hij vond mij niet zo goed bij mijn verstand, zeg maar... En bij die psycholoog moet je allemaal van die testen doen en dat is heel vermoeiend en die heeft me weer doorgestuurd naar de psychiater, want ik ben heel depressief." ***(interview met partner van gokverslaafde man)***

Een andere respondent heeft positievere ervaringen met de hulpverlening. Zij had gesprekken met een psychotherapeut, die ze tijdelijk heeft stopgezet vanwege de drukte rond de verhuizing en alle medische onderzoeken van haar man.

Persoonlijke doelstelling en ondersteuningsbehoefte

De meeste respondenten en andere deelnemers van dit hulpaanbod voor mantelzorgers zijn op zoek naar handvatten om beter om te kunnen gaan met de verslaving van hun partner of kind en denken deze bij de Jellinek te zullen krijgen. Vaak hebben ze al van alles geprobeerd en zijn ze ten einde raad. Ze hopen ook een deel van hun antwoorden en (h)erkenning te krijgen door te praten met mensen in vergelijkbare situaties. Het volgende voorbeeld van de communicatie over en weer tussen twee partners van aan alcoholverslaafde mannen illustreert dit:

Vrouw 1: *"Ik ben van het psychische geplaag en gepest af. Dat geeft rust. Elke keer doet het toch pijn. Hij heeft door dat het toch niet langer kan zo."*
Vrouw 2: *"Misschien doordat je een dagje alleen uit bent geweest?"*

Vrouw 1: *"Grappig dat je dat zegt, want misschien is de situatie en het gedrag van mijn partner wel veranderd door de verandering van mijn eigen gedrag."* ***(fragment uit veldwerkobservatie)***

Er worden veel vragen gesteld naar aanleiding van de stof die tijdens de bijeenkomsten wordt behandeld, bijvoorbeeld over de verschillende theorieën die er bestaan over verslaving. Tijdens een interview geeft een hulpverlener aan dat zij in de praktijk nogal eens tegen de extra ondersteuningsbehoefte aanloopt van mantelzorgers rondom mensen met een dubbele diagnose. Zij hebben extra ondersteuning nodig vanuit de psychiatrische hoek. De vragen waarmee deze mantelzorgers lopen zijn vaak erg specialistisch van aard.

Informatieverstrekking

Deelnemers typeren de informatie die zij tijdens de bijeenkomsten krijgen als leerzaam. Vooral de informatie over verslavingsgedrag en de reddersdriehoek is voor iedereen herkenbaar. Wel geven de deelnemers aan dat de informatie nog een plek dient te krijgen voordat zij de informatie in de praktijk kunnen brengen:

"Je weet wat je zou moeten doen, maar daar komt niet veel van... Het ligt ook aan mijn karakter. Ik heb moeite met de reddersdriehoek." ***(interview met partner van gokverslaafde man)***

Om de informatie over de omgang met de verslaafde in de praktijk goed uit te kunnen voeren, moet de verslaafde persoon zelf ook hulp krijgen, vindt één van de respondenten. Haar partner wil graag hulp en ze heeft het gevoel dat ze samen niet veel verder komen zolang hij deze nog niet ontvangt. Een andere respondent geeft aan dat hij graag wil leren hoe hij zijn vrouw kan helpen en ondersteunen:

"Ik leer echter alleen hoe ik zelf met de situatie om moet gaan." ***(interview met partner van alcoholverslaafde vrouw)***

Dit gegeven lijkt de sleutel te zijn tot de problematiek van mantelzorgers. Mensen komen naar de hulpverlening toe omdat ze denken of vinden dat hun naasten een probleem hebben maar blijken zelf ook in meer of mindere mate onderdeel van het probleem en hebben daarvoor ondersteuning nodig.

Begeleiding en vorm/structuur van het aanbod

Uit alle interviews met de respondenten blijkt een grote tevredenheid over de begeleiding door de twee hulpverleners. De afwisseling van beide tijdens de bijeenkomsten wordt prettig gevonden. Binnen de groep wordt er veel ruimte gegeven om op elkaar te reageren, zodat het volgens de geïnterviewden niet zo'n "beroepsgerichte benadering" heeft. Hiervan is, volgens een respondent, wel vaak sprake in het contact met bijvoorbeeld maatschappelijk werkers. Eén respondent vindt het tweede gedeelte van de bijeenkomsten, waarin er nieuwe stof wordt gepresenteerd, in verhouding te kort. Zij ervaart dit alsof dat nog even snel behandeld moest worden en vind het jammer dat er niet meer tijd is om naar aanleiding van de nieuwe informatie op elkaar te reageren. Alle respondenten geven aan behoefte te hebben aan meer handvatten:

"Zo van, je zou dat eens kunnen proberen. Natuurlijk moet je het zelf doen, maar ze moeten niet zoveel aan jezelf overlaten. Op een gegeven moment weet je het ook niet meer." ***(interview met partner van gokverslaafde man)***

"Ze laten vaak de keuze bij jou. Ze geven geen concrete antwoorden. Ze remmen je ook af. Dat doen ze waarschijnlijk wel met een reden, maar wij hebben zo iets van 'help ons nou'. Dan gaan ze weer snel verder of zeggen 'dat komt volgende week terug'. Er zit natuurlijk wel een bepaalde opbouw in het programma, maar het is soms frustrerend." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Lotgenotencontact

Alle respondenten vinden het fijn om met andere mensen ervaringen uit te wisselen over de situaties waarin ze verkeren met hun verslaafde partners en de problemen die hieruit voortvloeien. Ook al krijgen ze geen handvatten aangereikt door hun lotgenoten, ze ervaren zeker veel steun van elkaar:

"Fijn om met andere mensen te zijn. Je bent niet de enige, heerlijk. Het geeft lichtpuntjes door wat anderen zeggen. Ik zal het missen." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

"Lotgenotencontact bevestigt dat het iets is. Liegen en alles persoonlijk nemen, maakt iedereen mee met een verslaafde." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Een respondent geeft aan dat het gedrag van verslaafde personen, welke verslaving zij ook hebben, vergelijkbaar is. Anderen menen dat de groepen voor mantelzorgers meer gespecificeerd zouden moeten worden aangeboden. Ook individuele gesprekken zouden een oplossing kunnen zijn.

Doorverwijzing beroepshulpverlening en zelfhulporganisaties

Na afloop van de tien bijeenkomsten wordt aangegeven dat er mogelijkheden bestaan voor deelname aan zelfhulpgroepen en individuele therapie. Volgens één van de hulpverleners zijn uit vorige groepen een aantal deelnemers overgegaan naar deze hulpverleningsvormen. Zij ziet ook duidelijk de meerwaarde in van zelfhulpgroepen.

"Mensen krijgen echt handvatten. De zelfhulpgroep is dan echt ondersteunend om het proces van verandering vast te houden en hun verhaal kwijt te kunnen." ***(interview met hulpverlener)***

Hoewel de respondenten allemaal redelijk enthousiast zijn over het lotgenotencontact tijdens de bijeenkomsten van de ouder/partnergroep, zal waarschijnlijk geen van hen contact opnemen met een zelfhulpgroep. Eén van de respondenten noemt de geografische afstand van woonplaats naar de locatie waar de zelfhulpgroep plaatsvindt te groot. Voor de meeste geïnterviewden zijn echter ideeën over het gebrek aan structuur en deskundige begeleiding de voornaamste redenen om geen aansluiting te zoeken bij zelfhulpgroepen:

"Nu heeft het een doel. Zonder dat zou het niet werken, zonder leiding. Dat wordt met z'n vijftienen elkaar aankijken en dan weet niemand het." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Opvallend is dat deze respondent als optie de voortgang van de huidige groep noemt: “Eén keer per week samen komen om te delen, lachen en te relativeren, maar met een duidelijk doel voor ogen en onder begeleiding van een deskundige”. Volgens haar werkt dit wel weer beter dan individuele gesprekken. Als reden hiervoor noemt ze dat je in een groep je zorgen kunt delen, maar ook weer afgeleid kunt worden.

hoofdstuk 7

Novadic-Kentron

Hoofdstuk 7

Novadic-Kentron

Novadic-Kentron heeft de laatste jaren in het teken gestaan van een grote reorganisatie waarbij twee kleinere instellingen van verslavingszorg zijn samengevoegd tot één. Brabant is het werkgebied van deze organisatie waar zij verspreid over verschillende regio's ongeveer 7.500 cliënten in behandeling hebben (jaarverslag 2005). De grootste vestigingen bevinden zich in Breda, Roosendaal, Eindhoven, Sint-Oedenrode, Tilburg, 's-Hertogenbosch en Helmond. Daarnaast heeft Novadic-Kentron kleinere vestigingen in de nabijgelegen kleinere gemeenten.

7.1 Visie en beleid mantelzorg

Novadic-Kentron bevindt zich gedurende het onderzoek in de laatste fase van de grote reorganisatie en ontwikkelt nieuw beleid voor de gefuseerde instellingen. Voordat het zover is moeten de visieonderdelen waarin beide instellingen duidelijk verschillen opnieuw worden bekeken en beoordeeld. Wat betreft het onderwerp mantelzorg wordt op beleidsniveau een debat gevoerd over de vraag of bij de behandeling van verslaafden zijzelf alleen het speerpunt vormen – en dat de familie daar dan 'bij' komt – of dat er door de instelling ook aparte aandacht voor aanbod voor familieleden moet worden besteed. Doordat deze visie nog niet is uitgekristalliseerd komen er uit de interviews over het beleid van mantelzorg slechts enkele grote lijnen naar voren. Zo blijkt uit de gesprekken dat de omgeving wel steeds actiever wordt betrokken bij cliëntenzorg, zoals ook blijkt uit de website en de informatiefolders. Volgens een geïnterviewde medewerker is het inmiddels toch wel bewezen dat de kans van slagen van een behandeling groter is als er ook aandacht wordt besteed aan de directe omgeving van verslaafden.

Op beleidsniveau wordt voorzichtig geconcludeerd dat mantelzorg binnen het aanbod van programma's belangrijker wordt. Dat is terug te zien in de ontwikkeling om de omgeving meer te betrekken bij de behandeling, zoals dat bijvoorbeeld gebeurt bij de Community Reinforcement Approach (CRA), waarbij ernaar gestreefd wordt dat de cliënt een coach vindt in een ouder, familielid of vriend. Echter, het blijkt dat het belang van de betrokkenheid van familieleden bij behandeling (nog) niet instellingsbreed gedragen wordt.

Eén van de medewerkers zegt daarover:

"Er zit nog veel variatie in. Sommige hulpverleners staan er positief tegenover, anderen vinden het 'lastig'. Dat kan zijn omdat verslaving een complex probleem is en het gedrag eromheen maakt het nog ingewikkelder, dus meer splitsen, gedoe en dergelijke. Families gaan soms wanhopig dicht op je huid zitten en dus wijs je ze als hulpverlener weer sneller af. Dit gaat eigenlijk meer om vragen als: geven we onze hulpverleners voldoende handvatten om goed met de situatie om te gaan?" ***(interview met beleidsmedewerker).***

Een tweede duidelijke lijn bestaat uit het beleid ten aanzien van zelfhulpgroepen. Brabant kent van oudsher een vrij sterke organisatie van zelfhulpgroepen met daarbij een niet afwijzende houding naar professionele dienstverlening. Novadic-Kentron heeft haar beleid hierop ingesteld en ontwikkeld. Het zogenaamde supportwork is daar een uiting van. Supportworkers zijn (ex) zelfhulpvrijwilligers die in dienst zijn bij de instelling en bijvoorbeeld in de wachtlijstgroepen werken.

Zelfhulpgroepen en het supportwork

Novadic-Kentron heeft een duidelijk beleid ten aanzien van zelfhulpgroepen, namelijk: samenwerking tussen de instelling en de zelfhulpgroepen bevorderen. Een belangrijke schakel doorin vormt het supportwork. Supportworkers zijn herstellend verslaafden die hun persoonlijke probleem hebben opgelost met behulp van de 12-stappen methode: sommigen in combinatie met professionele hulp, anderen alleen met deze methode. Hoewel zij in dienst zijn van de instelling zijn het geen professionele hulpverleners. Zij hebben geen toegang tot cliëntgegevens en geven ook geen informatie aan de hulpverlener, tenzij dit met de cliënt expliciet is afgesproken. Supportworkers zorgen dat er actief bemiddeld wordt bij verwijzingen. Ze gaan naar klinieken toe om mensen begeleiding aan te bieden bij ontslag en zorgen daarna voor de nazorg en resocialisatie. Ook verwijzen zij mensen uit zelfhulpgroepen juist weer door naar Novadic-Kentron, bijvoorbeeld psychiatrische patiënten. De zelfhulpgroepen blijven via de supportworkers goed in beeld. De instelling biedt faciliteiten, zoals coaching maar ook huisvesting. Het initiatief tot het supportwerk ligt bij zelfhulpgroepen.

Novadic-Kentron benadert zorg op basis van een cognitieve gedragstherapeutische visie. Hoewel ervaringsdeskundigheid daar niet haaks op staat is het vinden van elkaar toch iets wat de professionals en de ervaringsdeskundigen voor een dilemma plaatst. Het supportwork bijvoorbeeld wil de zelfhulp-methodieken meer in de professionele zorg toepassen, maar dat is op visieniveau nog niet duidelijk uitgekristalliseerd.

"Hoe dicht moeten ze nu op die instellingen gaan zitten of moeten ze nu een eigen kliniek gaan beginnen? Vragen als: wil je de 12-stappenmethode meer in de professionele zorg gaan toepassen en ervaringsdeskundigen meer een positie geven?" ***(interview met beleidsmedewerker)***

Het mogelijke belang van zelfhulpgroepen is (nog) niet doorgedrongen bij alle werkers en is vaak afhankelijk van de hulpverlener in kwestie. Heeft deze persoon kennis en affiniteit met zelfhulpgroepen of niet? Kritische geluiden zijn te horen over het verschil in aandacht vanuit het beleid 'Onbenutte mogelijkheden'

tussen zelfhulpgroepen voor cliënten zelf en de zelfhulpgroepen van familieleden. Zelfhulpgroepen van familieleden en andere naasten komen altijd op een latere plaats.

"Het beleid op papier heeft nog geen handen en voeten. Er staat in heel algemene bewoordingen in dat er meer samenwerking moet komen met zelfhulpgroepen. Het cliëntendeel krijgt wel enige vorm maar het gedeelte van familieleden niet. Daar liggen actiepunten. Anders gezegd: actiepunten zijn dus globaal omschreven en gericht op de verslaafde zelf. Wij worden onder hetzelfde kopje weggeschreven." ***(interview met medewerker instelling en vertegenwoordiger zelfhulpgroep)***

7.2 Aanbod mantelzorg

Uit de interviews en de informatiefolders van de instelling is de volgende informatie over het aanbod van mantelzorg verspreid over verschillende regio's beschikbaar. Het betreft hier een globaal overzicht van mantelzorgaanbod verspreid over de verschillende regio's waar Novadic-Kentron werkzaam is.

Betrokkenheid bij behandeling van verslaafde
Partners kunnen op verzoek van de verslaafde cliënt, de hulpverlener of op eigen verzoek betrokken worden bij de behandeling van de verlaafde cliënt. Eén van de mogelijkheden is dat de partner geholpen wordt om zijn of haar partner te steunen om zo goed mogelijk met het verslavingsprobleem om te gaan.

Familiebijeenkomsten
De familiebijeenkomst is een mogelijkheid voor familieleden, partners en naaste betrokkenen om goed geïnformeerd te worden over de gevolgen van een opname, ook voor henzelf. Deelname is vanaf 18 jaar. Het aanbod bestaat uit één bijeenkomst van 2 tot 2½ uur. Tijdens de bijeenkomst wordt er uitleg gegeven over de dagelijkse gang van zaken op de dienst Verblijf en wordt er aandacht besteed aan het proces van een klinische behandeling en de gevolgen ervan voor zowel de cliënt als de naaste omgeving. Er is gelegenheid tot het stellen van vragen. Tot slot krijgen mensen informatie over de hulpverleningsmogelijkheden binnen de instelling.

Het aanbod van familiebijeenkomsten zijn in één regio opgeschort wegens gebrek aan belangstelling.
In een andere regio wordt dit aanbod vooral individueel aangeboden, alleen bij voldoende aanmeldingen vindt het aanbod in groepsverband plaats.

Partnergroepen
Op verschillende locaties van Novadic-Kentron draaien partnergroepen. De partnergroep is bestemd voor partners van mensen met verslavingsproblemen. Ook ex-partners kunnen deelnemen. Het is belangrijk dat de deelnemende mantelzorgers hulp voor zichzelf wil op het gebied van inzicht en autonomie. Doorgaans bestaat de partnergroep uit acht tot tien deelnemers en vinden de bijeenkomsten wekelijks plaats.

- Gesloten groepen: sommige partnergroepen zijn gesloten groepen van acht bijeenkomsten; alle deelnemers beginnen dan met elkaar aan de eerste bijeenkomst en de groep houdt dezelfde samenstelling tot aan de laatste bijeenkomst.

- Open groepen: op andere locaties is de partnergroep een open groep: daar kan een nieuwe deelne(e)m(st)er tussentijds starten. Meestal wordt voor een periode van drie maanden aan de groep deelgenomen.

Doelstelling van de partnergroep zijn: herkenning, erkenning en ondersteuning van lotgenoten, meer zelfvertrouwen krijgen, het verkrijgen van kennis en inzicht in de verslavingsproblematiek en hulpverleningsmogelijkheden, het bewuster kunnen kiezen uit gedragsmogelijkheden, het leren zich minder afhankelijk op te stellen van de partner in praktisch en emotioneel opzicht, de eigen behoeftes serieus nemen en verantwoordelijkheid nemen voor de vervulling daarvan en het leren stellen van grenzen.

Oudergroepen
De oudergroep is een gesloten groep van acht bijeenkomsten voor ouders of opvoeders, waarin informatie wordt gegeven over verslavende middelen, de gevolgen en functies van gebruik. Daarnaast wordt ingegaan op de effecten die het verslavingsgedrag heeft voor de opvoeding en de relaties in het gezin. Verder is er aandacht voor het hanteren van moeilijke opvoedingssituaties. Specifieke doelen van de module, zoals in de informatiefolder staan beschreven, zijn: het vergroten van de kennis en inzicht in de verslavingsproblematiek; ondersteuning door uitwisseling van ervaringen en informatie met lotgenoten; toename van zelfvertrouwen in de omgang met het verslaafde kind; bewuster kunnen kiezen uit en ruimer scala van gedragsmogelijkheden; en bekendheid met hulpverleningsmogelijkheden.

Individueel traject
Familieleden van verslaafden kunnen ook een afspraak voor een intake voor zichzelf maken. Er wordt dan een individueel begeleidingsplan gemaakt. Ook familieleden van verslaafde mensen die (nog) niet in behandeling zijn kunnen hiervoor terecht.

Cliënten Service Bureau
Het Cliënten Service Bureau (CSB) is een laagdrempelig aanloop en aanspreekpunt voor cliënten, hun partners en familieleden. Medewerkers zijn geen hulpverleners maar ervaringsdeskundigen. Er ligt informatiemateriaal, er zijn computers en mensen kunnen er ook terecht voor een kopje koffie. Mensen kunnen bij CSB terecht voor een persoonlijk gesprek, informatie, doorverwijzing en klachten.

7.3 Focus op aanbod – Seksespecifieke hulpverlening vrouwen

Bij Novadic-Kentron evalueerden we een half open vrouwengroep bestaande uit (ex-)verslaafde vrouwen en vrouwelijke partners van verslaafden die wekelijks een ochtend (twee uur en een kwartier) bijeen komt. Het middelengebruik van zichzelf of de partner staat zo op de voorgrond dat het hun kwaliteit van leven beïnvloedt. Er wordt gewerkt volgens de principes van de vrouwenhulpverlening, lichaamsgericht (oefeningen, ontspanning en beweging) en met gesprekstechnieken waarbij herkenning en erkenning van anderen centraal staat. Er bevindt zich geen begin- of eindpunt aan de groep; men kan beginnen en stoppen wanneer men wil. Er kunnen maximaal 10 tot 12 vrouwen deelnemen.

Het doel volgens de instelling is "het creëren van een werkklimaat waarin vrouwen de kans hebben om met andere vrouwen over het middelengebruik van hun partner te praten. Doordat ervaringen uitgewisseld worden vindt men steun, herkenning en erkenning bij elkaar. Vrouwen kunnen zich zo bewust worden van de rol van middelengebruik in hun leven. Door deze inzichten, steun en stimulans wordt gestreefd naar meer gevoel van eigenwaarde en meer autonomie." Juist ook het feit dat het om twee groepen vrouwen gaat, verslaafde en niet-verslaafde vrouwen, moet deze herkenning en erkenning voor elkaar (en dus eigenlijk het begrip voor hun partner) vergroten.

Toelatingscriteria
De vrouwen krijgen vooraf een intake. De indicatiecriteria zijn: cliënten die bereid zijn hun problemen te delen met andere vrouwen, die gebaat zijn bij een seksespecifieke benadering, die gemotiveerd zijn tot het bereiken van doelstellingen met betrekking tot middelengebruik. Contra-indicaties zijn: jonger dan 18 jaar, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, grovere psychopathologie, teveel controleverlies en intoxicatie.

De deelnemers
De groep bestaat tijdens dit onderzoek uit negen deelnemers, gemiddeld zijn er zeven à acht vrouwen per bijeenkomst aanwezig. Onder de personen die deelnemen zijn er zes verslaafd en drie 'partners van'. Allemaal kennen de vrouwen een problematiek die alcohol gerelateerd is maar de groep staat in principe ook open voor ander type verslavingen. Alle vrouwen hebben ieder een individuele verantwoordelijk begeleider, voor sommigen is dat de gespreksleider. Het hebben van een individuele begeleider is geen voorwaarde om bij de instelling verder in behandeling te zijn, de meeste partners zijn er echter wel bekend en de verslaafde vrouwen volgen ook nog een (aanvullende) behandeling. Idealiter wordt de groep zelf geleid door twee groepsleiders, zodat de hulpverleners elkaar waar nodig kunnen aanvullen, maar momenteel functioneert de groep er tijdelijk met één. Wel is er een stagiaire aanwezig.

Inhoud
Deze gespreksgroep wordt al langere tijd aangeboden en bestaat uit een paar 'oudgedienden', een tussengroep en een paar nieuwelingen. Een deel van de vrouwen is verslaafd, het andere deel niet. In het begin is het voor de onderzoeker niet helemaal duidelijk wie er verslaafd is en wie er een 'partner van' is.

"Wie is er nu verslaafde en wie niet? Ik zie het verschil niet bij iedereen. Eigenlijk is het maar van één vrouw echt duidelijk aan haar uiterlijk en uitdrukkingen af te lezen dat ze zelf drinkt. Dit is nu juist iemand die tijdens de bijeenkomst zegt dat ze gestopt is. De rest van de vrouwen kan zo op het eerste gezicht ofwel verslaafd zijn ofwel de partner van zijn. Later hoor ik dat mijn idee over die verslaafde vrouw wel klopt. Ze is volgens de gespreksleider in de ontkenningsfase. Ze zegt dat ze niet meer drinkt maar doet dat nog wel, een fase die er meestal bij hoort." ***(fragment uit observatieverslag)***

Er wordt tijdens de bijeenkomst veel gewezen op de stadia van gedragsverandering (zie inleiding) en de vrouwen worden geconfronteerd met de fase waarin zij zich bevinden. De eigen fase binnen het proces van de deelnemers wordt telkens benadrukt. In de groep is uitwisseling van ervaringen belangrijk.

Sleutelwoorden zijn: erkenning, herkenning. Soms komt een thema vanuit verslaafde vrouwen, soms juist vanuit de 'partners van'. De vrouwen stimuleren elkaar in de positieve weg die zij zijn ingeslagen en geven elkaar daarbij advies. Ook stimuleren zij elkaar om voor zichzelf te kiezen, en positieve dingen op te zoeken.

"Als iemand dronken is moet je niet met hem in discussie gaan. Dat heeft helemaal geen zin. Ga een uur fietsen." ***(opmerking van partner van alcoholverslaafde man, fragment uit observatieverslag)***

Halverwege de ochtend wordt er een pauze ingelast. De hulpverlener trekt zich dan terug, zodat de deelnemers onder elkaar zijn en de mogelijkheid hebben om het een en ander uit te wisselen in een aparte ruimte waar zij koffie en thee drinken. Dit voorbeeld expliciteert dat een gemêleerde doelgroep soms juist positief kan uitpakken bij het tot stand brengen van contact tussen lotgenoten.

Werving
Aanmelding voor de groep verloopt via de indicatiecommissie. Vaak verwijzen hulpverleners cliënten onderling door. Sommige vrouwen zijn bij de groep terecht gekomen via de persoonlijke begeleider van hun verslaafde partner. Voorafgaand aan de deelname van de groep vindt een intake of oriënterend gesprek plaats op grond waarvan wordt besloten om deel te nemen of niet.

Methodieken
De hulpverlener werkt volgens de principes van de vrouwenhulpverlening, lichaamsgericht en met gesprekstechnieken waarbij herkenning en erkenning van anderen centraal staat. Het delen van ervaringen werkt opbouwend. De vrouwen ervaren – zo blijkt tijdens de observaties en de interviews – duidelijk steun door deze reflectie. Daarnaast is ook informatieverstrekking een belangrijk element in de groep. Volgens de hulpverlener worden er naar behoefte van de groep deskundigen op diverse terreinen (zoals een arts en vertegenwoordigers van zelfhulpgroepen) uitgenodigd om naar de groep te komen en voorlichting te geven.

Rol hulpverlener
De hulpverlener leidt de groep met als achtergrond een jarenlange ervaring binnen de hulpverlening en specifiek daarin groepsgericht werken. Ze werkt naast de vrouwengroep ook met andere groepen. In de geëvalueerde vrouwengroep neemt ze een centrale rol en een zeer actieve houding in. Zij zet strakke lijnen uit en 'beslist' welke vrouwen er aan de beurt komen. De thema's worden per week vastgesteld en besproken. Soms is de invulling van de bijeenkomst gericht op enkele gebeurtenissen waarover de vrouwen vertellen. Andere keren heeft de hulpverlener van te voren een duidelijk thema in haar hoofd.

Kenmerken respondenten
Zeven vrouwen zijn bereid mee te werken aan het onderzoek. De leeftijd van de respondenten varieert van 35 tot 65 jaar, allen zijn van Nederlandse afkomst. Allemaal kennen de vrouwen een problematiek die alcohol gerelateerd is als verslaafde vrouw zelf of als 'partner van'. De geïnterviewde 'partners van' ondervinden allemaal negatieve gevolgen van de verslaving van hun partners. Zij bevinden zich vaak samen met hun partners in een vicieuze cirkel.

Emmy (een aan alcohol verslaafde vrouw)

Emmy is een vrouw van midden-vijftig met drie kinderen. Jaren geleden was ze een mantelzorger voor haar (lichamelijk) zieke echtgenoot in een situatie waarbij ze ook een baan buitenshuis had en het gezin en huishouden draaiende moest houden. Die situatie groeide haar boven het hoofd, ze raakte verslaafd aan de alcohol en kwam, na het overlijden van haar man in een isolement terecht. Emmy is een van de 'oudgedienden' van de vrouwengroep die we onderzoeken. Het is een gemengde gespreksgroep waarin verslaafde vrouwen en 'partners van' samen komen.

Emmy heeft een alcoholprobleem. Maar ze drinkt al geruime tijd niet meer en werkt hard aan haar herstel.

Het herstel

Op het moment van het interview woont Emmy in een GGZ instelling waar ze leert de draad van haar weer op te pakken en de relaties en bezigheden te herstellen die ze door haar ziekte is kwijtgeraakt. Met begeleiding komt ze langzaam maar zeker uit de negatieve spiraal waar ze jarenlang in heeft gezeten. Ook een hernieuwd contact met haar kinderen vorm een belangrijk onderdeel van haar herstel. "Zij hebben ook hulp nodig bij het verwerking van de situatie. Zij zijn toch hun vader kwijt en daarbij ook hun moeder want die is toen gaan drinken". Ook aan de opvang van de kinderen wordt vanuit de instelling waar ze woont aandacht besteed. Het gaat de goede kant op met Emmy; ze gaat weer zelfstandig wonen. Kort geleden heeft ze haar nieuwe huis voor het eerst bekeken.

"Het draaide altijd om hem"

Jarenlang verzorgde ze haar zieke echtgenoot en hield daarnaast een gezin en huishouden draaiende. Ook had ze een baan buitenshuis. Een hectische tijd, waarin ze meermalen aan de bel heeft getrokken voor ondersteuning en hulp. Onder meer bij het ziekenhuis en haar huisarts waarop ze eigenlijk geen gehoor kreeg. "Ik werd wel doorverwezen naar het maatschappelijk werk maar ik wilde gewoon ondersteuning bij mijn huishouden of de zorg voor de kinderen, gewoon praktische en financiële ondersteuning". Na lange tijd lukte het haar om de thuiszorg in te schakelen. Haar man hield dit helaas tegen. Hij meende dat ze het samen wel afkonden en "buitenstaanders konden ze er niet gebruiken". Uiteindelijk is dat Emmy fataal geworden: "Soms moeten mensen gedwongen worden om hulp te ervaren omdat zij doordat andere familieleden hulp tegenhouden het moeten ontgelden. Dus om leed te besparen zou daar rekening mee gehouden moeten worden. Mensen zouden dat op een of andere manier moeten kunnen aangeven."

Mantelzorg

Momenteel ontvangt Emmy de grootste steun van haar schoonzus, haar broer, kinderen en een goede vriend. Het grote verschil tussen professionele zorg en mantelzorg is volgens Emmy de aanraking. "Daar heb je enorme behoefte aan, die hand voelen. Dat mis ik. Dat kunnen de beroepshulpverleners meestal niet bieden." Ze ziet de mensen om haar heen als mantelzorgers, ze heeft er naar aanleiding van het onderzoek met hen over gepraat. Een goede vriend van haar ziet de hulp die hij aan Emmy geeft niet als mantelzorg, maar gewoon als vriendschap. Ook haar kinderen ervaren het niet als mantelzorg. Bij haar schoonzus is het anders. "Mijn schoonzus is een professionele hulpverlener en zij kan het onderscheid tussen beiden wel goed maken." Haar broer benadert de zorgsituatie met humor. "Hij zegt sinds kort: 'Ik doe de mantel om', in plaats van 'ik doe het masker op' zoals ie vroeger zei als ie iets voor mij deed."

Vrouwengroep

Ze bevindt ze zich al meer dan een jaar in de gemengde vrouwen-groep van Novadic-Kentron. Deze groep helpt haar om steeds beter met haar alcoholprobleem om te gaan. Emmy drinkt al een tijd niet meer. Nog niet zo lang geleden had ze wel een terugval. De aanleiding hiervan was onder meer een vervelende ruzie met een medebewoner. De vrouwengroep hielp haar om op een construc-tieve manier de situatie te bekijken en zich 'er niet onder te laten krijgen'. Ze voelde zich enorm gesteund door de andere vrouwen. 'Ik wil niet dat zo'n situatie me nog een keer zo aangrijpt zodat ik weer terugval'. Nu is Emmy weer vastbesloten om op de goede weg te blijven door niet te drinken, want ze voelt zich juist steeds beter en wil dat zo houden. De toegevoegde waarde van de groep ligt volgens haar dan ook in het herkennen van elkaars verhalen en de onderlinge steun die de vrouwen elkaar geven.

Aandacht mantelzorg

Ze is blij dat er nu eindelijk aandacht voor het onderwerp mantelzorg is. Juist omdat zij zelf niet de hulp kreeg die ze indertijd nodig had. "Ik heb geroepen in de woestijn. Voor mij is het te laat maar ik hoop dat anderen nu wel hulp geboden wordt." Over de situatie van toen zegt Emmy: "Mensen beseffen niet waar ze inzitten wat ze allemaal moeten doorstaan tot dat het helemaal wegvalt." Emmy noemt enkele aandachtspunten die volgens haar in de praktijk belangrijk zijn. "Denk aan een meldpunt waar mensen kunnen melden tegen welke problemen ze aanlopen. Na de hulpvraag is het belangrijk dat ze zeggen: 'wij zoeken het voor u uit' en dat je dan een brief of telefoontje krijg. Daar zou ik heel erg mee geholpen zijn geweest."

"Toen heb ik gezegd, tijdens een etentje, weet je wat ik ga mij er niet meer druk om maken, jij moet zelf maar weten wat je wel en niet drinkt en wat je er mee doet, want ik ben er de hele dag mee bezig en daar word je gek van. Je gaat zoeken, want je weet dat er iets is, maar je kunt het niet vinden, je weet hoe dat gaat. Dus toen heb ik voor mezelf besloten dat ik ermee stop. Ik moet gewoon nu aan mezelf denken, want ze zeggen daar ook altijd, loslaten. Loslaten. Het enige wat verwacht wordt is loslaten. […]. En dan zeg ik: 'zijn probleem? Nee, het is ons probleem'. Het probleem is van hem en van mij." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

"Ik kan het heel moeilijk loslaten. Als ik het dan weer zie dat hij stiekem.... Want dat zeg ik steeds, als jij drinkt het maakt mij niet uit, drink wat je wilt, het is jouw probleem. Maar dat stiekeme niet, dat wordt ook mijn probleem. Ja, dat maakt mij helemaal hartstikke gek." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Een deel van de groepsdeelnemers heeft een partner die intussen voor korte of langere tijd momenteel in onthouding leeft, hetzelfde geldt voor de verslaafde vrouwen. Twee vrouwen (partners) vertellen hierover tijdens het interview. Een paar weken later blijken beide mannen te zijn teruggevallen of hebben "een uitglijder gemaakt" zoals dat in de groep genoemd wordt.

Alle geïnterviewde vrouwen geven aan dat zij door de situatie waarin zij zich vaak al jarenlang bevinden ofwel psychische problemen hebben, ofwel last van lichamelijke klachten met eventueel een psychische oorzaak.

"Toen vroeg mijn man: 'Wil je dan gaan scheiden?' Ik zei: 'Nou dat woord heb ik niet in mijn mond gehad en ik denk ook niet dat ik dat wil'. Maar je moet ook kunnen, ik had medicatie voor mijn bloeddruk in die periode… Ik zei: 'Nu gaat het ten koste van mijn gezondheid. Dan moeten we eventjes van elkaar verlost worden. Wil ik hier weer...' Want de huisarts heeft gezegd: 'Ik vind het zo erg dat ik u hiervoor medicatie moet geven. Je hebt het niet in je genen, van huis uit. Je hebt geen overgewicht, je hebt nooit gerookt. En dan moet ik je medicatie geven? Daar heb ik moeite mee en we weten allebei waarom'." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Een van de vrouwen heeft zoveel "last" van haar man dat ze meerdere keren uitspreekt dat ze hem het liefst iets zou willen aandoen. Toch kiest ze ervoor om bij hem te blijven.

"Dan roep ik wel eens zoiets van: 'als hij weer valt – net als de vorige keer toen hij dan dat gat in zijn voorhoofd is gevallen – dan laat ik hem dus liggen.' [...] Omdat ik die poppenkast niet meer in het ziekenhuis wil. Omdat je daar voor schandaal staat, omdat hij niet geholpen wil worden. Dat hij niet wil blijven en dat hij dan afstand moet tekenen om op eigen risico naar huis te gaan. En dat ik dan zogezegd 's nachts wekdienst heb. Want ik wek hem echt niet meer hè. Nee, ik wek hem echt niet meer hoor, dan gaat hij maar gewoon kapot hoor. Dat heb ik hem ook gezegd, in het ziekenhuis heb ik het ook gezegd." ***(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Hulpverleningsverleden

Alle respondenten hebben voor hun deelname aan de vrouwengroep op welke manier dan ook wel eens geprobeerd om professionele hulp te krijgen. Vaak zien de 'partners van' in eerste instantie niet dat ze zelf ook hulp kunnen gebruiken. Hun hele leven draait om de verslaving van die ander en het helpen van die persoon. Voor de 'partners van' is hun hulpvraag dan in eerste instantie meestal gericht op de verslaafde

en niet zozeer op henzelf. Vaak slaagden zij er voor hun partner niet eens in om de juiste hulp te krijgen, laat staan voor henzelf.

Sommige 'partners van' kregen eerder hulp van een maatschappelijk werker of hadden enkele individuele gesprekken binnen de instelling waarna ze werden doorverwezen. Een deel van de vrouwen gaat ook mee met de hulpverleningsgesprekken van hun man.

Persoonlijke doelstelling en ondersteuningsbehoefte
Veel vrouwen geven aan dat ze in eerste instantie eigenlijk niet zo'n zin hadden in een groepsaanbod. De vrouwen benoemen enkele vooroordelen die zij van tevoren hadden over de groep en de verslaafde vrouwen.

"Maar ik dacht: wat moet ik daar? Nog meer van die mensen die hetzelfde probleem hebben, daar hoef ik niet voor weg. Dat heb ik thuis al, dat probleem. Ja, dat was mijn gevoel. Toen kwam ik daar en toen zag ik natuurlijk vrouwen die dat probleem hadden. Dat is wat anders. Ik had altijd het idee dat mannen dat probleem hebben, maar ik wist niet dat er ook zoveel vrouwen waren. Ik heb inmiddels begrepen dat het, wat ik net al zei, allemaal een achtergrond heeft bij deze vrouwen. Dus inmiddels ben ik tot de conclusie gekomen dat de hele verslaving van alcohol, helaas, dat is net als met discriminatie, men te snel een stempel op iemand drukt." (interview met partner van alcoholverslaafde man)

Uiteindelijk spreken meerdere vrouwen uit dat ze in eerste instantie verbaasd waren dat de deelnemers van de groep "heel gewone mensen zijn, zoals jij en ik". Opvallend is dat meerdere vrouwen uitspreken dat zij voorafgaand aan de deelname van het aanbod irreële verwachting hadden, vooral gericht op de duur van de behandeling van hun partner en van zichzelf.

"In het begin toen ik daar naar toe ging dacht ik echt van nou ja als ik daar een paar keer geweest ben dan is het klaar." (interview met partner van alcoholverslaafde man)

Het besef dat zij zich in een langdurig bewustwordingsproces bevinden kwam bij de geïnterviewde vrouwen pas op het moment dat zij al wat langer deelnamen aan de groep en zichzelf konden vergelijken met anderen.

Evaluatie van het aanbod
Veel vrouwen geven aan dat zij vooraf geen duidelijk beeld hadden van de inhoud van dit groepsaanbod. Wat betreft de sterke en zwakke onderdelen van het programma: als sterke punt wordt genoemd dat de vrouwen veel van de andere vrouwen leren.

*"Eerst dacht ik; "Ik zit in een groep waarin verslaafde vrouwen zitten, wat moet ik hier mee?" Nu na een paar maanden denk ik: "Ja, je hoort het nu ook van de andere kant. Dus anders hoor je alleen maar de problematiek van de partner, maar nu hoor je ook van de andere kant de problematiek. En hoe de vrouwen dus denken, een vrouw verwoordt dat meer." **(interview met partner van alcoholverslaafde man)***

Als minder sterk punt van een gespreksgroep in het algemeen wordt vaker genoemd dat niet iedereen in gelijke mate tijdens de bijeenkomst aan de beurt komt. Ook noemen de meeste vrouwen "de ellende" van anderen als negatief punt maar zien daar aan de andere kant juist weer de kracht van in. Een verder minpuntje dat meerdere deelnemers uiten is gericht op de lichaamsgerichte methodieken die de groepsleidster gebruikt. Voor sommigen is dit niet noodzakelijk, maar verder ook geen probleem. Over het algemeen zijn de deelnemende vrouwen juist positief over dit aanbod. Vooral het erkennen en herkennen van elkaars problemen wordt als een positief aspect van dit aanbod beschouwd.

Doorverwijzing beroepshulpverlening en zelfhulporganisaties
Zelfhulpgroepen van verwanten zijn bij geen enkele geïnterviewde bekend. Volgens de groepsleiders wordt er wel altijd een vertegenwoordiger van een zelfhulpgroep uitgenodigd, maar dat was tot nu toe bij deze groep niet gebeurd. Nog niet zo lang geleden was wel de AA uitgenodigd voor het verslaafde deel van de vrouwen. Hier was echter geen animo voor geweest, aldus de hulpverlener. Vrijwel alle vrouwen geven aan verder niet op de hoogte te zijn van 'ander' aanbod binnen de instelling of daarbuiten. Bij sommige geïnterviewden bestaat daar wel degelijk behoefte aan.

hoofdstuk 8

Zelfhulpgroepen voor familieleden van verslaafden

Hoofdstuk 8

Zelfhulpgroepen voor familieleden van verslaafden

8.1 Visie en beleid mantelzorg

Meer dan 6.000 mensen nemen in ons land deel aan zelfhulpgroepen voor verslaafden of voor familieleden van verslaafden. De groepen bestaan uit ervaringsdeskundigen, er is geen professionele hulpverlening aanwezig. Onderlinge uitwisseling van ervaringen en onderlinge steun zijn de belangrijkste bestandsdelen van de groepen. Samengevat ligt de kracht van zelfhulpgroepen in het lotgenotencontact en de herkenning en erkenning bij anderen. Veel groepen delen een filosofie en werken volgens een vast programma. De filosofie van de meeste groepen, van zowel de verslaafden zelf als de familieleden van verslaafden, is gericht op verslaving als ziekte en onthouding als de enige remedie daartegen. Groepen die uitgaan van andere principes bestaan wel maar nog minimaal. Veel groepen werken volgens het 12-stappenprogramma (Geelen 2003). Kenmerkend voor dit programma is de doelgerichte, stapsgewijze aanpak waarbij het verslavingsprobleem centraal staat. De aanleiding of de oorzaken doen er niet toe (Van der Veen et al. 2001).

8.2 Aanbod

Er is een grote verscheidenheid aan zelfhulpgroepen voor verslaafden. Het meest bekend is de AA (Anonieme Alcoholisten) maar daarnaast zijn er tientallen andere groepen in Nederland. Zo zijn er groepen van AGOG (Anonieme Gokkers en Omgeving Gokkers), van NA (Narcotics Anonymous) en zijn er groepen die zich niet op een specifieke groep verslaafden richten, zoals de Buitenveldert-groepen. Voor familieleden van verslaafden zijn er onder andere groepen van ouders van drugsgebruikers (LSOVD), voor partners en kinderen van alcoholisten (Al-Anon, Al-Ateen) en voor familieleden van gokverslaafden (AGOG) (zie ook Geelen et al. 2001). Redelijk recent is het steunpunt Stichting Coke Van Jou (SCVJ) opgezet voor familieleden van verslaafden, hier maakt ook een zelfhulpgroep deel van uit.

Naast de zelfhulpgroepen zijn er organisaties die zich bezighouden met de promotie en/of ondersteuning van zelfhulpgroepen in Nederland. Zo richt het Informatie- en Ontwikkelcentrum Zelfhulp en Verslaving (I&O; verbonden aan het Trimbos-instituut) zich op de overbrugging tussen de professionele zorg enerzijds en de zelfhulp anderzijds. Vooral de informatie-achterstand over zelfhulpgroepen van hulpverleners binnen hulpverleningsinstellingen krijgt aandacht. Hulpverleners kunnen deskundigheidsbevordering aangeboden krijgen via een speciaal daartoe ontwikkelde module. Hiernaast bestaan er steunpunten voor mantelzorgers zoals Steunpunt Informele Zorg West-brabant (SVT), een steunpunt voor familieleden van verslaafden zoals de eerder genoemde Stichting Coke Van Jou en het Kenniscentrum Zelfhulp en Ervaringsdeskundigheid (KZE).

In Nederland zijn zelfhulpgroepen nog niet zo verspreid als in de Verenigde Staten, waar jaarlijks meer dan 10% van de bevolking contact zoekt met zelfhulpgroepen of met hulpvormen gebaseerd op dezelfde principes. Wel groeit het aantal deelnemers, het aantal groepen en het aantal groepen voor verschillende verslavingen in Nederland (Geelen et al. 2001).

Imago

Vaak gehoord is dat de zelfhulp in Nederland – ten opzichte van het buitenland – in een lager aanzien staat. Zelfhulp heeft een imagoprobleem, er heersen stereotype ideeën als het gaat om zelfhulp.

"Een stoffig imago. Ook een imago van reactionair, afzetten tegen. Er is veel veranderd. Maar het komt ook wel ergens vandaan denk ik. Het is wel een beeldvorming die bijgesteld moet worden." ***(interview met medewerker I&O)***

In het buitenland lijkt het meer vanzelfsprekend dat hulpverleners cliënten en familieleden attenderen op zelfhulpgroepen. Daarnaast bestaat er volgens de zelfhulpgroepen in Nederland onvoldoende besef van de kracht van zelfhulp.

"En daarnaast denk ik dus ook dat men onvoldoende beseft wat de kracht van zelfhulp kan zijn. […] Ze spreken soms van een twee trapsbenadering. De eerste trap is dat je bijvoorbeeld door middel van professionele hulpverlening clean kan worden, maar om clean te blijven is een tweede. En dat is een veel langer durend verhaal en dan kan zelfhulpverlening ondersteunend zijn." ***(interview met medewerker I&O)***

"Hoe ga je om met het liegen en bedriegen? Het omgaan met geldzaken en schulden dat lukt nog wel, maar hoe krijg je die relatie weer opgebouwd? Lotgenotencontact werkt heel goed. Een centrale vraag is: hoe houd je jezelf overeind. Dat je gehoord wordt is belangrijk, want het gaat niet altijd om die ander. De kracht van zelfhulp is de herkenbaarheid en het feit dat je dingen niet hoeft uit te leggen." ***(interview met medewerker AGOG)***

Uit onderzoek van Geelen en anderen (2001) blijkt dat de meeste familieleden geen weet hebben van de groepen die er bestaan voor verwanten van verslaafden. Op het moment dat ze het wel weten gaan ze er vaak snel aan deelnemen omdat er een duidelijke behoefte is aan onderlinge uitwisseling, steun en het

leren vermijden van eigen valkuilen. In de aanbevelingen pleiten Geelen en anderen dan ook voor meer publiciteit voor zelfhulp en voor intensievere samenwerking tussen zelfhulp en professionele hulp. Beide kunnen van elkaar profiteren.

Samenwerking zelfhulpgroepen en beroepshulpverlening

Over het algemeen hebben hulpverleners een kritische tot negatieve houding ten opzichte van zelfhulpgroepen. Geïnterviewde hulpverleners bij de onderzochte instellingen achten soms hun verslaafde cliënten niet geschikt voor deelname aan een zelfhulpgroep. Ook bestaan er bij hulpverleners vooroordelen over zelfhulpgroepen, bijvoorbeeld ten aanzien van bepaalde ideologische aspecten die sommige zelfhulpgroepen hanteren. Opvallend is dat veel geïnterviewde hulpverleners over weinig kennis beschikken over de werkwijze van zelfhulpgroepen.

Uit de interviews met medewerkers op beleidsniveau van de instellingen blijkt dat er vragen zijn over de mate van samenwerking met in eerste instantie zelfhulpgroepen voor verslaafden, maar zeker ook met zelfhulpgroepen voor verwanten. Hoe ver kun je daar als instelling in gaan? De filosofie hierover verschilt per instelling. Op praktisch vlak is er vaak al wel sprake van samenwerking. Zo bieden alle instellingen onderdak aan zelfhulporganisaties. Maar hoe ver instellingen vervolgens gaan in een samenwerking op basis van gelijkwaardigheid is nog een punt van discussie.

Alle geïnterviewde vertegenwoordigers van zelfhulpgroepen van mantelzorgers benoemen de licht verbeterde samenwerking tussen zelfhulpgroepen en de beroepshulpverlening. Overheid en verslavingszorginstellingen beginnen binnen hun beleid langzaam rekening te houden met zelfhulpgroepen. De laatste jaren ontstaat er meer toenadering tussen beiden. Toch blijft de algemene tendens: te weinig samenwerking, doorverwijzing, erkenning en bekendheid. Zelfhulpgroepen en de verslavingszorginstellingen vormen voor een groot deel gescheiden werelden. Verschillen in visie en cultuur hebben daar waarschijnlijk mee te maken; het lukt nog onvoldoende om de verbinding te leggen. Eén van de medewerkers van het I&O vat de situatie samen:

“De meeste instellingen zijn zich nu een beetje aan het oriënteren. Vinden wij zelfhulp belangrijk genoeg om op onze beleidsagenda te plaatsen, en zo ja, hoe gaan we dat dan doen? Schoorvoetend wordt wel gezegd: ‘het is toch wel belangrijk’. Dat zal niet iedere instelling zo aangeven. In het kader van Resultaten Scoren is destijds wel gezegd zelfhulp is één van de projecten die we vorm moeten gaan geven.” ***(interview met medewerker I&O)***

Op visieniveau spreken de beleidsmakers uit dat samenwerking vanuit de instellingen met zelfhulpgroepen belangrijk is. Uit de interviews met hulpverleners van de verschillende verslavingszorginstellingen op uitvoerend niveau blijkt dat deze ideeën niet goed in de praktijk zijn doorgedrongen; het is vaak onduidelijk wie, hoe en wanneer er doorverwezen kan worden, en hulpverleners weten vaak niet waarnaar ze eigenlijk doorverwijzen.

Castle Craig vormt hier het duidelijkst een uitzondering op: de therapeuten binnen de instelling zetten zich actief in om cliënten én familieleden door te verwijzen naar zelfhulpgroepen. Deelname aan zelfhulp-

groepen vormt volgens de visie van Castle Craig een onderdeel van het herstelproces. Novadic-Kentron probeert via het supportworkers project een brug te slaan tussen beide werelden. Supportworkers geven voorlichting aan cliënten en hulpverleners van de instellingen en organiseren zelf ook zelfhulpgroepen. Hoewel supportworkers zich met name inzetten voor het cliëntendeel worden de eerste stappen richting samenwerking met zelfhulpgroepen voor naasten wel gezet.

“Zelfhulpgroepen van familieleden is een aparte tak van sport en we moeten er binnen de instelling hard aan trekken om bekendheid te krijgen. Maar de eerste stappen richting samenwerking worden gezet. Het LSOVD wordt bijvoorbeeld uitgenodigd om voorlichting te geven binnen het team.” ***(interview met medewerker LSOVD)***

Een belangrijk aspect hierbij is dat het in eerste instantie vooral gaat om zelfhulpgroepen van verslaafde cliënten. De zelfhulpgroepen voor familieleden komen minder snel aan bod.

“Wat opvalt bij het Trimbos en ook meer in het algemeen is dat er meer aandacht is voor zelfhulpgroepen voor verslaafden zelf dan voor zelfhulpgroepen van familieleden van verslaafden.” ***(interview met medewerker LSOVD)***

Verbetering van de aansluiting

De handleiding ‘Onbenutte mogelijkheden’ over de aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen door Resultaten Scoren (2004) geeft aanknopingspunten om tot betere samenwerking te komen. Voorlichting en verwijzing van cliënten staat daarbij centraal. Ook worden er tips gegeven voor de samenwerking op organisatieniveau.

Er bestaat duidelijk informatieachterstand over de zelfhulpgroepen. Zowel uit de interviews van hulpverleners, de vertegenwoordigers van zelfhulporganisaties en de mantelzorgers zelf blijkt dat er – nog steeds – weinig over zelfhulpgroepen bekend is. Het beleid van de groepen zelf heeft hier mee te maken. Veel zelfhulpgroepen zoeken van oorsprong niet actief de publiciteit.

“Er is een informatieachterstand, ook onder hulpverleners. Ze kennen allemaal wel van naam de AA, maar als je iets vraagt over de werkwijze, dan weten ze het eigenlijk niet. Soms hebben ze iets gehoord: iets met 12 stappen, religieus gedoe.” ***(interview met medewerker I&O)***

Een nieuw initiatief zoals de Stichting Coke Van Jou is wat publiciteit aangaat een andere mening toegedaan. “Wij zoeken actief de publiciteit voor onze laagdrempelige en open bijeenkomsten, bijvoorbeeld via internet en advertenties in de tram”, aldus de initiatiefneemster.

Mogelijke aanwijzingen die tijdens de interviews genoemd worden om de samenwerking tussen de beroepshulpverlening en de zelfhulpgroepen te verbeteren zijn ten eerste gericht op het vergroten van de bekendheid van zelfhulpgroepen bij hulpverleners. De achterdocht die er bij veel hulpverleners bestaat kan dan worden weggenomen zodat er meer verwijzing kan plaatsvinden. Ten tweede zijn aanwij-

zingen voor verbeterde samenwerking gericht op bekendheid van zelfhulpgroepen in het algemeen. Dat betekent dat zelfhulpgroepen zelf meer de publiciteit zouden moeten opzoeken, iets wat voor sommige groepen tegenstrijdig is met hun uitgangspunten. Al-Anon, bijvoorbeeld, kiest er uitdrukkelijk voor om alleen 'passief' informatie te geven (via posters en brochures met daarop hun telefoonnummer zijn zij aanwezig in de instellingen). Onafhankelijkheid staat bij Al-Anon voorop. Meer in het algemeen geldt dat de zelfstandigheid van zelfhulpgroepen meer centraal zou moeten worden gesteld. Verschillende geïnterviewden menen dat mantelzorgers een keuze zouden moeten hebben: beroepshulpverlening, zelfhulpgroepen of een combinatie van die twee.

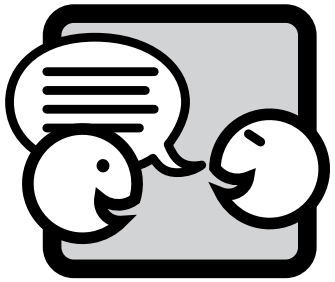
"Nog steeds wordt de zelfhulp niet geheel serieus genomen. Zij willen gelijkwaardig zijn aan de beroepshulpverlening. Niet: als mensen daar klaar zijn kunnen ze bij de zelfhulp terecht. Maar laat mensen een keuze maken wat geschikt voor hen is." ***(interview met medewerker AGOG)***

Inmiddels lijken zelfhulpgroepen voldoende effectief, gezien de ontwikkelingen op dit gebied. Hoe echter die samenwerking eruit dient te komen te zien is onderdeel van discussie, ook binnen de zelfhulpgroepen.

"Bij de zelfhulp heb je rekkelijken en preciezen. Preciezen, zoals de AA, zeggen: dit zou je niet moeten doen. Rekkelijken zeggen: op deze manier verbeter je de samenwerking tussen professionele hulp en zelfhulp. Dat is meer Brabantse cultuur. In Amsterdam heb je een meer polariserende houding. Daar zeggen ze: zelfhulp moet los van de instellingen blijven. Hier zeggen ze: zolang het management zich niet met ons bemoeit is het goed." ***(interview met beleidsmedewerker Novadic-Kentron)***

hoofdstuk 9

Conclusie en discussie



Hoofdstuk 9

Conclusie en discussie

Dit rapport doet verslag van een onderzoek naar ondersteuning van mantelzorgers van verslaafden. In dit hoofdstuk trekken we conclusies die we bediscussiëren.

De probleemstelling van dit kwalitatieve onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de aansluiting van het aanbod van de verslavingszorg op de behoeften van mantelzorgers voor alcohol-, drugs- en gokverslaafden in Nederland. Na een inventarisatie in 2003 ging het onderzoek vanaf medio 2006 van start met de dataverzameling. Hierbij is het bestaande beleid en aanbod op het gebied van mantelzorg van vijf instellingen voor verslavingszorg geïnventariseerd: Novadic-Kentron, Jellinek, De Hoop, Castle Craig en BoumanGGZ. Bij elke instelling is er één type aanbod onder de loep genomen. Daarnaast is via interviews met professionals en met mantelzorgers onderzocht wat de ondersteuningsbehoeften van mantelzorgers van verslaafden zijn en hoe zij het bestaande aanbod evalueren. Als laatste zijn vertegenwoordigers van verwanten- en zelfhulporganisaties geïnterviewd.

Aan elk beschreven mantelzorgaanbod bevinden zich positieve en minder positieve elementen. In dit onderzoek is getracht een algemeen overkoepelend beeld te schetsen over mantelzorg zonder daarbij de individuele instellingen te beoordelen op hun beleid en aanbod. De conclusies voor dit onderzoek worden daarom niet per instelling gegeven.

9.1 Professionele ondersteuning van mantelzorgers

Uit het onderzoek blijkt dat partner, kind of ouder zijn van iemand met verslavingsproblemen doorgaans problemen met zich meebrengt. De relatie, het gezin en de verdere omgeving worden negatief beïnvloed. Pogingen van verwanten om de verslaafde te helpen hebben niet het door hun gewenste resultaat, namelijk dat het gebruik (de verslaving) en de gevolgen daarvan stoppen. Verwanten hebben vooral aandacht voor de verslaafde, wat zich veelal uit in machteloosheid, boosheid, schaamte, gevoelens van falen en een slechter welbevinden in het algemeen. Soms – zo blijkt uit interviews met mantelzorgers –

is er sprake van een situatie waarin zij hun eigen behoeften lange tijd opzij hebben gezet. Zij komen niet meer toe aan het vervullen van hun rol als partner, ouder, kind, werknemer, vriend of vriendin et cetera. Een belangrijk element bij relaties waar verslavingsproblemen spelen is dan ook dat naasten juist graag 'gewoon' partners, kinderen of ouders willen zijn en niet teveel willen (moeten) 'zorgen' voor de ander. Soms zijn de rolpatronen er dusdanig ingeslopen dat er kan worden gesproken van co-afhankelijkheid. Voor hen is de enige mogelijke conclusie om juist te streven naar zo min mogelijk mantelzorg, uit eigenbehoud.

Tegen de achtergrond van het voorgaande dient de mantelzorger met veel aandacht en waardering tegemoet te worden getreden. Gesteld mag worden dat instellingen voor verslavingszorg veel baat hebben bij de mensen die bereid zijn zorg te bieden. Immers: herstel van een verslaafde cliënt verloopt beter als het met zijn of haar omgeving ook beter gaat. Het is daarom van belang om deze mensen zo goed mogelijk in staat te stellen om mantelzorgtaken te kunnen blijven vervullen, zonder dat zij er zelf aan onderdoor gaan. Belangrijk is dan ook om te kijken naar de eigen problematiek van de mantelzorgers, los van de verslaafde cliënt.

Er bestaan verschillende definities voor het begrip mantelzorg, vaak gericht op de mantelzorg van personen met chronische lichamelijke en geestelijke aandoeningen. In het huidige onderzoek hebben we gewerkt met de volgende definitie: "mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door een of meer leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie (Timmermans et al. 2004). Ondersteuning van mantelzorgers is gedefinieerd als "voorzieningen en diensten die de draagkracht van mantelzorgers vergroten en/of de draaglast van mantelzorgers verminderen" (EIZ 2006).

Uit de gesprekken met zorginstellingen wordt duidelijk dat het begrip mantelzorg in de praktijk niet voor iedereen helder is. De opvattingen variëren sterk per instelling. De grens tussen informatievoorziening, ondersteuning en behandeling is lastig te stellen en de genoemde aspecten overlappen elkaar dikwijls. Wat de ene instelling duidelijk onder het begrip mantelzorg verstaat, is voor de andere instelling (onderdeel van) therapie of een systeemgerichte interventie. Daarnaast verschilt de benadering van de mantelzorger door de verslavingszorg. Soms krijgen zij een aparte plek binnen het aanbod waarbij wordt gekeken naar hun eigen problematiek, maar vaak zijn ze er vooral om de verslaafde cliënt te ondersteunen.

9.2 Beantwoording onderzoeksvragen

1) Wat is het beleid en de visie van instellingen voor verslavingszorg met betrekking tot de ondersteuning van mantelzorgers van verslaafden? (onderscheiden naar type verslaving en primaire relatie tussen mantelzorger en verslaafde)

Alle instellingen voor verslavingszorg hebben de visie dat naasten (vooral partners en ouders) bij de behandeling van de verslaafde betrokken moeten worden, zodat het herstel van de verslaafde bestendigd

kan worden. Wanneer hulpverleners zich richten op het herstelproces bij de verslaafde zonder de omgeving daarbij te betrekken, dan is het aannemelijk dat dat proces deels teniet wordt gedaan doordat de omgeving hetzelfde is gebleven. Juist ook de omgeving moet mee-veranderen, zodat positieve veranderingen verankerd kunnen worden in het systeem. Deze visie uit zich in het aanbod van bijvoorbeeld relatiegesprekken tussen behandelaar, verslaafde en partner/ouders. Doel daarvan is dat de mantelzorger de verslaafde kan ondersteunen in zijn of haar herstelproces: de verslaafde en diens behandeling staan daarbij centraal. Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt naar type verslaving.

Veel instellingen voor verslavingszorg hebben geen beleid geformuleerd op het gebied van ondersteuning van naasten van verslaafden waarbij de naaste centraal staat. Een aantal instellingen is zich er wel op aan het beraden, maar de ontwikkeling van beleid op het gebied van mantelzorg heeft geen hoge prioriteit. Op directieniveau wordt aangegeven dat het lastig is te bepalen wat zich binnen de grenzen van mantelzorg bevindt; het is immers een groot en onontgonnen terrein. Bij elke verslaafde hoort een netwerk van personen die in meer of mindere mate betrokken zijn in het leven van de verslaafde en als gevolg daarvan zelf problemen ondervinden. Centrale vraag waar instellingen zich over buigen is dan ook: wordt de verslaafde als uitgangspunt genomen en komen partner en familie daar eventueel bij, of wordt er ook aparte aandacht besteed aan de partner en andere (directe) familieleden? Wie is de cliënt? Kostenaspecten spelen hier ook een rol.

Twee instellingen hebben wel beleid geformuleerd over ondersteuning van mantelzorgers, te weten Castle Craig en De Hoop. Beide instellingen hebben een aanbod ontwikkeld specifiek gericht op de ondersteuning van de naasten, waarbij het vergroten van draagkracht en verminderen van draaglast van mantelzorgers centraal staat. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar type verslaving en de primaire relatie tussen mantelzorger en verslaafde.

Een moeilijkheid binnen de hele problematiek van mantelzorg is dat de naasten van verslaafden zich er veelal zelf (nog) niet van bewust zijn dat zij voor zichzelf hulp en ondersteuning nodig hebben. Mantelzorgers zijn een ‘verborgen groep’. Het bereiken van deze groep mensen, bij wie de balans tussen draagkracht en draaglast veelal ernstig verstoord is, is een lastig punt en plaatst de instellingen in elk geval voor een uitdaging.

2) Wat is het feitelijke aanbod van ondersteunende contacten van instellingen voor verslavingszorg aan mantelzorgers?

Het aanbod van ondersteuning van mantelzorgers binnen de instellingen kan worden onderverdeeld in twee typen: ten eerste aanbod gericht op cliënten/verslaafden zelf, waarbij de verslaafde cliënt centraal staat en de mantelzorger wordt betrokken bij de behandeling, en ten tweede aanbod gericht op mantelzorgers zelf waarbij geboden hulp en zorg niet gekoppeld is aan de verslaafde/cliënt. Hierbij is de grens tussen ondersteuning en therapie soms onduidelijk. Bij de meeste instellingen zijn partners van cliënten die (nog) niet in behandeling zijn ook welkom als cliënt.

Binnen elk van de vijf instellingen voor verslavingszorg worden verschillende vormen van ondersteuning aangeboden, maar is één bepaald aanbod geëvalueerd:

- BoumanGGZ – verwantengroep in een serie van vijf bijeenkomsten
- Castle Craig – 3-daags groepsprogramma (aaneengesloten, inclusief overnachtingen)
- De Hoop – ouder-/partnerwerk (doorlopend)
- Jellinek – ouder/partnergroep in een serie van tien bijeenkomsten
- Novadic-Kentron – vrouwengroep met verslaafde vrouwen en vrouwelijke partners van verslaafden (doorlopend)

Tezamen is dit een goede afspiegeling van wat er door de instellingen aan mantelzorgers geboden wordt.

De groepen bestaan uit maximaal twaalf deelnemers. Met dit aantal kunnen de hulpverleners aan een ieder aandacht besteden in de groepsbijeenkomsten. Veel meer vrouwen dan mannen nemen deel aan een aanbod ter ondersteuning van mantelzorgers. Dat is logisch omdat meer mannen dan vrouwen problematisch alcohol drinken, drugs gebruiken of gokken.

Een deel van de mantelzorgers heeft voor deelname aan het geëvalueerde aanbod al elders ondersteuning gezocht. Dat kan zijn bij de verslavingszorg maar meestal hebben zij gesprekken gevoerd met een maatschappelijk werker of een psycholoog. Zij zijn bij het geëvalueerde aanbod van de verslavingszorg terecht gekomen doordat zij er van hoorden via de behandelaar van de verslaafde naaste, via een ander persoon (dominee) en/of via informatie op internet. Hulpverleners van de verslavingszorg voeren een intakegesprek met iedere deelnemer/mantelzorger. In dat gesprek gaan zij in op het doel van het aanbod en leggen zij uit wat de deelnemer kan verwachten. Elementen die binnen elke doelstelling naar voren komen, zijn informatieverstrekking (feiten over verslaving), hoe om te gaan met de verslaafde en grenzen te stellen (handvatten, praktische tips) en lotgenotencontact (herkenning, ervaringen delen). De mate waarin ieder onderdeel aan bod komt en de manier waarop, verschilt per instelling. Zo ligt de nadruk bij de doorlopende vrouwengroep van Novadic-Kentron op lotgenotencontact en op de omgang met verslaving, en bij de gesloten verwantengroep van BoumanGGZ ligt de nadruk op informatieoverdracht. Bij De Hoop horen individuele gesprekken bij het ouder-/partnerwerk en bij de Jellinek ligt de nadruk op gesloten groepsbijeenkomsten. Bij Castle Craig komen de drie elementen afwisselend aan de orde en is er de mogelijkheid tot individuele en groepsgesprekken.

Bij de groepsbijeenkomsten is er sprake van een vast schema per bijeenkomst. Elementen kunnen zijn: delen van ervaringen onder leiding van de hulpverlener, lotgenotencontact waarbij de hulpverlener zich heeft teruggetrokken, ‘rondje positief’ (waarbij de deelnemer een recente plezierige gebeurtenis die los staat van de verslaafde memoreert), ontspannende oefeningen, vragen stellen, en doelen stellen. Ook wordt er veel tijd besteed aan de bespreking van een thema. Voorbeelden van thema’s zijn: verslavingstheorie, leven met een verslaafde, de reddersdriehoek, fasen van gedragsverandering, grenzen stellen en co-afhankelijkheid.

3) Hoe evalueren aanbieders en cliënten (mantelzorgers) deze bestaande vormen van contact?

De deelnemers zijn overwegend positief over het aanbod dat zij volgen. Lotgenotencontact en informatievoorziening en de daardoor verkregen inzichten in het eigen gedrag en dat van de verslaafde worden door bijna iedereen positief beoordeeld. Ook de deskundigheid van de hulpverleners wordt door velen als pluspunt benoemd. Als minpunten komen naar voren (in willekeurige volgorde):

- bij groepsbijeenkomsten komt niet iedereen altijd aan de beurt;
- bij groepsbijeenkomsten zouden hulpverleners meer sturend kunnen optreden (bijvoorbeeld onjuiste informatie van een deelnemer rechtzetten);
- over lotgenotencontact: deelnemers hebben niet altijd de zin en energie om de negatieve verhalen van anderen aan te horen;
- over lotgenotencontact: geen aansluiting kunnen vinden bij de andere deelnemers;
- deelnemers verwachten meer praktische handvatten te krijgen; zij willen graag precies weten wat zij in specifieke situaties moeten doen, maar hulpverleners gaan hier onvoldoende op in;
- praktische aspecten zoals reistijd.

De groepsbijeenkomsten staan open voor naasten van zowel alcohol- als drugsverslaafden en gokkers. Hierover zijn de meningen verdeeld. Volgens sommige hulpverleners is het achterliggende mechanisme – bij welk vorm van verslaving dan ook – hetzelfde. Volgens andere praten zij een heel andere taal. De mantelzorgers op de informatie- of groepsbijeenkomsten ervaren grote verschillen in hoe er over bijvoorbeeld alcohol en drugs gesproken wordt. De verhalen over harddrugs worden als heftiger ervaren dan die over alcohol, toch een meer geaccepteerd middel, en hierdoor laten mantelzorgers van alcoholverslaafden zich afschrikken. Binnen het meer gespecialiseerde aanbod, zoals het familieprogramma van Castle Craig, lijkt het samenvoegen van mantelzorgers die te maken hebben met verschillende vormen van verslaving juist geen probleem. Er wordt dan vooral gefocust op de eigen problematiek en patronen van de mantelzorger.

Als het gaat om informatievoorziening, dan blijkt het belangrijk om rekening te houden met de voorkennis en de fase waarin de mantelzorgers zich bevinden. Aan de ene kant van het spectrum bevinden zich bezorgde ouders van vooral recreatief gebruikende jongeren, aan de andere kant bevinden zich partners en familieleden die al lange tijd te maken hebben met ernstige verslavingsproblematiek van hun naaste. Op de groepsbijeenkomsten hebben zij verschillende typen informatievragen, afhankelijk van hun ervaring en kennis. Daardoor gaan in de praktijk deze verschillende typen mantelzorgers niet altijd even goed samen.

Met betrekking tot de verschillende fasen van het bewustwordingsproces waarin mantelzorgers zich bevinden, blijkt dat dit in de praktijk meestal goed samengaat. Lotgenoten leren van elkaar als ze zichzelf moeten plaatsen in de cirkels van Van Dijk, in de reddersdriehoek of in de fases van gedragsverandering. Mantelzorgers lijken deze verschillen juist te waarderen, omdat zij hiervan kunnen leren door het luisteren naar de andere ervaringsdeskundigen.

Als laatste kunnen de groepen onderscheiden worden naar primaire relatie tussen mantelzorger en verslaafde. Sommige groepen zijn specifiek voor partners en/of ouders, andere groepen zijn gemengd als het gaat om de relatie tussen verslaafde en mantelzorger (ook kind, broer, zus). Hier geldt dat een deelnemer aan een gemengde groep zich buitengesloten kan voelen als hij of zij de enige niet-partner of niet-ouder is.

4) Wat is de ondersteuningsbehoefte van mantelzorgers en in hoeverre wordt die behoefte gedekt door het huidige aanbod? Welke 'gaten' zijn er in het aanbod?

De instellingen voor verslavingszorg hebben allen een aanbod ter ondersteuning van mantelzorgers. Veelal bestaat het aanbod uit informatie- en groepsbijeenkomsten, die over het algemeen positief beoordeeld worden. Een aantal 'gaten' in het aanbod bespreken we hier.

Vooral ouders en partners worden aangemerkt als doelgroep van de verschillende typen aanbod. Andere doelgroepen, zoals volwassen kinderen (18+) en jongeren (18-, broers en zussen), worden veel minder aangesproken. Een specifiek aanbod voor volwassen kinderen (van verslaafde ouders) en broers en zussen is er op dit moment niet binnen de instellingen; wel lijkt er behoefte aan te zijn. Ook lijkt er behoefte te zijn aan gezinsinterventies. Aanbod dat er is voor minderjarigen is in het huidige onderzoek niet meegenomen.

Geïnterviewde mantelzorgers spreken belangstelling uit voor ondersteuning bij specifieke onderwerpen zoals 'cokegebruik onder jongeren' of 'middelengebruik en huiselijk geweld'. Instellingen zouden hier op in kunnen spelen.

Eerder is al aangegeven dat lotgenotencontact gewaardeerd wordt, maar dat mantelzorgers soms in een andere fase zitten waardoor zij andere vragen hebben. Mantelzorgers zouden het waarderen als er in de informatie- en groepsbijeenkomsten ex-verslaafden uitgenodigd zouden worden om hun verhaal te vertellen. Zij verwachten hier dan moed en begrip uit te kunnen halen. Dat is precies wat er gebeurt in het aanbod van Novadic-Kentron dat we evalueerden. Daar komen wekelijks verslaafde vrouwen en partners van verslaafde mannen bij elkaar. Zowel de partners (mantelzorgers) als de verslaafde vrouwen zeggen veel van elkaars ervaringsdeskundigheid te leren.

Uit de interviews met mantelzorgers blijkt dat er behoefte is aan een vervolgtraject. Na bijvoorbeeld algemene informatiebijeenkomsten of een aanbod van vijf of tien bijeenkomsten hebben veel mantelzorgers behoefte aan méér hulpverlening. Tijdens deze eerste bijeenkomsten worden zij wakker geschud en komen zij tot de ontdekking dat zij zélf hulp nodig hebben, los van de verslaafde. Pas na meerdere bijeenkomsten ontdekken zij hun eigen problemen en willen daar – veelal in groepsverband – verder mee aan de slag. Doorlopende groepen onder begeleiding van een hulpverlener zouden een uitkomst kunnen bieden. Veel mantelzorgers geven aan dat zij het aanbod in een groep waarderen vanwege het lotgenotencontact waar zij steun aan ontlenen. Onderlinge uitwisseling, erkenning en herkenning worden regelmatig genoemd. Deelname aan een zelfhulpgroep is eveneens een stap die genomen kan worden na deelname aan een aanbod van de verslavingszorg. Het gewaardeerde lotgenotencontact staat voorop

bij zelfhulp. Echter, veel mantelzorgers geven aan dat zij waarschijnlijk niet deel zullen nemen aan een zelfhulpgroep. Struikelblokken zijn deels van praktische aard, namelijk niet weten welke groepen er zijn of waar de groepen gehouden worden. Belangrijker is dat mantelzorgers aangeven structuur te zullen missen in zelfhulpgroepen, immers, er is bij zelfhulp geen begeleiding van een hulpverlener. Ook zeggen zij dat zij geen behoefte hebben aan de problemen van anderen en genoeg hebben aan hun eigen problemen. In paragraaf 9.3 gaan we dieper in op zelfhulpgroepen.

Een aantal instellingen biedt individuele gesprekken, echter, hier wordt niet veel gebruik van gemaakt. Er bestaat bij de mantelzorgers zelf onduidelijkheid over de mogelijkheden van individueel aanbod binnen de instellingen. Bij andere instellingen ontbreekt een individueel aanbod.

9.3 Zelfhulp

Veel verslavingszorginstellingen werken in meer of mindere samen mate met zelfhulpgroepen omdat zij het belang van zelfhulp steeds meer inzien. Sommige instellingen hebben een intensief contact met zelfhulpgroepen, anderen houden de samenwerking wat praktischer en stellen bijvoorbeeld ruimtes ter beschikking.

Instellingen lijken in de praktijk vooral een afwachtende houding te hebben om zelfhulpgroepen een duidelijke plek te geven in het hulpaanbod voor verslaafden. Ook bij instellingen die het contact met zelfhulpgroepen in hun beleid hebben opgenomen, blijkt in de praktijk meestal (nog) een afwachtende houding om dit verder te ontwikkelen richting zelfhulpgroepen van familieleden van verslaafden. Over het algemeen kunnen we stellen dat er geen actieve doorverwijzing naar zelfhulporganisaties van familieleden is, met uitzondering van Castle Craig.

Een interessante ontwikkeling in dit kader is het aanbod van 12-stappenprogramma's binnen de instellingen. Steeds meer instellingen passen (een deel) van hun aanbod hierop aan. Samenwerking lijkt hierdoor een stap dichterbij te komen omdat 12-stappenprogramma's de basis vormen van veel zelfhulpgroepen. Hiervan is – naast Castle Craig – De Hoop een goed voorbeeld. De Hoop ontwikkelt momenteel een nieuw aanbod op basis van het Minnesota-model (een kortdurend klinisch model met daarna een aanbod met zelfhulp op basis van de 12 stappen). In eerste instantie is het aanbod gericht op zelfhulpgroepen van verslaafde cliënten, maar zelfhulpgroepen van familieleden zijn in de toekomst wellicht ook een optie.

Zelfhulp voor naasten van verslaafden wordt georganiseerd door Al-Anon (alcohol), LSOVD en Nar-Anon (drugs) en AGOG (gokken). Ook andere organisaties bieden zelfhulp, zoals de Stichting Coke Van Jou (SCVJ). Deze zelfhulpgroepen zijn verspreid door heel Nederland. Echter, veel geïnterviewde mantelzorgers hebben aangegeven dat zij geen behoefte aan zelfhulpgroepen hebben. Opvallend is dat dit nu juist degenen zijn die er geen ervaring mee hebben en eigenlijk niet goed weten wat zelfhulpgroepen zijn. Dat is jammer, want over het algemeen zijn degenen die de stap richting zelfhulp wel hebben gezet zeer te spreken over deze vorm van hulp. Er bestaan vooroordelen over zelfhulpgroepen, zowel onder

de geïnterviewde hulpverleners binnen de instellingen als onder de mantelzorgers. De kennis die hulpverleners hebben over werkwijze en inhoud van zelfhulpgroepen is gebrekkig te noemen. Daardoor is er ook een gebrek aan draagvlak op instellingsniveau om informatie over (bedoeld als 'doorverwijzing naar') zelfhulp in het beleid op te nemen. Vanuit de zelfhulp en de instellingen wordt duidelijk dat het imago van zelfhulpgroepen moet verbeteren. Eén van de mogelijkheden is dat vertegenwoordigers van zelfhulporganisaties informatie en voorlichting geven aan deelnemers van bijvoorbeeld een informatie-bijeenkomst; dit gebeurt reeds bij een enkele instelling naar ieders tevredenheid. Er ligt wellicht een taak bij zowel de verslavingszorginstellingen als de zelfhulporganisaties om elkaar duidelijk te maken wat zij voor elkaar kunnen betekenen: (een deel van de) mantelzorgers – en de verslaafde cliënten – is ermee geholpen en de kosten voor de instellingen zijn laag. Voordat het zover is, zullen instellingen voor verslavingszorg gemotiveerd moeten worden om zelfhulp voor familieleden van verslaafden (hoger) op hun agenda te zetten. Bij deze taak kunnen het Informatie- en Ontwikkelcentrum voor Verslaving en Zelfhulp (I&O) en andere steunpunten voor mantelzorg behulpzaam zijn.

9.4 Conclusie en aanbevelingen

Met dit kwalitatieve onderzoek is inzicht verkregen in de aansluiting van het aanbod van de verslavingszorg bij de behoeften van mantelzorgers voor alcohol-, drugs- en gokverslaafden in Nederland. Mantelzorg-ondersteuning kan algemeen omschreven worden als diensten die specifiek zijn gericht op vermindering van de draaglast en vergroting van de draagkracht van mantelzorgers. Diensten (vanuit instellingen voor verslavingszorg, maar ook vanuit de zelfhulp) kunnen worden onderverdeeld in emotionele steun, informatie en advies, praktische en materiële steun.

Over het algemeen kunnen we stellen dat er te weinig aanbod voor mantelzorgers bestaat. Het bestaande aanbod, zoals partnergroepen en oudergroepen, is bijna altijd vol, zonder dat er actief voor geworven wordt. De geïnterviewde hulpverleners zijn terughoudend om promotie te maken voor de groepen omdat zij dan de vraag niet aankunnen. Uiteindelijk ligt hieraan ook een beleidsmatige vraag aan ten grondslag: wat willen de instellingen met mantelzorg? Hoewel instellingen ondersteuning van mantelzorgers zeker belangrijk vinden, geven veel instellingen tegelijkertijd een lage prioriteit aan het onderwerp.

Zoals eerder aangegeven: de hulpvraag van mantelzorgers is in eerste instantie gericht op de ander. Veel mensen zijn zich er niet van bewust dat ze onderdeel zijn van het probleem of zelf een probleem hebben. Dat is nu juist ook het lastige punt als het gaat om mantelzorg. De vraag waarmee mantelzorgers komen is namelijk: hoe krijg ik hem of haar van die verslaving af? Veelgehoord is dat er bij mantelzorgers na een serie (informatie)bijeenkomsten iets wordt 'getriggerd'. Pas dan gaat er iets veranderen en hebben de mantelzorgers ondersteuning voor zichzelf nodig om de balans tussen draaglast en draagkracht te herstellen. Informatievoorziening alleen is dan ook onvoldoende. Kernpunten bij de uiteindelijke hulpvraag betreffen het eigen gedrag en het gedrag van de verslaafde (grenzen stellen, co-afhankelijkheid), maar ook erkenning, herkenning en contact met lotgenoten (bij voorkeur met dezelfde primaire relatie en rondom gebruik van hetzelfde middel).

Het uitgevoerde onderzoek is beschrijvend van aard en heeft geen antwoord gegeven op de vraag welk aanbod, of welke onderdelen van het huidige aanbod, effectief zijn in het vergroten van de draagkracht en/of het verminderen van de draaglast van mantelzorgers? Wat werkt en wat werkt niet? Bepaalde modellen worden veel en reeds lange tijd gebruikt (zoals de reddersdriehoek en de cirkels van Van Dijk), maar op effectiviteit in de ondersteuning van mantelzorgers zijn deze nooit onderzocht. Het is aanbevelenswaardig om (onderdelen van) het huidige aanbod op effect te onderzoeken, en dat geldt uiteraard voor eventueel nieuw te ontwikkelen aanbod. Mocht het aanbod verbeterd of vernieuwd worden, dan is het raadzaam om het aanbod aan mantelzorgers van psychiatrische patiënten te bestuderen.

Veel mantelzorgers geven aan blij te zijn met de erkenning die zij kregen door het onderzoek. Er blijkt in de Nederlandse samenleving nog weinig besef te zijn over de reikwijdte en het belang van mantelzorg van verslaafden, terwijl velen er mee te maken hebben. Ook over de specifieke problematiek van co-afhankelijkheid is nog weinig bekend. Ondersteuning van mantelzorgers kan wellicht ook bestaan uit belangenbehartiging of uit het vergroten van de bekendheid met het fenomeen. Hier ligt een taak voor verslavingszorg, zelfhulp en mantelzorgers zelf.

Het uitgevoerde onderzoek is het eerste dat zich gericht heeft op de ondersteuning van mantelzorgers van verslaafden. Het is nu zaak om de resultaten te vertalen naar de praktijk – vooral instellingen voor verslavingszorg en zelfhulporganisaties kunnen er mee aan de slag. Het is belangrijk dat instellingen beleid op dit terrein formuleren en het ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers – nog – beter aan te laten sluiten bij de behoeften van de mantelzorgers. Bovendien kan de verslavingszorg wellicht verslaafden die (nog) niet in zorg zijn via de mantelzorgers bereiken.

“Samen staan we sterk”, zo luidt de boventitel van dit rapport. Hij slaat terug op de relatie tussen mantelzorger en verslaafde, maar ook op de relatie tussen mantelzorger en hulpverlening, en zelfs op de relatie tussen verslavingszorg en zelfhulp. Wij hopen dat dit onderzoek een positieve bijdrage levert aan de ontwikkeling en verbetering van het aanbod van ondersteuning van mantelzorgers.

Geraadpleegde literatuur

Novadic-Kentron (2006) Basiscursus verslavingszorg Leernetwerk Zuid-Oost Nederland. St Oedenrode: Novadic-Kentron.

Boeije H, N Bromberger, M Duijnstee, M Grijpdonck & A Pool (1999) In relatie tot MS. Zorgafhankelijke mensen met Multiple Sclerose en hun partners. Utrecht: NIZW.

Boeije H (2005) Analyseren in kwalitatief onderzoek. Amsterdam: Boom.

Bongers IMB (1998) Problem drinking among the general population: a public health issue? Dissertatie. Rotterdam: IVO.

Brants L & A Vansteenwegen (2002) Relatieverslaving: een verkennende literatuurstudie. In: Tijdschrift voor seksuologie 26: 138-145.

De Bruin DE, CJM Meijerman, FRJ Leenders & RV Braam (2006) Verslingerd aan meer dan een spel. Een onderzoek naar de aard en omvang van kansspelproblematiek in Nederland. Utrecht: CVO en Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

De Volkskrant (E de Visser) (20 maart 2006) Schepper van de mantelzorg.

Duijnstee M, W Cuijpers, M Humbert, A van den Dungen et al. (1994) Mantelzorg voor mensen met een chronische ziekte. Zoetermeer: NCCZ.

Eland-Goossensen A (1997) Opiate addicts in and outside of treatment: different populations? Dissertatie. Rotterdam: IVO.

Expertisecentrum Informele Zorg (2006) URL: http://www.eiz.nl

Geelen K (2003) Informele zorg voor psychische problemen en verslavingen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Geelen K, D Greshof, D Postma & B Sprock (2000) Zelfhulpgroepen en verslavingen. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/UvA.

Hutjes J (2000) De casestudy als strategie in het toegepast onderzoek. In: Wester F, A Smaling & L Mulder (red.) Praktijkgericht kwalitatief onderzoek. Bussum: Coutinho.

Keuls Y (1980) De moeder van David S., geboren 3 juli 1959. Baarn: Ambo.

Kuiper M (1993) Op de achtergrond. Een onderzoek naar de problemen van partners van patiënten met een chronische ziekte. Dissertatie. Amsterdam: Thesis.

Mezzo (2005) Landelijke vereniging van mantelzorgers en vrijwilligerszorg. URL: http://www.mezzo.nl

Pool A (1995) Autonomie, afhankelijkheid en langdurige zorgverlening. Dissertatie. Utrecht: Lemma.

Prochaska en DiClemente (1983) nog aanvullen

Resultaten scoren (2004) Onbenutte mogelijkheden. Handleiding voor de aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen. Amersfoort: GGZ Nederland.

Rodenburg G, R Spijkerman, R van den Eijnden, D van de Mheen (2007) Nationaal prevalentie onderzoek middelengebruik 2005. Rotterdam: IVO.

SIVZ (2006) Cocaïnehulpvraag in de ambulante verslavingszorg (2000-2005). Houten: Stichting IVZ.

Timmermans JM, R Schellingerhout & AH de Boer (2004) Wat heet mantelzorg? Prevalentie van verschillende vormen van mantelzorg in Nederland. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 82: 229-35.

Van de Mheen H (2003) Demand-driven care, can it work in the adddiction field? Journal of Substance Use 8: 119-125.

Van Dijk D & RA Knibbe (2005) De prevalentie van probleemdrinken in Nederland: een algemeen bevolkingsonderzoek. Maastricht: Universiteit Maastricht.

Van Laar MW, AAN Cruts, JEE Verdurmen, MMJ van Ooyen-Houben & RF Meijer (2006) Nationale Drugmonitor. Jaarbericht 2005. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van de Wijngaart G (1994) Ouders van drugverslaafden en de hulpverlening. Evaluatie van het convenant. Intern rapport. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.

zipp.nl/gezondheidszorg (20 maart 2006) Grondlegger mantelzorg Joop Hattinga Verschure overleden.