
BEHANDELMOTIVATIE BIJ EEN COMPLEXE DOELGROEP

Een kwalitatief onderzoek naar de determinanten van behandelmotivatie bij
zorgwekkende zorgmijders en zorgwekkende zorgvragers

In opdracht van:



Fleur Vaessen – 2201647

DIT ONDERZOEK IS OPENBAAR

BEHANDELMOTIVATIE BIJ EEN COMPLEXE DOELGROEP

Een kwalitatief onderzoek naar de determinanten van behandelmotivatie bij
zorgwekkende zorgmijders en zorgwekkende zorgvragers

In opdracht van:



Naam student:	Fleur Vaessen
Studentnummer:	2201647
Instituut:	Fontys Hogescholen HRM en Psychologie
Opleiding:	Toegepaste Psychologie, cohort 2012
Begeleidend docent:	Hendry Siepe
Eerste assessor:	Wim van de Riet
In opdracht van:	Blok Social Society
Opdrachtgever:	Patrick Leenen

06-06-2017 te Eindhoven

DIT ONDERZOEK IS OPENBAAR

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het onderzoeksrapport waar ik het afgelopen half jaar aan gewerkt heb. Met dit onderzoek, dat ik heb mogen uitvoeren bij Blok Social Society, hoop ik de opleiding Toegepaste Psychologie af te ronden. Mijn interesse voor complexe doelgroepen is gedurende deze opleiding ontstaan en gegroeid. Ik heb dan ook met toewijding en plezier aan dit onderzoek gewerkt, waardoor ik er tevreden en voldaan op terugkijk.

Dit onderzoek was echter niet mogelijk geweest zonder de hulp van verschillende personen. Allereerst wil ik mijn begeleidend docent Hendry Siepe bedanken voor de fijne ondersteuning en kritische vragen, waardoor ik op een andere manier naar mezelf als onderzoeker ging kijken. Ook mijn eerste assessor, Wim van de Riet, wil ik bedanken voor de heldere feedback en inzichten die me verder hielpen.

Daarnaast wil ik Patrick Leenen bedanken voor de mogelijkheid om binnen Blok Social Society af te studeren. De ruimte die ik kreeg om het onderzoek een andere draai te geven en elementen toe te voegen of juist weg te halen, hebben ervoor gezorgd dat ik het afgelopen half jaar als prettig heb ervaren. Ook Bas, Clint, Ilja, Melanie en Tanay van Blok Social Society wil ik bedanken voor het beantwoorden van mijn vragen en de fijne samenwerking.

Tot slot kan mijn familie niet achterwege blijven, die mij gedurende een hectische periode heeft gesteund en altijd vertrouwen heeft gehad.

Fleur Vaessen

Juni 2017, Eindhoven

Samenvatting

Motivatie is van groot belang binnen de hulpverlening en is nodig om cliënten te laten deelnemen aan behandeling. Hoewel er al veel onderzoek is gedaan naar de behandelmotivatie van verschillende doelgroepen, is de complexe groep van zorgwekkende zorgmijders en zorgvragers hierbij achterwege gebleven. Bij zorgmijders en zorgvragers is er sprake van ingewikkelde en meervoudige problematiek, waarbij behandeling nodig is. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoeverre, en op welke wijze, drie van de determinanten van behandelmotivatie van invloed zijn op de behandelmotivatie van deze doelgroep. De onderzochte determinanten zijn lijdensdruk, probleemherkenning en uitkomstverwachting. Uit het literatuuronderzoek kwam naar voren dat lijdensdruk en probleemherkenning belangrijke factoren zijn binnen de behandelmotivatie van zorgwekkende zorgmijders en zorgvragers. Dit bepaalt of er wel of niet om hulp wordt gevraagd. Ook leidde dit tot de verwachting dat zorgmijders en zorgvragers een negatieve uitkomstverwachting zouden hebben.

Door middel van twaalf interviews met zes zorgmijders en zes zorgvragers werd inzicht verkregen in de behandelmotivatie van bovengenoemde doelgroep. Hieruit kwam naar voren dat waarschijnlijk zowel lijdensdruk, probleemherkenning als uitkomstverwachting meespelen in de keuze om wel of niet in behandeling te gaan. Met name lijdensdruk en probleemherkenning lijken hier een grote rol in te spelen en met elkaar in verband te staan. Daarnaast lijkt er bij zorgmijders vooral sprake te zijn van een praktische lijdensdruk en bij zorgvragers van een psychische lijdensdruk.

Dit onderzoek geeft aanleiding tot verder onderzoek naar zorgwekkende zorgmijders en zorgvragers, waarbij meer deelnemers meegenomen dienen te worden. Er kan dan worden gekeken of de uitkomsten van dit onderzoek van toepassing zijn op een bredere populatie. De resultaten van het huidige onderzoek kunnen gebruikt worden om passende interventies in te zetten bij zorgwekkende zorgmijders en zorgvragers om de behandelmotivatie te vergroten.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting.....	4
Inhoudsopgave	5
Inleiding	6
Theoretisch kader	9
2.1 Zorgwekkende zorgvragers en zorgwekkende zorgmijders	9
2.2 Motivatie.....	10
2.3 Lijdensdruk	11
2.4 Probleemherkenning.....	13
2.5 Uitkomstverwachting.....	14
2.6 Conclusie	15
Methode.....	17
3.1 Algemeen.....	17
3.2 Deelnemers	17
3.3 Procedure	18
3.4 Materiaal	19
3.5 Analyse	20
Resultaten.....	22
4.1 Behandelmotivatie	22
4.2 Lijdensdruk	23
4.3 Probleemherkenning.....	25
4.4 Uitkomstverwachting.....	27
Discussie	29
5.1 Conclusie	29
5.2 Discussie	30
Literatuurlijst	32
Bijlagen	36
Bijlage 1. Topiclijst	36
Bijlage 2. Voorbeeld transcript met codering	39
Bijlage 3. Analyseplan	47
Bijlage 4. Codebomen	49
Bijlage 5. Ethische verantwoording	51
Bijlage 6. Toestemmingsverklaring geluidsfragmenten	54

Inleiding

Motivatie is een belangrijk begrip binnen de hulpverlening. Er wordt verondersteld dat de bereidwilligheid van een cliënt nodig is om te werken aan probleemgebied(en) in zijn leven, omdat het bieden van hulpverlening anders geen zin heeft. De beste resultaten worden dan ook behaald wanneer een cliënt gemotiveerd is (Ryan & Deci, 2008). Theorieën en onderzoek naar het vergroten van motivatie binnen de hulpverlening is uitgebreid. De realiteit blijft echter dat veel cliënten niet gemotiveerd zullen zijn om te veranderen. Weerstand tegen verandering is zelfs een meer voorkomende reactie dan motivatie (Vansteenkiste & Neyrinck, 2010).

In de literatuur over motivatie wordt vaak onderscheid gemaakt tussen verschillende problematieken, zoals alcoholverslaving (Adamson, Sellman & Frampton, 2009), persoonlijkheidsstoornissen (McMurrin, Huband & Overton, 2010) en depressie (Crisp & Griffiths, 2014). Een doelgroep waar nog gering onderzoek naar is gedaan, zijn de 'severely mentally ill' ofwel mensen met een zorgwekkende psychische problematiek. Severe mental illness houdt in dat er sprake is van chronische psychische of psychiatrische problematiek, zoals schizofrenie, een bipolaire stoornis of psychoses (Mulder, Jochems & Kortrijk, 2014). Wanneer hierbij ook sprake is van verslavingsproblematiek wordt dit een dubbele diagnose genoemd (Van Wamel, 2012). Dubbele diagnoses zijn veel voorkomend bij de groep severely mentally ill (DiClemente, Nidecker & Bellack, 2008). Het geringe onderzoek naar deze doelgroep maakt het ingewikkeld en nog onduidelijk hoe deze complexe doelgroep benaderd moet worden om deel te nemen aan het proces van gedragsverandering. Daarnaast is het onduidelijk of de determinanten van motivatie ook toepasbaar zijn bij deze doelgroep (DiClemente et al., 2008).

Uit onderzoek blijkt dat cliënten met ernstige problematiek over het algemeen minder gemotiveerd zijn om deel te nemen aan behandeling. Hoe erger de problematiek, hoe lager de motivatie. Zij hebben hulp nodig om deel te nemen aan behandeling (Mulder et al., 2014). Dit maakt het relevant om onderzoek te doen naar hoe deze complexe doelgroep het beste gemotiveerd kan worden en of de determinanten van motivatie ook van toepassing zijn op deze groep. Ook Blok Social Society merkt het belang van behandelmotivatie in de aanpak van een ingewikkelde groep cliënten. Dit onderzoek zal zich daarom, binnen Blok Social Society, richten op hoe deze complexe doelgroep het beste gemotiveerd kan worden en of de determinanten van behandelmotivatie ook van toepassing zijn op deze groep.

Blok Social Society is een kleine organisatie die werkt met complexe problematiek, waarbij financiële problemen, verslaving, psychiatrie en justitiële problemen vaak centraal staan. Met een no-nonsense mentaliteit en assertieve aanpak onderscheiden ze zich van de reguliere hulpverlening (Blok Social Society, 2017). Door te confronteren en uit te dagen, worden cliënten op weg geholpen en een nieuw toekomstperspectief geboden. Een team van ervaringsdeskundigen en experts op het gebied van verslaving, financiën en activering werkt samen aan een gezamenlijk cliëntenbestand (Blok Social Society, 2017). Dit betekent dat cliënten met alle werknemers van Blok te maken hebben, in plaats van het gebruikelijke één op één contact. Cliënten worden begeleid in deze problematiek.

Er wordt door Blok Social Society onderscheid gemaakt tussen zorgwekkende zorgmijders en zorgwekkende zorgvragers. De zorgmijders zijn mensen die een risicogroep vormen, maar niet zelf om hulp vragen (Rots-De Vries, Van de Goor, Stronks, & Garretsen, 2011). Zorgwekkende zorgvragers worden door opdrachtgever Blok Social Society beschreven als cliënten die door een lange geschiedenis van hulpverlening vastzitten in de rol van cliënt en hier een beschermende werking van ervaren. Hierdoor stromen ze niet uit, maar blijven hulp vragen (P. Leenen, persoonlijke communicatie, 7 februari 2017). In beide groepen is vaak sprake van complexe en meervoudige problematiek. Dit wordt omschreven als een combinatie van problemen, zoals psychische klachten, verslaving, sociaal isolement, lichamelijke verwaarlozing, overlast, justitiële en financiële problemen (Roeg, Van de Goor, & Garretsen, 2009).

Binnen Blok Social Society is het Motivation Analysis Diagram, ofwel het MAD-model, ontwikkeld. Dit model is ontwikkeld om mogelijk doelgerichter en effectiever te werk te kunnen gaan met deze doelgroep. Het MAD-model gaat ervan uit dat lijdensdruk de voorspeller voor motivatie is. Het verhogen van de lijdensdruk zou ervoor zorgen dat de motivatie van een cliënt stijgt, terwijl het verlagen van de lijdensdruk zou leiden tot een lage motivatie. Blok Social Society maakt dus met name gebruik van lijdensdruk om de behandelmotivatie van cliënten te vergroten. Er wordt bijvoorbeeld in sommige gevallen geen financiële hulp geboden bij schulden, zodat de cliënt last krijgt van zijn situatie en dit zal willen veranderen. In de praktijk blijkt echter dat dit niet altijd werkt. Het komt voor dat cliënten waarbij de lijdensdruk wordt verhoogd zich verder afzonderen van de hulpverlening, in plaats van dat ze de hulpverleners gaan toelaten (P. Leenen, persoonlijke communicatie, 7 februari 2017). Dit zou kunnen komen omdat Blok werkt op eigen overtuigingen, ervaringen en gevoel. Hierdoor kunnen soms de verkeerde besluiten genomen worden. Hier gaat niet alleen veel tijd mee verloren, ook zorgt het voor minder effectieve hulp. Blok wil dus graag weten in welke mate de determinanten van behandelmotivatie aanwezig zijn bij hun cliënten en met welke interventies hieraan gewerkt kan worden. De adviesvraag die hierbij is opgesteld, luidt: "Hoe kan de behandelmotivatie van zorgwekkende zorgmijders en zorgwekkende zorgvragers vergroot worden?"

Vanwege de beperkte omvang van dit onderzoek worden niet alle determinanten van behandelmotivatie meegenomen. Lijdensdruk speelt een grote rol binnen de werkwijze van Blok Social Society en wordt daarom onderzocht. Daarnaast is het ontkennen van problematiek een veelvoorkomende weerstand binnen de hulpverlening (Vansteenkiste & Neyrinck, 2010; Verstuyf & Vansteenkiste, 2008). Om deze reden is ervoor gekozen de determinant probleemherkenning mee te nemen in dit onderzoek. Ten slotte kan er bij cliënten een hoge motivatie zijn om te veranderen, maar zijn er andere omstandigheden die hen ervan weerhouden in behandeling te gaan. Een van deze omstandigheden wordt 'uitkomstverwachting' genoemd. In sommige gevallen hebben cliënten het idee dat behandeling hen niet gaat helpen of valt het buiten de mogelijkheden (Bellack, 2007). De determinant uitkomstverwachting lijkt dan ook een belangrijke toevoeging te zijn binnen dit onderzoek.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in welke mate bovenstaande determinanten aanwezig zijn bij de zorgwekkende zorgmijders en zorgvragers en in hoeverre deze van invloed zijn op de behandelmotivatie. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt dan ook als volgt:

“In hoeverre en op welke wijze zijn de determinanten lijdensdruk, probleemherkenning en uitkomstverwachting van invloed op de behandelmotivatie van zorgwekkende zorgmijders en zorgvragers?”

Er zal in eerste instantie onderzocht worden in welke mate deze determinanten aanwezig zijn bij de doelgroep. Vervolgens wordt er gekeken op welke manier de aan- of afwezigheid van de determinanten ervoor zorgt dat zorgwekkende zorgmijders en zorgvragers meer of minder gemotiveerd raken voor behandeling. Met deze informatie kan Blok Social Society gerichter interventies inzetten om de motivatie van hun cliënten te vergroten en uiteindelijk gedrag te kunnen veranderen.

Het onderzoeksrapport gaat allereerst in op het theoretisch kader waarin eerdere onderzoeken en relevantie theorieën besproken worden. Er zal een verdieping komen op de doelgroep en de determinanten binnen dit onderzoek. Vervolgens wordt in de methode beschreven op welke wijze dit onderzoek is opgezet en uitgevoerd. De bevindingen worden weergegeven in het resultatenhoofdstuk. Ten slotte wordt de onderzoeksvraag beantwoord in de discussie. Hierin worden ook de kanttekeningen van dit onderzoek besproken en worden aanbevelingen gedaan naar aanleiding van dit onderzoek.

Theoretisch kader

In het theoretisch kader wordt dieper ingegaan op de determinanten die onderzocht zullen worden in dit onderzoek. Allereerst wordt er dieper ingegaan op de kenmerken van de doelgroep binnen dit onderzoek. Vervolgens wordt er gekeken naar motivatie en wat er in de literatuur bekend is over de motivatie bij deze doelgroep. De determinanten lijdensdruk, probleemherkenning en uitkomstverwachting worden nader omschreven.

2.1 Zorgwekkende zorgvragers en zorgwekkende zorgmijders

Zorgwekkende zorgvragers worden omschreven als cliënten die met grote regelmaat op dramatische wijze om hulp vragen, maar de geboden hulp vervolgens afwijzen en als onvoldoende bestempelen (De Vries, 2001). Bij deze cliënten speelt langdurige, niet psychotische problematiek (Koekkoek, 2011). Vaak hebben deze mensen een persoonlijkheidsstoornis. Ook combinaties met een middelenstoornis (dubbele diagnose) komt voor, wat deze groep lastig en onberekenbaar maakt. Volgens De Vries (2001) kenmerken zorgwekkende zorgvragers zich door steeds opnieuw in de problemen te raken, geen aansluiting te kunnen vinden, geen baan te kunnen houden en voortdurend in conflicten verzeild te raken. Hoewel deze groep het lastig vindt om een stabiele relatie met hulpverleners te onderhouden (Koekkoek, 2011), wordt er vaak voor langere tijd contact gehouden met de hulpverlening (Rossi, Amadeo, Sandri, Marsilio, Bianco & Tansella, 2008).

Zorgwekkende zorgmijders zijn cliënten die zichzelf niet als ziek ervaren en hulpverlening zien als een verstoring van hun leven (Koekkoek, 2011). Er is echter vaak sprake van multiproblematiek. Ze hebben het gevoel er niet bij te horen en buitengesloten te worden. Dit leidt ertoe dat het deze mensen niet lukt om binnen de maatschappij te functioneren, waardoor ze erbuiten vallen. De heersende waarden en normen van de maatschappij worden niet nageleefd, er is een minimale werkethiek, geen interesse in scholing en er wordt misbruik gemaakt van de sociale zekerheid. Er is wantrouwen ontstaan tegenover de maatschappij en daarmee ook tegenover de hulpverlening binnen deze maatschappij (Schout, De Jong & Zeelen, 2011). Als deze groep al in aanraking komt de hulpverlening, wordt dit vaak na een eerste contact moment al afgekapt (Rossi et al., 2008). Daarnaast komt psychiatrische problematiek veel voor in combinatie met middelengebruik. Net als bij de zorgwekkende zorgvragers kan er dus sprake zijn van een dubbele diagnose, die voor veel overlast kan zorgen. Er is vaak sprake van een tekort aan (sociale) zelfredzaamheid, een slechte woonomgeving of dakloosheid, slechte lichamelijke verzorging en een financiële problemen. Hierdoor loopt deze groep een groot risico op isolatie, vereenzaming en verwaarlozing (Van Kerckhove, De Kock & Vens, 2013).

Deze omschrijving indiceert dat er zowel overeenkomsten als verschillen zijn tussen zorgvragers en zorgmijders. Beide groepen lijken moeite te hebben om te functioneren in de maatschappij en kunnen geen aansluiting vinden. Dit leidt voor zowel zorgvragers als zorgmijders tot problemen om te kunnen voorzien in basisbehoeften. Het verschil tussen deze groepen lijkt echter te zijn dat zorgmijders deze situatie niet als belastend of vervelend ervaren, terwijl zorgvragers wel problemen ervaren, maar de problematiek alsnog in stand houden.

Het gaat dus om een complexe doelgroep die niet graag met de hulpverlening in contact komt of niet in staat is om constructief de eigen situatie te verbeteren. Om deze doelgroep toch richting gedragsverandering te bewegen, is er motivatie van belang (DiClemente et al., 2008).

2.2 Motivatie

Gemotiveerd zijn houdt in dat iemand gedreven wordt om iets te doen (Ryan & Deci, 2000). Gebaseerd op verschillende onderliggende attitudes en doelen die mensen hebben, worden er twee typen motivatie onderscheiden: intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie.

Intrinsieke motivatie wordt gedefinieerd als "het doen van een activiteit voor iemands inherente voldoening" (Ryan & Deci, 2000). Iemand wordt dan bewogen om iets te doen vanuit lof en het plezier dat deze activiteit met zich meebrengt, en niet vanuit druk of beloningen van buitenaf. Mensen gaan echter doorgaans niet voor hun plezier in behandeling voor hun problemen, waardoor intrinsieke motivatie voor behandeling onwaarschijnlijk is (Verstuyf & Vansteenkiste, 2008).

Extrinsieke motivatie wordt gedefinieerd als "het doen van een activiteit om een bepaald resultaat te bereiken" (Ryan & Deci, 2000). Een belangrijk onderscheid binnen extrinsieke motivatie is de mate van autonomie. Iemand kan namelijk bepaald gedrag vertonen om een persoonlijk doel te realiseren, bijvoorbeeld het aangaan van een verslavingsbehandeling om weer te kunnen functioneren in de maatschappij. Gedrag kan echter ook voortkomen uit een externe druk, bijvoorbeeld om een straf te voorkomen. Beide voorbeelden zijn extrinsieke motivatie omdat er een bepaald doel bereikt dient te worden, maar variëren in de mate van autonomie die de persoon ervaart (Ryan & Deci, 2000).

Gedragsverandering die voortkomt uit het 'moeten' werken aan problemen is vaak van korte duur omdat het als controlerend en verplichtend wordt gezien. De gedragsverandering is dan alleen te zien in de situaties dat deze aan een persoon wordt opgelegd (Verstuyf & Vansteenkiste, 2008). Het lijkt dus belangrijk te zijn om een persoonlijk verband of belang te hebben in het gedrag dat vertoond moet worden. Binnen de hulpverlening is gebrek aan motivatie een groot probleem en wordt vaak het begrip 'behandelmotivatie' genoemd (Drieschner, Lammers & Van der Staak, 2004).

Behandelmotivatie wordt gedefinieerd als "de motivatie van een cliënt om deel te nemen aan een behandeling" (Drieschner et al., 2004). Dit bestaat uit twee categorieën: motivatie om te beginnen met behandeling en motivatie om de behandeling vol te houden en door te zetten.

Verstuyf & Vansteenkiste (2008) onderscheiden drie typen cliënten met een lage motivatie: hulpeloze cliënten, gecontroleerde cliënten en vrijwillige cliënten. Hulpeloze cliënten hebben geen vertrouwen in zichzelf en de behandeling om een probleem te kunnen oplossen. Dit kan voortkomen uit eerdere pogingen die geen of onvoldoende resultaat leverden. Gecontroleerde cliënten verzetten zich met weerstand tegen verandering. Er is dan nog geen inzicht in de eigen problematiek, waardoor het eigen beeld over de situatie in conflict is met het beeld dat de hulpverlening heeft. Vrijwillige cliënten maken een weloverwogen keuze om niet in behandeling te gaan. Deze cliënten wegen de voor- en nadelen welbewust af en gaan een constructief gesprek aan over het nut van behandeling.

Volgens het MAD-model, ontwikkeld bij Blok Social Society, is lijdensdruk de voorspeller van motivatie (P. Leenen, persoonlijke communicatie, 7 februari 2017). Deze aanname is nog niet onderbouwd, wat aanleiding geeft om de determinant lijdensdruk nader te onderzoeken. De ernst van de problematiek van de doelgroep geeft ook reden om dieper in te gaan op lijdensdruk. In de literatuur met betrekking tot 'severe mental illness' komt dit veel naar voren (DiClemente et al., 2008; Drieschner et al., 2004; Mulder et al., 2014; Libbrecht & Gijzen, 2008). Bovenstaande kennis indiceert dat probleemherkenning van belang is voor de behandelmotivatie van met name zorgwekkende zorgmijders. Dit wordt door de literatuur bevestigd (DiClemente et al., 2008; Drieschner et al., 2004; Glass, Grant, Yoon & Bucholz, 2015). Uitkomstverwachting is een andere veel besproken determinant in de literatuur over behandelmotivatie (Ahmed, Westra & Constantino, 2012; Constantino, Penek, Bernecker & Overtree, 2014; DiClemente, Doyle & Donovan, 2009; Drieschner et al., 2004) en lijkt een grote rol te spelen bij zorgwekkende zorgvragers. Deze determinant wordt daarom ook verder omschreven.

2.3 Lijdensdruk

Lijdensdruk wordt omschreven als de mate waarin iemand lijdt onder zijn probleem (Vanhoeck, 2001). Het begrip lijden is echter breed te interpreteren en dient verdere uitleg.

Lijden wordt gedefinieerd als "een ervaring van het individu waarbij cruciale aspecten van iemands eigen zelf, wezen of bestaan wordt bedreigd" (Kahn & Steeves, 1986). Dit wordt ervaren als een bedreiging voor de eigen identiteit. Het is een subjectieve, onplezierige toestand die ontstaat als er een gebrek is aan de basisbehoeften die nodig worden geacht in de maatschappij. Dit brengt gevoelens van depressie, angst, schuld, schaamte, verveling en ellende met zich mee (Wilkinson, 2005). Lijden kan voortkomen uit daadwerkelijke gebeurtenissen, maar kan ook ontstaan uit denkbeeldige bedreigingen (Kahn & Steeves, 1986). Lijden is dus een subjectieve ervaring, die kan voortkomen uit feitelijke situaties (bijvoorbeeld dakloos zijn) of uit angst voor verslechtering van de huidige situatie (bijvoorbeeld de angst om dakloos te worden).

Mirowsky en Ross (2003) beschrijven dat lijden het tegenovergestelde is van welbevinden. Een stijging in het gevoel van welbevinden zou leiden tot een daling in de ervaring van lijden. Welbevinden wordt gezien als een staat van gezondheid en tevredenheid met het leven, waarbij geen psychische stoornis aanwezig is. Dit lijkt een logische gedachte: iemand met psychische problematiek zal niet tevreden zijn met het leven dat hij leeft. Op deze manier wordt er vanuit de theorie ook naar welbevinden gekeken (Suldo & Shaffer, 2008). Uit onderzoeken blijkt echter dat welbevinden aanwezig kan zijn, ook als er sprake is van psychopathologie (Keyes, 2007, Suldo & Shaffer, 2008). Dit zou betekenen dat personen met psychische problematiek tegelijkertijd een hoge mate van welbevinden kunnen ervaren en dat personen zonder psychische problematiek een lage mate van welbevinden kunnen ervaren (Suldo & Shaffer, 2008). Dit bevestigt het beeld van zorgwekkende zorgmijders die zich in een problematische situatie bevinden, maar hier zelf niet direct last van hebben.

Volgens Appelo (2014) is lijdensdruk een belangrijke voorwaarde voor duurzame gedragsverandering. Een hogere mate van lijdensdruk vergroot de kans dat een persoon actief iets wil doen aan de huidige situatie. Dit wordt echter bemoeilijkt door cognitieve processen. De hersenen houden het liefst vast aan geautomatiseerde processen en patronen, wat verandering lastig maakt (Appelo, 2009). Op het moment dat de huidige situatie als minder prettig wordt ervaren dan de ideale situatie kan dit leiden tot gevoelens van onrust en depressie. Dit kan vermeden worden door vage doelen te stellen, de huidige situatie als positiever te omschrijven, de nadelen te negeren of gestelde doelen minder belangrijk te maken. Dit maakt de discrepantie tussen de huidige situatie en ideale situatie kleiner en verlaagt de lijdensdruk (Appelo, 2009). Om cliënten lijdensdruk te laten ervaren, lijkt het dus belangrijk te zijn om duidelijke en concrete doelen te stellen.

Ook onderzoek naar behandelmotivatie heeft zich vaak gericht op lijdensdruk. Crisp & Griffiths (2014) hebben aangetoond dat een hogere mate van lijdensdruk verband houdt met een hogere motivatie voor deelname aan interventies gericht op psychische problematiek. De onderzoekers stellen dat degenen die een interventie het meest nodig ervaren, daarom ook de meeste interesse tonen. Het gaat hier echter om online interventies, wat de drempel tot deelname wellicht lager maakt. Onderzoek naar behandelmotivatie bij middelenmisbruik toont aan dat 'hitting rockbottom', ofwel een dieptepunt bereiken, een belangrijke voorwaarde is voor motivatie. De psychische lijdensdruk die samenhangt met het stijgen van problemen voortkomend uit middelengebruik (bijvoorbeeld een toename van schulden), zou ertoe leiden dat een persoon een manier zal proberen te vinden om deze problemen te verminderen en zo ook de lijdensdruk te verminderen (Hiller, Narevic, Webster, Rosen, Staton, Leukefeld, Garrity en Kayo, 2009). Dit wordt bevestigd door DiClemente et al. (2008). Zij benoemen dat de motivatie om in behandeling te gaan voor middelenmisbruik groter wordt op het moment dat er problemen worden ervaren in het eigen leven. Er is echter ook onderzoek die het verband tussen lijdensdruk en behandelmotivatie tegensprekt. Hawkins, Baer en Kivlahan (2008) vonden geen bewijs dat lijdensdruk van invloed is op de behandelmotivatie. Een kanttekening hierbij is dat dit onderzoek zich hoofdzakelijk richtte op het voortijdig beëindigen van een behandeling door cliënten. Het is dus mogelijk dat lijdensdruk wel van invloed is op de motivatie om aan een behandeling te beginnen, maar niet op de motivatie om een behandeling vol te houden.

Uit de literatuur blijkt dat zorgwekkende zorgmijders vaak wel enige mate van lijdensdruk ervaren, maar dat deze vooral gericht is op huisvestingsproblemen, uitkeringen en schulden. Zij hebben last van de praktische gevolgen van hun situatie, maar lijken geen last te hebben van psychische gevolgen. Dit leidt ertoe dat deze groep wel hulp wil bij het oplossen van de praktische zaken, maar niet zit te wachten op behandeling van de psychische problematiek (Libbrecht & Gijzen, 2008). Zorgvragers ervaren over het algemeen een grotere verslechtering van hun situatie door middelengebruik. Deze groep ervaart over het algemeen meer problemen, klachten en lijdensdruk dan zorgmijders (Papinczak, Connor, Feeney, Young & Gullo, 2017). Zorgvragers ervaren hun problemen als tegenstrijdig met hun verlangens, terwijl de situatie bij zorgmijders in overeenstemming is met hun 'ideale' zelfbeeld (McMurran et al., 2010).

2.4 Probleemherkenning

Probleemherkenning wordt omschreven aan de hand van verschillende aspecten. Deze aspecten zijn: ontkenning, interne attributie van problemen, bewustzijn van de ziekte en het accepteren van de verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag (Drieschner et al., 2004). Probleemherkenning houdt in dat iemand erkent dat zijn gedrag voor problemen zorgt. Deze problemen kunnen verband houden met gezondheid, sociale contacten of financiële/justitiële zaken (Hiller et al., 2009).

Probleemherkenning is een onderliggend construct van het bekende *stages of change* model van Prochaska en DiClemente, waarin vijf fasen van motivatie en gedragsverandering worden omschreven. De eerste drie fasen (precontemplatie, contemplatie en voorbereiding) zijn gebaseerd op motivatie van een persoon en de laatste fasen (actie en volhouden) zijn gebaseerd op actief gedrag. Probleemherkenning wordt in dit model gezien als voorwaarde in de contemplatiefase om door te kunnen stromen naar de voorbereidingsfase (Cooper, 2011). Daarnaast is probleemherkenning ook een belangrijke factor bij motiverende gespreksvoering. Dit is een gesprekstijl die zich richt op samenwerking en verandertaal. Door onder andere aandacht te geven aan uitspraken van de cliënt die gericht zijn op probleemherkenning, wordt geprobeerd de motivatie van de cliënt te vergroten (Miller & Rollnick, 2014).

Het verband tussen probleemherkenning en behandelmotivatie komt in onderzoek naar voren. Uit onderzoek van Hiller et al. (2009) blijkt dat problemen op werk-, sociaal- en psychisch gebied leiden tot een hogere mate van probleemherkenning. Dit verband werd niet teruggevonden voor lichamelijke problematiek. Dit geeft aan dat moeilijkheden op de genoemde gebieden ertoe kunnen leiden dat een cliënt meer inzicht krijgt in de eigen problematiek. Daarnaast zou dit ook kunnen betekenen dat cliënten die weinig problemen ervaren op deze gebieden zichzelf niet verantwoordelijk houden voor de gevolgen van het eigen gedrag. Een onderzoek naar redenen om hulp te zoeken voor een depressie laat zien dat mensen geen hulp willen als zij onder andere vinden dat ze geen probleem hebben of als ze vinden dat ze het zelf wel kunnen oplossen (Van Zoonen, Kleiboer, Beekman, Smit, Boerema & Cuijpers, 2015).

Zorgwekkende zorgmijders erkennen vaak niet dat er een probleem is en hebben weinig tot geen ziektebesef (Libbrecht & Gijzen, 2008). Ondanks dat zij wel enige mate van lijdensdruk ervaren, is deze groep niet gemotiveerd voor behandeling. Probleemherkenning lijkt daarom van toegevoegde waarde te zijn bij het vergroten van de behandelmotivatie.

Hoewel uit onderzoek blijkt dat zorgvragers meer negatieve gevolgen van probleemgedrag ervaren en aan zichzelf toeschrijven dan zorgmijders (Papinczak et al., 2017), lijkt er ook bij zorgwekkende zorgvragers geen sprake te zijn van een hoge mate van probleemherkenning (DiClemente et al., 2009). Een opvallende uitkomst bij dit onderzoek is dat een ernstigere vorm van psychische problematiek samenhangt met een lagere mate van probleemherkenning. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ernstige problematiek niet direct betekent dat dit door de persoon zelf ook als ernstig ervaren wordt. Dit onderzoek toonde verder aan dat de gevolgen van probleemgedrag op het individu niet leiden tot een hogere mate van probleemherkenning, terwijl interpersoonlijke gevolgen wel tot een hogere mate van probleemherkenning leiden (DiClemente et al., 2009).

Dit zou kunnen betekenen dat van de drie eerdergenoemde gebieden (werk, sociaal en psychisch) de eerste twee voor een hogere mate van probleemherkenning zorgen.

2.5 Uitkomstverwachting

Uitkomstverwachting is de inschatting die iemand maakt van de mogelijke gevolgen van bepaald gedrag. De voors en tegens van een keuze worden afgewogen alvorens er een beslissing wordt gemaakt (Bandura, zoals geciteerd in Williams, 2010).

Het *expectancy-value* model van Fishbein (zoals geciteerd in Ajzen, 2011) stelt dat iemands intentie of motivatie om bepaald gedrag uit te voeren, wordt bepaald door de waarschijnlijke gevolgen van dat gedrag en hoeveel waarde hieraan wordt gehecht. Oftewel: of iemand bepaald gedrag zal uitvoeren, wordt bepaald door de verwachtingen die iemand heeft en de waarde die aan de uitkomst worden gehecht. Als er voldoende succes te behalen valt, is de kans groter dat het gedrag ook daadwerkelijk vertoond zal worden (Fishbein, zoals geciteerd in Ajzen, 2011).

Gekeken naar motivatie voor behandeling weerspiegelt de uitkomstverwachting de opvattingen van een cliënt over de gevolgen van deelnemen aan een behandeling. Het zijn de gedachten met betrekking tot een toekomst die mogelijk voort zal komen uit een behandeling (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano & Smith, 2011). Het kan ook wel gesteld worden als de mate waarin een cliënt verwacht dat behandeling tot een verbetering van hun situatie of symptomen zal leiden. Deze verwachting komt voort uit eerdere opgedane ervaringen, maar ook uit het huidige contact met de hulpverlener (Schulte, 2008).

Uitkomstverwachtingen met betrekking tot behandeling kunnen worden onderverdeeld in drie groepen: positieve, negatieve en ambivalente verwachtingen. Een positieve uitkomstverwachting is een voordeel dat verwacht wordt als bepaald gedrag wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld weer een sociaal leven kunnen opbouwen). Een positieve uitkomstverwachting leidt tot een betere relatie met de hulpverlener (Constantino et al., 2014). Een negatieve uitkomstverwachting is een nadeel dat verwacht wordt als bepaald gedrag wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld ik ga me niet beter voelen, ook niet na deze behandeling). Een ambivalente verwachting is dubbelslachtig (bijvoorbeeld zich al erg lang depressief voelen en niet weten of het nog beter zal worden, maar ik wil het wel proberen) (Constantino et al., 2011).

Positieve uitkomstverwachtingen leiden een hogere behandelmotivatie (DiClemente et al., 2009) en tot betere behandelresultaten (Constantino et al., 2014). Deze personen ervaren na afloop minder depressieve gevoelens en een hoger gevoel van welbevinden (Constantino et al., 2014). Dit werd bevestigd in ander onderzoek dat zich richtte op borderline persoonlijkheidsproblematiek. Cliënten met een positieve uitkomstverwachting hadden na behandeling minder suïcidale gedachten en minder depressieve gevoelens dan cliënten met een negatieve uitkomstverwachting (Wenzel, Jeglic, Levy-Mack, Beck & Brown, 2008).

Er zijn geen onderzoeken gedaan naar de mate van uitkomstverwachting bij zorgwekkende zorgmijders en zorgvragers. Onderzoek toont wel aan dat cliënten met een dubbele diagnose over het algemeen een negatieve uitkomstverwachting hebben. Problemen die ervaren worden op werk-, sociaal- en psychisch gebied leiden tot een meer negatieve uitkomstverwachting (Constantino et al., 2014).

Daarnaast stoppen cliënten met een lage uitkomstverwachting drie keer zo snel met een behandeling dan cliënten met een hoge uitkomstverwachting. Deze groep was ook minder openlijk in het praten over gevoelens, ideeën en ervaringen (Ahmed et al., 2012). Dit indiceert dat er bij zorgmijders en zorgvragers sprake is van een negatieve uitkomstverwachting.

2.6 Conclusie

Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe de behandelmotivatie van zorgwekkende zorgmijders en zorgwekkende zorgvragers beïnvloedt kan worden. Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat deze doelgroep erg complex is en waarschijnlijk een lage, extrinsieke motivatie heeft. Dit is te zien aan het gedrag dat wordt vertoond (De Vries, 2001; Schout et al, 2011) en de weerstand tegen hulpverlening (Koekkoek, 2011; Rossi et al, 2008).

Het literatuuronderzoek geeft aan dat lijdensdruk van belang is voor de behandelmotivatie. Naar voren komt dat zorgwekkende zorgvragers waarschijnlijk meer lijdensdruk ervaren dan zorgwekkende zorgmijders. Hoewel zorgmijders ook lijdensdruk lijken te ervaren, richt dit zich mogelijk meer op praktische zaken die het zorgwekkende gedrag bemoeilijken (Libbrecht & Gijzen, 2008). Er kan hier echter ook een valkuil opgemerkt worden. Als motivatie voortkomt uit externe bronnen (het moeten veranderen) of uit een lijdensdruk met weinig persoonlijk belang, is het erg waarschijnlijk dat deze motivatie of de gedragsverandering verdwijnt op het moment dat de problematiek, en daarmee de lijdensdruk, omlaag is gebracht. Met andere woorden: als een cliënt besluit om in behandeling te gaan omdat er gedreigd wordt met deurwaarders, zou het zo kunnen zijn dat deze cliënt verder gaat met zijn oude gedrag op het moment dat de dreiging van de deurwaarders verdwijnt. Het lijkt daarom belangrijk om ook andere determinanten mee te nemen.

Probleemherkenning is mogelijk een aanvulling om behandelmotivatie blijvend te vergroten. Waar bij lijdensdruk problemen ervaren worden als gevolg van een situatie, worden deze bij probleemherkenning ook aan het eigen gedrag toegeschreven. Eerdere onderzoeken indiceren dat bij zowel zorgwekkende zorgmijders als zorgwekkende zorgvragers sprake is van een lage mate van probleemherkenning. Omdat er in de literatuur een duidelijk verschil wordt gemaakt tussen het herkennen van problematiek op werk-, sociaal en psychisch gebied (Hiller et al., 2009) is het wellicht interessant om dit onderscheid mee te nemen in het veldonderzoek. Opvallend is dat deze probleemgebieden ook worden genoemd in de literatuur over uitkomstverwachting (Constantino et al., 2014). De literatuur over uitkomstverwachting indiceert dat er bij de doelgroep waarschijnlijk sprake is van een negatieve uitkomstverwachting. Omdat zorgwekkende zorgmijders vaak slechte ervaringen met de hulpverlening hebben (Van Kerckhove et al., 2013), zou dit kunnen betekenen dat zorgwekkende zorgmijders een negatieve uitkomstverwachting hebben. Wellicht geldt dit ook voor zorgwekkende zorgvragers die hulpverlening keer op keer afwijzen. Er is echter nog geen specifiek onderzoek naar gedaan. Ook is het interessant om te kijken of de verwachte negatieve uitkomstverwachting te maken heeft met redenen die genoemd zijn in de literatuur: de waarschijnlijke gevolgen, de waarde die hieraan wordt gehecht (Fishbein, zoals geciteerd in Ajzen, 2011), eerder opgedane ervaringen of het huidige contact met de hulpverlener (Schulte, 2008).

In het veldonderzoek wordt gestreefd duidelijkheid te krijgen over in hoeverre de determinanten van invloed zijn op de behandelmotivatie van zowel zorgwekkende zorgmijders als zorgwekkende zorgvragers. Daartoe wordt ten eerste gekeken in welke mate deze determinanten aanwezig zijn bij de doelgroep. Vervolgens wordt er gekeken in hoeverre deze als van invloed op de behandelmotivatie wordt ervaren.

Methode

3.1 Algemeen

Het doel van dit onderzoek is om duidelijkheid te verkrijgen in welke mate zorgwekkende zorgmijders en zorgvragers lijdensdruk, probleemherkenning en uitkomstverwachting ervaren en in hoeverre deze de behandelmotivatie beïnvloedt. Met deze informatie kan Blok Social Society gerichter interventies inzetten die aansluiten bij wat nodig is om de behandelmotivatie van zorgwekkende zorgmijders en zorgvragers te vergroten.

Het gaat om een kwalitatief onderzoek waarbij zowel zorgwekkende zorgmijders als zorgwekkende zorgvragers gevraagd wordt naar hoe de genoemde determinanten ervaren worden en of dit er voor hun voor zorgt dat zij gemotiveerder zijn voor behandeling. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek omdat dit de mogelijkheid geeft om dieper in te gaan op de gegeven antwoorden. Er kan dan niet alleen antwoord worden gegeven op de vraag in welke mate de determinanten van invloed zijn op de behandelmotivatie, maar ook een verbredende beschrijving worden gegeven over hoe deze mogelijke verbanden eruitzien. Het is bekend dat mensen met complexe problematiek moeite kunnen hebben om accuraat hun eigen gedrag en intenties in te schatten (DiClemente et al., 2008). Interviews verkleinen deze kans omdat er doorgevraagd kan worden. Daarnaast hebben veel mensen met complexe problematiek moeite met lezen en het begrijpen van abstracte vragen die in veel vragenlijsten terugkomen (DiClemente et al., 2008). Er is gekozen voor een semigestructureerd interview, waarbij aan de hand van een topiclijst richting wordt gegeven aan de onderwerpen die behandeld zullen worden tijdens de interviews.

3.2 Deelnemers

Voor het veldonderzoek zijn twaalf cliënten van Blok Social Society geïnterviewd. Het onderzoek wil een beeld geven van de behandelmotivatie van de cliënten van Blok Social Society. Om deze reden hebben er alleen cliënten van Blok Social Society deelgenomen aan de interviews, en geen cliënten van andere organisaties. Rekening houdend met de omvang van dit onderzoek is er gekozen voor twaalf interviews. Dit zou voldoende moeten zijn om het saturatiepunt te bereiken, waarbij interviews niet meer tot nieuwe informatie leiden (Saunders, Lewis & Thornhill, 2015). Onder de twaalf geïnterviewde cliënten bevonden zich elf mannen en één vrouw. De leeftijd lag tussen de 24 en 58 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 35,8 jaar.

Binnen dit onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen zorgwekkende zorgmijders en zorgwekkende zorgvragers. Dit onderscheid is ook aangebracht binnen het veldonderzoek door zes zorgwekkende zorgmijders (vijf mannen, één vrouw met een gemiddelde leeftijd van 34,3 jaar) en zes zorgwekkende zorgvragers (zes mannen met een gemiddelde leeftijd van 37,3 jaar) te interviewen. Hiervoor is de cliëntencase van Blok Social Society verdeeld in een groep van zorgwekkende zorgmijders en zorgwekkende zorgvragers. Deze groepen zijn bepaald door de kenmerken die uit het theoretisch kader naar voren kwamen te vergelijken met de kenmerken die uit intakeverslagen van Blok Social Society blijken.

Voor de zorgwekkende zorgvragers is er gelet op de volgende kenmerken: een duidelijke, dramatische hulpvraag – een geschiedenis van medical shopping – problemen op sociaal gebied, baanbehoud en/of conflicten. Voor de zorgwekkende zorgmijders is er gelet op de volgende kenmerken: aanmelding van buitenaf – vage of praktische hulpvraag – weinig tot geen sociale contacten, isolement – wantrouwend.

De tweedeling is vervolgens gemaakt in overleg met de werknemers van Blok Social Society. Zij hebben veel ervaring met deze doelgroep, waardoor er een klinische blik is ontwikkeld. Een klinische blik is een intuïtie die voortkomt uit kennis en ervaring, en waardoor bepaalde signalen van cliënten zullen opvallen en gekoppeld kunnen worden aan een stoornis of, in dit geval, een groep (Witteman, Spaanjaars & Aartsof, 2012). Hierdoor worden zij in staat geacht om cliënten te kunnen indelen in de groep van zorgwekkende zorgmijders of zorgwekkende zorgvragers. In enkele gevallen was het niet direct duidelijk tot welke groep een cliënt behoorde. Er is in deze gevallen de meeste waarde gehecht aan of een cliënt zelf met een hulpvraag kwam of dat de cliënt is aangemeld door de omgeving. Dit lijkt het duidelijkste en belangrijkste verschil tussen zorgmijders en zorgvragers te zijn. Cliënten met een eigen hulpvraag werden ingedeeld in de groep van zorgvragers en cliënten die werden aangemeld door de omgeving werden ingedeeld in de groep van zorgmijders. Dit heeft uiteindelijk tot een duidelijke tweedeling in het cliëntenbestand van Blok Social Society geleid.

Er is hierbij niet gelet op een gelijke verdeling van leeftijd, geslacht en/of opleidingsniveau omdat in de huidige literatuur niet terug te vinden is dat dit van belang is.

3.3 Procedure

De geselecteerde cliënten zijn benaderd door werknemers van Blok Social Society met de vraag of zij open stonden voor een interview. Door bekende personen het eerste contact te laten leggen, werd de kans op deelname vergroot (Saunders et al., 2015). Vervolgens werden de deelnemers telefonisch benaderd door de onderzoeker om een afspraak voor het interview in te plannen. De interviews vonden bij de deelnemers thuis plaats. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat cliënten opener spreken over hun situatie omdat ze zich in een vertrouwde omgeving bevinden. Daarnaast werd hiermee deelname makkelijker gemaakt. Er is zowel telefonisch als voor aanvang van het interview toestemming gevraagd om het gesprek op een audiorecorder op te nemen. Enkele deelnemers gaven hierbij aan graag de zekerheid te hebben dat deze opnames niet verspreid zouden worden buiten belanghebbenden van het onderzoek. Hiervoor is een contract opgesteld dat in tweevoud is ondertekend (zie bijlage 6). Op het moment van interview kregen de deelnemers ter inleiding uitleg over het verloop van het gesprek. Hierin werd het doel van het gesprek benoemd, de duur, de vertrouwelijkheid van de antwoorden en wat er vervolgens met de gegevens zou gebeuren. De deelnemers kregen op deze manier een duidelijk beeld over wat het interview inhield en wat er van de deelnemer verwacht werd. De interviews namen elk ongeveer zestig minuten in beslag. De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van een topiclijst om het interview vorm te geven. Buiten de onderwerpen op deze topiclijst heeft de onderzoeker doorgevraagd, waarbij er dieper werd ingegaan op het zorg mijdende of zorg vragende gedrag. Met deze doorstellvragen werd er informatie verkregen in hoeverre en op welke wijze het zorg mijdende of zorg vragende gedrag van belang is bij de behandelmotivatie.

3.4 Materiaal

In de interviews is er gebruik gemaakt van een topiclijst. Deze is voortgekomen uit de theorie zoals besproken in het theoretisch kader. De onderwerpen op deze topiclijst fungeerden als rode draad binnen de interviews. Een topiclijst heeft als doel ervoor te zorgen dat alle onderwerpen die besproken worden tijdens de interviews, van belang zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen (Boeije, 2014). De topics en deeltopics die in de interviews zijn behandeld, worden hieronder uitgelegd en onderbouwd. In bijlage 1 is een uitgewerkte versie van de topiclijst te vinden met enkele voorbeeldvragen.

De topiclijst is opgesteld aan de hand van de vier determinanten binnen dit onderzoek (motivatie, lijdensdruk, probleemherkenning en uitkomstverwachting). Deze determinanten vormden de hoofdtopics binnen de interviews en waren de basis van waaruit werd doorgevraagd. Alvorens er bij deze onderwerpen werd stilgestaan, is er gevraagd naar de situatie waarin de deelnemer zich bevindt. Dit gaf de interviewer een duidelijker beeld van de deelnemer en zijn problematiek, waardoor er later in het interview makkelijker doorgevraagd kon worden of teruggehaald kon worden op de situatie waarin de cliënt zich bevindt.

Allereerst is er gevraagd naar de motivatie van de deelnemer. Een belangrijk begrip binnen dit onderzoek is behandelmotivatie, wat verband houdt met motivatie voor gedragsverandering (DiClemente et al., 2008). Gemotiveerd zijn houdt in dat iemand gedreven wordt om bepaald gedrag te vertonen (Ryan & Deci, 2000). Het is van belang om dit topic mee te nemen in de interviews. Om duidelijkheid te kunnen geven over in hoeverre de determinanten van invloed zijn op de behandelmotivatie is het belangrijk om te weten of en hoe de deelnemers motivatie ervaren. Het theoretisch kader maakt een onderscheid tussen extrinsieke en intrinsieke motivatie (Ryan & Deci, 2000), waarbij ook de koppeling wordt gemaakt naar het zoeken van hulp (Verstuyf & Vansteenkiste, 2008).

Vervolgens is er gevraagd naar de mate van behandelmotivatie. Behandelmotivatie wordt omschreven als de motivatie van een cliënt om deel te nemen aan een behandeling (Drieschner et al., 2004). Daarna zijn er vragen gesteld rondom het onderwerp lijdensdruk. Lijdensdruk is de mate waarin iemand lijdt onder zijn problemen (Vanhoeck, 2001). Om duidelijk te krijgen in welke mate iemand lijdt onder zijn eigen situatie werd er gevraagd naar de tevredenheid met het leven (Mirowsky & Ross, 2003) en in welke mate er een discrepantie met de ideale situatie (Appelo, 2009) wordt ervaren. Er is gevraagd naar de vorm van lijdensdruk, omdat uit het theoretisch kader is gebleken dat lijdensdruk kan voortkomen uit praktische en psychische problematiek (Van Dam & Mulder, 2008), wat mogelijk gevolgen kan hebben voor de behandelmotivatie. Omdat dit onderzoek zich richt op de invloed van verschillende determinanten op de behandelmotivatie, zijn er vragen gesteld over in welke mate de lijdensdruk heeft meegespeeld in de beslissing tot behandeling. Om uiteindelijk advies te kunnen geven over effectieve manieren om de lijdensdruk te verhogen of verlagen, werden de deelnemers gevraagd naar wat hun ervaringen en ideeën hierover zijn.

Vervolgens werd er stilgestaan bij de determinant probleemherkenning. Dit gaat over de mate waarin een cliënt zich bewust is van problematisch gedrag en hier verantwoordelijkheid voor neemt (Hiller et al., 2009). Het onderscheid dat in het theoretisch kader wordt gemaakt tussen problemen op werk/school, sociaal gebied en mentaal gebied (Hiller et al., 2009) is bevraagd in de interviews. Bij dit topic werd net als bij lijdensdruk vragen gesteld over in welke mate probleemherkenning heeft meegespeeld in de beslissing tot behandeling en interventies om dit te kunnen verhogen of verlagen. De vierde belangrijke determinant is uitkomstverwachting. Dit is de inschatting die iemand maakt van de mogelijke gevolgen van bepaald gedrag (Bandura, zoals geciteerd in Williams, 2010) en heeft meerdere kenmerken die invloed zouden kunnen hebben op de behandelmotivatie en waar dus vragen over zijn gesteld in de interviews. De verwachtingen die een cliënt heeft over het effect van een behandeling lijkt volgens het theoretisch kader een belangrijke rol te spelen voor de behandelmotivatie (Constantino et al., 2011; Fishbein, zoals geciteerd in Ajzen, 2011). In het theoretisch kader komt naar voren dat ook de waarde die wordt gehecht aan de verwachte uitkomsten mogelijk een belangrijke factor is voor probleemherkenning (Fishbein, zoals geciteerd in Ajzen, 2011). Uitkomstverwachtingen met betrekking tot behandelmotivatie houden mogelijk verband met eerdere ervaringen in de hulpverlening (Schulte, 2008). Ook het huidige contact met de hulpverlening kan een rol spelen in de uitkomstverwachting die een deelnemer heeft (Schulte, 2008). Net als bij voorgaande determinanten werden er om die reden vragen gesteld over in welke mate uitkomstverwachting, en de bijbehorende factoren, van invloed zijn geweest op de behandelmotivatie. Ook is er gevraagd naar ervaringen en ideeën over hoe dit verhoogd of verlaagd kan worden. Ten slotte werd de deelnemer bij de afsluiting van het interview gevraagd of er andere zaken een rol hebben gespeeld bij hun keuze om middels hulpverlening aan de problematiek te werken. Ook werd er gevraagd of de deelnemer nog iets wilt toevoegen. Dit werd indien nodig besproken. Om het interview af te ronden, bedankte de interviewer de deelnemer voor zijn tijd.

3.5 Analyse

De twaalf interviews zijn na afname allen volledig getranscribeerd, waarbij informatie die irrelevant is voor het onderzoek en stopwoorden eruit zijn gehaald. De zes interviews van de zorgwekkende zorgmijders zijn apart van de zes interviews van de zorgwekkende zorgvragers geanalyseerd. Hiervoor is het programma Atlas.ti gebruikt. Deze analyse verliep volgens drie stappen. De interviews van de zorgmijders zijn allereerst open gecodeerd. Hierbij zijn er codes aan de verschillende fragmenten gekoppeld. De code beschrijft kort waar het betreffende fragment over gaat. In sommige gevallen kreeg een fragment meerdere codes. Fragmenten die niet van belang waren voor dit onderzoek zijn hierbij overgeslagen. Hierdoor werd de data overzichtelijker gemaakt. Vervolgens is er tijdens de tweede stap, axiaal coderen, kritisch naar de codes gekeken. Codes die veel met elkaar overeenkwamen en weinig fragmenten bevatten, zijn hierbij samengevoegd. Ook zijn er codes met een grote hoeveelheid fragmenten opgesplitst in nieuwe codes. Op deze manier werden de codes geordend en kwamen de belangrijkste begrippen naar voren. De codes zijn vervolgens verdeeld over enkele thema's, die sterk naar voren leken te komen. Hierbij is er gekeken welke codes met elkaar samenhangen en binnen welk thema deze het beste passen. Deze codes en thema's zijn in een taxonomie overzichtelijk worden gemaakt.

Ten slotte is er door middel van selectief coderen gekeken welke thema's en codes met elkaar in verband staan. Door te zoeken naar deze verbanden, ontstaat er een inzicht in hoe de belangrijke elementen die uit de interviews naar voren komen, samenhangen (Boeijs, 2014). Deze verbanden zijn verwerkt in de taxonomie. De gegevens zijn geordend zodat ze een goed beeld geven van hoe de behandelmotivatie van zorgmijders eruitziet. Deze stappen zijn daarna op dezelfde wijze doorlopen voor de interviews van de zorgvragers. De twee taxonomieën leken na vergelijking erg overeen te komen, terwijl uit de interviews de verschillen duidelijker naar voren kwamen. Om deze verschillen ook in de taxonomieën terug te laten komen, zijn de codes met kleuren gemarkeerd. De kleur laat hierbij zien in welke mate de betreffende code aanwezig is bij de deelnemers. Hiermee wordt bedoeld of hetgeen een grote rol speelde in hun leven. Een groene kleur betekent hierbij dat de betreffende code zwaar weegt in de situatie van de geïnterviewden. Een gele kleur betekent dat het in enige mate een rol speelt in hun situatie en een rode kleur betekent dat de geïnterviewden dit nauwelijks ervaren. De taxonomieën en uitgebreidere uitleg van de analyse van de interviews is vindbaar in bijlage 3 en 4.

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken die zijn voortgekomen uit de interviews met zorgwekkende zorgvragers en zorgwekkende zorgmijders. De resultaten worden per onderzochte determinant beschreven. Er wordt eerst gekeken in welke mate er sprake is van behandelmotivatie bij de twee onderzochte groepen. Daarna wordt er achtereenvolgens naar de determinanten lijdensdruk, probleemherkenning en uitkomstverwachting gekeken. Hierbij wordt besproken in welke mate deze aanwezig zijn en op welke wijze deze van invloed zijn op de behandelmotivatie.

4.1 Behandelmotivatie

Uit de interviews is gebleken dat voor zowel zorgmijders als zorgvragers de motivatie om behandeling te zoeken extrinsiek is. Er is een bepaald doel of resultaat dat cliënten willen behalen. De toekomst is voor zorgvragers een belangrijke reden om hulp te zoeken en maakt het voor zorgmijders makkelijker om hulp te accepteren en in behandeling te gaan. De cliënten geven aan dat de huidige situatie, of het huidige leven, weinig perspectief biedt voor de toekomst en dat wordt als onprettig ervaren. De meeste cliënten spreken een verlangen uit naar een normaal leven, wat als burgerlijk omschreven zou kunnen worden: een eigen huis, leuke baan en een fijne relatie. Er wordt verwacht dat de tevredenheid over het leven zal stijgen als de eigen situatie rustiger is geworden. Vaak is deze verwachting gebaseerd op hoe het leven er voor het ontstaan van de problematiek uitzag of op het zien van de levens van leeftijdgenoten. Bij zowel de zorgmijders als zorgvragers sprak een enkele cliënt geen verlangen uit naar een burgerlijk bestaan. Beiden sprake de behoefte uit aan een rustig leven, waarin zij de ruimte hebben om bezig te zijn met hun hobby's. Hoewel het toekomstbeeld dus anders lijkt te zijn, was ook voor deze cliënten de huidige situatie een reden om hulp te zoeken. Ook zij spraken de verwachting uit dat de situatie rustiger en beter zou worden als zij hulp kregen.

"Ik weet uit het verleden dat ... als ik een vriendin had voelde ik me wel een stuk beter dan wat ik me normaal zou voelen. En als ik dan, stel dat ik nu van die klachten af kan komen ... en ik heb dan ook nog een leuk meisje erbij en ik kan een gezin stichten en ik heb werk enzo ... dan word ik wel gelukkig ja." - Zorgmijder

Er zijn echter ook verschillen te vinden in de behandelmotivatie van zorgmijders en zorgvragers. Dit verschil lijkt te maken te hebben met de mate van autonomie zoals beschreven in het theoretisch kader. Waar veel zorgvragers uit eigen beweging hulp zoeken in de hoop een oplossing te vinden voor hun problemen, worden zorgmijders hier vaker als het ware toe gedwongen door de omgeving. Zorgvragers geven aan deze hulp als noodzakelijk te zien om hun situatie te kunnen veranderen. Zonder hulp kunnen ze niet verder met hun leven en deze gedachte zorgt volgens de geïnterviewde zorgvragers voor wanhoop en stress. Er wordt dan hulp gezocht om een persoonlijk doel te bereiken, wat in de literatuur wordt omschreven als een hoge mate van autonomie (Ryan & Deci, 2000). Een enkele zorgvrager heeft niet zelf om deze hulp gevraagd en benoemt dat de hulpverlening ineens voor de deur stond. Ook in dit geval zag de zorgvrager verandering als noodzakelijk en leverde de huidige situatie stress op, wat ertoe leidde dat hulpverlening werd toegelaten.

Zorgmijders daarentegen geven aan een bepaalde druk of dwang vanuit de omgeving op te merken die ervoor zorgt dat zij hulp accepteren. In sommige gevallen zullen er, bij weigering, maatregelen volgen in de vorm van korten op een uitkering, gevangenisstraf of het mislopen van een vast contract. Voor andere zorgmijders is het opmerken van verdriet van naasten een reden om uiteindelijk hulp te accepteren. Volgens de literatuur is er dan sprake van een lage mate van autonomie, waarbij het doel is om straf te voorkomen of de omgeving tegemoet te komen (Ryan & Deci, 2000). Niet alle zorgmijders benoemden hulp te accepteren vanuit de druk van buitenaf. Een klein deel gaf aan de situatie te willen veranderen omdat deze emotioneel niet meer vol te houden was. Zij gaven aan dat verandering noodzakelijk was om de situatie draaglijker te maken. Deze groep leek dan ook meer gemotiveerd te zijn om hulp te accepteren. Dit zou kunnen betekenen dat een hoge mate van autonomie binnen de motivatie leidt tot een hogere mate van motivatie.

“Ik deed het ook in eerste instantie gewoon omdat het UWV mij niet ging lastigvallen, want ik wist natuurlijk wel als ik nou niet doe wat het UWV zegt, dan krijg ik ook geen geld meer natuurlijk. Ik ben natuurlijk niet stom he. Dus ik heb dat toen ook maar een beetje gedaan omdat het moest.” – Zorgmijder

4.2 Lijdensdruk

Zowel de geïnterviewde zorgvragers als zorgmijders omschreven klachten waaruit bleek dat de huidige situatie niet als optimaal wordt ervaren. Deze klachten, of lijdensdruk, kunnen worden onderverdeeld in vier gebieden, namelijk: psychisch, praktisch, fysiek en sociaal. Hoewel alle respondenten leken te lijden onder de situatie waarin ze zich bevonden, zijn er verschillen in de mate van lijdensdruk en op welk gebied dit ervaren wordt. Een groot deel van de zorgmijders gaven bijvoorbeeld aan dat de situatie nog niet dusdanig ernstig was dat verandering noodzakelijk was. De situatie werd omschreven als vervelend, maar nog goed vol te houden. Andere zorgmijders benoemen niet lekker in hun vel te zitten en de situatie als pijnlijk te ervaren. Zij willen graag dat er zo snel mogelijk iets veranderd. Deze zorgmijders lijken dan ook een hogere mate van lijdensdruk te ervaren. Zorgvragers daarentegen vonden de situatie een serieus probleem wat in sommige gevallen leidde tot frustraties dat er niets veranderde. Ook suïcidale gedachten en in sommige gevallen suïcidepogingen werden regelmatig genoemd door zorgvragers. Dit zou kunnen betekenen dat zorgvragers een hogere mate van lijdensdruk ervaren dan zorgmijders.

Zowel zorgvragers als zorgmijders ervaren gevoelens van depressie, schaamte en onzekerheid. Deze gevoelens komen overeen met de literatuur, die dit omschrijft als gevoelens die voortvloeien uit lijden (Wilkinson, 2005). Hoewel beide groepen ook op praktisch gebied problemen ervaren, lijkt voor zorgvragers de psychische lijdensdruk voorop te staan terwijl voor zorgmijders de praktische lijdensdruk leidend is. Alle zorgvragers gaven aan veel te piekeren over hun problemen, hoe ze hiermee om moeten gaan en hebben veel zorgen. Dit leidt tot veel stress en problematisch gedrag zoals middelengebruik of agressief gedrag. Deze klachten ontstaan soms uit praktische problemen zoals financiën, maar de psychische lijdensdruk maakt het voor zorgvragers belangrijk om hulp te zoeken.

“Problemen gaan in de kop spelen, dat is gewoon een feit. Op een gegeven moment word je gek, weet je niet waar je het zoeken moet. Je gaat eindeloos oplossingen proberen te creëren, tot het gekke aan toe.” – Zorgvrager

Zorgmijders hebben vooral veel last van praktische zaken op het gebied van financiën, woonruimte, arbeid en zelfredzaamheid. Deze hangen volgens zorgmijders ook met elkaar samen. Ze geven aan dat werkloosheid zorgt voor problemen op financieel en woongebied. Ook zorgt dit ervoor dat het moeilijk is om een structuur en ritme te vinden en te handhaven. Deze praktische problematiek is voor zorgmijders een reden om hulp te accepteren. Ze hopen dat er op deze manier een baan voor hun gevonden wordt of dat er een goede schuldregeling komt. Toch speelt er bij zorgmijders in sommige gevallen ook psychische lijdensdruk. De depressieve klachten die zij benoemen, lijken samen te hangen met een gevoel van schaamte. Er is schaamte voor de situatie waarin ze zich bevinden, hoe ze zich gedragen tegenover anderen en dat ze hun gedrag niet onder controle kunnen krijgen. Zorgmijders met psychische lijdensdruk lijken meer gemotiveerd om hun gedrag te veranderen dan zorgmijders met voornamelijk praktische lijdensdruk. Zij spraken namelijk uit hulp nodig te hebben en te accepteren, terwijl zorgmijders met praktische lijdensdruk minder met de hulpverlening te maken wilden hebben.

Zorgvragers en zorgmijders hebben beiden last van problemen met de gezondheid. Veel zorgvragers ervaren slaapproblemen en hoofdpijn als gevolg van stress en de vele zorgen. Dit zorgt er volgens de zorgvragers voor dat de lijdensdruk hoger wordt, maar het lijkt geen op zichzelf staande reden te zijn om hulp te zoeken. In de interviews werd benoemd dat psychische lijdensdruk zwaarder weegt. De meeste zorgmijders daarentegen benoemen de gevolgen van hun ongezonde gedrag en middelengebruik vooral te merken aan hun lichaam. Hun fysieke conditie gaat achteruit waardoor ze zich zwak voelen en hun lichaam verandert. Dit wordt als zeer vervelend ervaren en wordt genoemd als een belangrijke reden om te willen stoppen met het middelengebruik.

“Ja misschien moet ik toch maar wat gaan doen, want het gaat zo niet langer, ik viel steeds meer af, mijn gezondheid ging steeds meer achteruit.” – Zorgmijder

Zorgmijders geven aan weinig lijdensdruk op sociaal gebied te ervaren. Ze merken wel dat er minder vrienden overblijven. Dit wordt echter door de meesten niet als vervelend gezien. Ze hebben er vertrouwen in dat het wel weer goed komt of hebben nog genoeg andere sociale contacten. Een enkeling geeft aan het oude contact terug te willen en heeft last van de inkrimping van sociale contacten. Mogelijk zorgt een hoge lijdensdruk op dit gebied dus voor een hogere behandelmotivatie. Zorgvragers ervaren ook last op sociaal gebied. Ze geven aan het gevoel te hebben er niet bij te horen, anderen tot last te zijn of niet begrepen te worden. Er is echter vaak juist een behoefte om te praten over problemen en situaties waar ze tegen aan lopen. Sociale steun is helpend voor zorgvragers. Ze benoemen dat door te praten over hun problemen, ze zich begrepen en gesteund voelen. Dit geeft hoop en moed om verder te gaan.

Enkele zorgvragers daarentegen gaven aan niet te willen praten over de situatie. Zij willen anderen niet opzadelen met hun problematiek en hopen dat er met hulpverlening verandering in de situatie komt.

Zorgmijders geven aan dat verslechtering of last hebben van de situatie ervoor zorgt dat ze hulp gaan accepteren. Als ze voor langere tijd problemen ervaren en er verandert niets, dan zijn ze geneigd hun wensen of gedrag aan te passen. Als de zoektocht naar een ideale baan niets oplevert, geven cliënten aan ook genoeg te nemen met een minder leuke baan en na een tijd van weinig contact met de hulpverlening wordt er op een gegeven moment initiatief genomen door de cliënt. Zorgmijders lijken te wachten tot het moment dat het niet meer anders kan. Slechts een praktische of fysieke lijdensdruk lijkt hierbij niet te leiden tot duurzame gedragsverandering of motivatie. Zorgmijders die in behandeling gingen om een vast contract te krijgen of uitkering te behouden, vielen snel terug in hun oude gedrag.

Ook voor zorgvragers leidt een hogere mate van lijdensdruk tot motivatie voor behandeling.

“Als het water je aan de lippen staat, dan ga je vanzelf bewegen.” – Zorgvrager

De lijdensdruk kan volgens zowel zorgmijders als zorgvragers verlaagd worden door hulp te bieden bij het oplossen van praktische problemen (het vinden van werk of een woonruimte, het op orde krijgen van financiën). Zorgvragers ervaren hierbij ook een sterke vermindering van de psychische lijdensdruk. Er zijn minder zaken waar ze zich zorgen om hoeven te maken, waardoor er meer rust ontstaat. Het zoeken van afleiding en eerlijk zijn over de situatie wordt door enkele zorgvragers ook genoemd als lijdensdruk verlagend. Het toevoegen van problemen zorgt juist voor een hogere lijdensdruk. Problemen die hierbij benoemd werden, zijn het verliezen van een baan en het opstapelen van schulden.

“Als er meerdere facetten zijn waar je een probleem mee hebt en er valt er eentje van af. Dan is dat toch een zorg minder (...) Je merkt gewoon dat als je een rugzak omhebt en er zit twintig kilo in. En je weet dat er twee kilo uitgehaald wordt, dan weet je toch dat je daarna iets makkelijker kan verder lopen. Dus ja, een zorg minder in de kop geeft een beetje ruimte he.” - Zorgvrager

4.3 Probleemherkenning

Voor zowel zorgmijders als zorgvragers geldt dat probleemherkenning een concept is dat verandert over tijd. Beide groepen hebben aanvankelijk een lage probleemherkenning. Zorgmijders ontkennen het probleem. Sommigen geven aan ergens wel te weten dat hun gedrag niet goed is, anderen zien de situatie als helemaal niet problematisch. In beide gevallen is de situatie op dat moment niet dusdanig problematisch dat verandering als noodzakelijk wordt gezien. Toegeven dat hun gedrag fout is, zal leiden tot verandering en daar hebben ze (nog) geen behoefte aan.

“Het heeft bij mij eerst wel een tijdje geduurd voordat ik toegaf dat ik verslaafd was. Ik wist dat bij mezelf wel, ik wilde het alleen niet toegeven (...) Ik denk dat ik bang was voor wat er daarna dan zou volgen.” – Zorgmijder

Ook zorgvragers hebben in eerste instantie niet door dat hun gedrag tot problemen leidt. Voor zorgvragers lijkt dit gedrag een manier te zijn om met een lastige situatie om te gaan. Er ontstaat bijvoorbeeld middelengebruik, dwangmatig of agressief gedrag om met de zorgen over financiën of frustraties over de huidige situatie om te kunnen gaan. De situatie wordt dan als problematisch herkend, maar het gedrag niet.

In deze fase nemen zowel zorgvragers als zorgmijders dan ook geen verantwoordelijkheid voor hun eigen gedrag. De schuld wordt gegeven aan instanties, negatieve rolmodellen in de omgeving, een ongezonde situatie of het overlijden van een naaste.

Vrijwel alle cliënten benoemen dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden in de mate van probleemherkenning en verantwoordelijkheid. Een enkele zorgvrager geeft aan zichzelf als helemaal niet verantwoordelijk te zien en bevindt zich mogelijk nog in die eerste fase van probleemherkenning. Na verloop van tijd ontstaat er een inzicht in het eigen gedrag en wordt daar zelf verantwoordelijkheid voor genomen. Leeftijd lijkt hierin een belangrijke factor te spelen. Zowel zorgmijders als zorgvragers geven aan dat dit besef met de jaren is gekomen. Hoe ouder ze werden, des te meer het inzicht groeide dat dit leven geen perspectief biedt en dat verandering nodig is. Er wordt nagedacht over wat er tot dan toe bereikt is in het leven. De situatie wordt steeds meer uitzichtloos en er ontstaat een besef dat ze niet zo willen doorgaan voor de rest van hun leven.

“Dan zit je daar op je kamertje met 32e. Heb je eigenlijk niks bereikt in je leven. Het enigste wat ik ooit afgemaakt heb is de huishoudschool en mijn rijbewijs. Ja dat is niet veel in 32 jaar tijd (...) Je bent dertig en je wilt toch nog iets maken van je leven, denk ik dat je dan toch nog moet doen, want ik denk als ik nog tien jaar gewacht had ... dan was het ook niet meer goed gekomen als ik dat überhaupt overleefd had.” – Zorgmijder

Niet alleen ouder worden zorgt voor dit inzicht. Ook een ingrijpende situatie, behandelingen en gesprekken met hulpverleners kunnen hier volgens zorgmijders en zorgvragers toe bijdragen. Het geven van informatie over verslavingsgedrag, het confronteren met de gevolgen en het analyseren van het eigen gedrag kunnen ervoor zorgen dat er een inzicht ontstaat dat er sprake is van een probleem. Zelfs als een behandeling niet aanslaat en er sprake is van terugval, blijven zorgmijders en zorgvragers dit inzicht behouden.

In de literatuur wordt benoemd dat problemen op werk-, sociaal en psychisch gebied leiden tot een hogere mate van probleemherkenning. Dit zou niet gelden voor lichamelijke problematiek. Dit verband is echter niet bevestigd in de interviews. Opvallend is dat lichamelijke problemen door de respondenten wel worden gezien als een signaal dat er iets aan de hand is.

Probleemherkenning lijkt dan ook van groot belang te zijn voor de behandelmotivatatie van zorgmijders en zorgvragers. Op het moment dat zij realiseren dat hun gedrag voor problemen zorgt, ontstaat ook het besef dat ze dat zullen moeten veranderen om uit de problemen te komen. Met name zorgmijders geven aan dat dit inzicht het keerpunt was waarop zij hulp gingen zoeken of ervoor open stonden.

Zorgvragers lijken ook hulp te zoeken als zij de problematiek niet aan zichzelf toeschrijven. Dit betekent echter niet dat zij hun gedrag willen veranderen. Een hoge probleemherkenning kan een belangrijke toevoeging zijn om het gedrag daadwerkelijk te kunnen veranderen. Zolang de problemen aan buitenaf worden toegeschreven, zullen zorgvragers wellicht niet geneigd zijn hun eigen gedrag te veranderen. Zo blijven zij mogelijk in een cirkel van hulp vragen en afwijzen hangen.

“Je weet ook dat dat verslaving is, dus er komt alleen maar meer van ... als je weet wat het is en hoe het werkt, dan weet je ook als je dat blijft doen dat het alleen maar meer gaat worden in plaats van minder.” – Zorgvrager

4.4 Uitkomstverwachting

De uitkomstverwachting van cliënten is erg aan verandering onderhevig. Met name bij de zorgvragers komt er geen eenduidig beeld naar voren over de verwachtingen die zij hebben ten aanzien van een behandeling. Enkelen gaven aan aanvankelijk lage verwachtingen te hebben die steeds hoger werden, terwijl anderen hoge verwachtingen hadden maar deze omlaag moesten bijstellen. Dit lijkt met name te maken te hebben met (eerdere) ervaringen binnen de hulpverlening. Zo leiden positieve ervaringen tot hoge verwachtingen. Er is dan vertrouwen in de hulpverlening en respondenten merken op dat er ondersteuning of hulp wordt geboden. Negatieve ervaringen leiden echter tot lagere verwachtingen. Zorgvragers geven aan dat afspraken die niet worden nagekomen of hulp die niet effectief blijkt te zijn, ervoor zorgt dat ze minder vertrouwen krijgen in de hulpverlening.

“Ik heb geen verwachtingen. Ze moeten maar eens eerst waarmaken wat er allemaal, wat ze allemaal roepen.” - Zorgvrager

Deze beweging is ook terug te zien bij de zorgmijders. De uitkomstverwachting van zorgmijders is echter over het algemeen positief. Dit zou verklaard kunnen worden door de positieve ervaringen die de meeste zorgmijders hebben binnen de hulpverlening. Zij ervaren net als de zorgvragers steun en geven aan dat dit geholpen heeft. Een enkele zorgmijder met een negatieve uitkomstverwachting benoemt eerdere negatieve ervaringen te hebben gehad. Een deel van de zorgmijders die zijn geïnterviewd, was nog weinig in aanraking geweest met de hulpverlening. Dit zou ook een positieve uitkomstverwachting kunnen verklaren, omdat de verwachting over wat een behandeling zal opleveren nog niet beïnvloed is door eerdere ervaringen.

Eerdere ervaringen lijken ook van invloed te zijn op hoe cliënten tegen hulpverlening aankijken. Positieve ervaringen leiden tot een open en eerlijke houding bij zowel zorgvragers als zorgmijders. Negatieve ervaringen zorgen er juist voor dat er een kritische houding tegenover de hulpverlening ontstaat, waarbij deze wordt beoordeeld als waardeloos en niet effectief. Een aantal zorgmijders gaf aan dat dit ervoor zorgt dat er niet opnieuw hulp wordt gezocht. Ook zorgvragers met een negatieve houding tegenover de hulpverlening geven aan het lastiger vinden om opnieuw hulp te zoeken. Omdat zij dit toch steeds opnieuw doen, lijkt de hulpvraag groter te zijn dan de kritiek.

“Als ik klaar ben met het traject zeg maar ... ben ik niet van plan om nog eens een keer in aanraking te komen met een, wat voor soort hulpverlener dan ook. Omdat dat eigenlijk allemaal hartstikke waardeloos is.” – Zorgmijder

Zowel bij een deel van de zorgvragers als zorgmijders komt naar voren dat ze het belangrijk vinden dat er duidelijkheid is over de invulling van de behandeling, afspraken en de werkwijze. Dit zorgt voor meer vertrouwen in de hulpverlening en in de behandeling. Ook identificatie draagt hieraan bij.

Cliënten voelen zich op hun gemak bij hulpverleners van dezelfde leeftijd, maar vooral bij ervaringsdeskundigen. Zowel zorgmijders als zorgvragers geven aan dat dit ervoor zorgt dat ze zich begrepen voelen en hun verhaal niet steeds opnieuw tot in detail hoeven uit te leggen.

Er wordt door beide groepen veel waarde gehecht aan een succesvolle behandeling, waarbij de eigen doelen bereikt zijn. Deze doelen verschillen per cliënt. Zelfs cliënten met lage verwachtingen over de behandeling spreken de hoop uit dat een behandeling effectief zal zijn. Zorgmijders noemen dit als voorwaarde voor behandelmotivatie en zouden niet komen opdagen als het ook niet belangrijk voor hun was. Dit zou kunnen betekenen dat de waarde die wordt gehecht aan de mogelijke uitkomsten een belangrijkere rol speelt in de behandelmotivatie dan de verwachtingen die er heersen over of dit ook daadwerkelijk zal uitkomen.

Ook het huidige contact wordt door zowel zorgvragers als zorgmijders als positief ervaren omdat er een gevoel van ondersteuning en geruststelling is.

Een groot deel van de zorgmijders vindt dat zij zelf in staat moeten zijn om problemen op te kunnen lossen. Ze geven aan het lastig te vinden om hulp te vragen, hun problemen uit te leggen en toe te geven dat het niet zelfstandig lukt. Zorgmijders benoemen dat dit het voor lastiger om hulpverlening te accepteren. Dit speelt mogelijk ook een rol binnen de behandelmotivatie van zorgmijders.

“Ik heb nog steeds moeilijk hulp zoeken, ik wil nog steeds alles zelf doen (...) het zou onderhand eens moeten lukken.” - Zorgmijder

Discussie

5.1 Conclusie

Dit onderzoek heeft zich gericht op de volgende onderzoeksvraag: In hoeverre en op welke wijze zijn de determinanten lijdensdruk, probleemherkenning en uitkomstverwachting van invloed op de behandelmotivatie van zorgwekkende zorgmijders en zorgvragers? Door middel van interviews met deze groepen is er gekeken in welke mate deze determinanten aanwezig zijn en op welke manier dit een rol speelt in de behandelmotivatie.

Uit het onderzoek blijkt dat lijdensdruk, probleemherkenning en uitkomstverwachting waarschijnlijk allen een rol spelen in de mate van behandelmotivatie van zowel zorgmijders als zorgvragers. De lijdensdruk bestaat voor zorgmijders voornamelijk uit praktische problemen, terwijl zorgvragers meer last lijken te hebben van klachten op psychisch gebied. Als de lijdensdruk hoog is, is dit voor beide groepen een reden om hulp te zoeken of te accepteren. Psychische lijdensdruk lijkt hierbij een belangrijkere voorspeller dan praktische lijdensdruk. Dit wil zeggen dat zorgmijders en zorgvragers met een psychische lijdensdruk een hogere behandelmotivatie zouden hebben dan zorgmijders en zorgvragers met een praktische lijdensdruk. Ook zorgt een psychische lijdensdruk mogelijk voor een duurzame motivatie en gedragsverandering. Dit indiceert dat lijdensdruk meespeelt in de behandelmotivatie voor deze cliënten, maar dat het van belang is om onderscheid te maken tussen verschillende vormen van lijdensdruk die ieder de behandelmotivatie op een andere manier lijken te beïnvloeden.

De determinant probleemherkenning lijkt in te spelen op de lijdensdruk. Uit de interviews komt naar voren dat beide groepen aanvankelijk een lage probleemherkenning hebben. Voor zorgvragers lijkt dit geen reden te zijn om niet om hulp te vragen. Zorgmijders met een lage probleemherkenning daarentegen zijn niet gemotiveerd tot behandeling, ook niet als er wel sprake is van lijdensdruk. Een grotere probleemherkenning ontstaat door het ouder worden en interventies vanuit de hulpverlening. Een hoge probleemherkenning lijkt te zorgen voor een meer autonome motivatie, waarbij er sprake is van een persoonlijk doel. Daarnaast zou een groei in de probleemherkenning kunnen zorgen voor een hogere psychische lijdensdruk omdat de ontevredenheid met de huidige situatie groeit. Probleemherkenning kan daarom een belangrijke toevoeging zijn voor de behandelmotivatie.

Ook de uitkomstverwachting lijkt bij te dragen aan de mate van behandelmotivatie van zorgmijders en zorgvragers. Of er een positieve of negatieve uitkomstverwachting is, is mogelijk afhankelijk van eerdere ervaringen met de hulpverlening. Positieve ervaringen kunnen leiden tot een open houding en hoge verwachtingen tegenover de hulpverlening, waardoor er een grotere motivatie is om hulp te zoeken. Negatieve ervaringen kunnen echter leiden tot wantrouwen en lage verwachtingen, wat het voor zorgmijders en zorgvragers lastiger maakt om hulp te zoeken. De waarde die wordt gehecht aan de uitkomsten lijkt uiteindelijk een grotere rol te spelen in de motivatie om hulp te zoeken. Dit indiceert dat lijdensdruk en probleemherkenning voor beide groepen van grotere invloed zijn op de behandelmotivatie dan de uitkomstverwachting.

Waar lijdensdruk en probleemherkenning voorwaarden lijken te zijn voor duurzame motivatie, lijkt uitkomstverwachting slechts een stimulerend of remmend effect te hebben.

Verder is het opvallend dat zorgmijders moeite lijken te hebben met het vragen om hulp en dit het liefst zelf willen oplossen. Dit resultaat kwam niet naar voren in de literatuur, maar lijkt wel een belangrijke reden te zijn voor het mijden van zorg.

5.2 Discussie

Er kunnen enkele opmerkingen geplaatst worden bij dit onderzoek. Zo komt in dit onderzoek naar voren dat zorgmijders met name praktische lijdensdruk ervaren, terwijl zorgvragers een hoge psychische lijdensdruk hebben. Dit komt overeen met de literatuur (Libbrecht & Gijzen, 2008; Papinczak et al., 2017), al is in dit onderzoek teruggevonden dat psychische lijdensdruk in mindere mate ook een rol speelt bij zorgmijders. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in eerder onderzoek alleen zorgmijders werden benaderd die aan het begin van een hulpverleningstraject stonden. Vanwege een beperkt aantal nieuwe cliënten binnen de te onderzoeken groep zijn er binnen dit onderzoek zorgmijders in verschillende fasen van een behandelingstraject meegenomen. Al ingezette interventies kunnen ervoor gezorgd hebben dat de lijdensdruk van deze cliënten hoger lag. Het interviewen van cliënten die in verschillende fasen van een behandelingstraject zitten, geeft echter wel een beeld van de realiteit. Behandelmotivatie stopt niet als een cliënt hulp heeft gezocht of geaccepteerd, maar moet blijven bestaan gedurende de behandeling om deze vol te houden (Drieschner et al., 2004).

Tijdens de dataverzameling heeft er één afwijkende situatie plaatsgevonden. Bij een van de interviews werd de cliënt bijgestaan door de partner. De partner viel binnen de doelgroep en heeft ook enkele vragen beantwoord. Dit zou ertoe kunnen hebben geleid dat de cliënt terughoudender is geweest tijdens het interview of op een andere manier beïnvloed is door de aanwezigheid van de partner. Omdat de partner echter tot dezelfde doelgroep behoorde en zich in dezelfde situatie bevond, heeft dit waarschijnlijk weinig invloed gehad op de resultaten van het onderzoek.

Een aandachtspunt bij de interpretatie van de resultaten is de mogelijke aanwezigheid van selectievertekening. Deze vertekening, waarbij gemotiveerde cliënten eerder geneigd zijn om deel te nemen aan interviews dan minder gemotiveerde cliënten, zou de resultaten kunnen vertekenen. In zo'n geval zijn alleen cliënten met een hogere motivatie meegenomen in het onderzoek en zijn de resultaten ook alleen op deze groep van toepassing. De kans op de selectievertekening wordt klein geacht vanwege de zorgvuldige selectie van respondenten door hulpverleners met ervaring met deze doelgroep.

Een ander punt wat aandacht behoeft, is dat alle respondenten aangaven het huidige contact met hulpverlening als positief te ervaren. Het is mogelijk dat er sprake is van sociaal wenselijke antwoorden, met name omdat de cliënten ervan op de hoogte waren dat het onderzoek in opdracht van Blok Social Society werd uitgevoerd. Om dit zo veel mogelijk te vermijden, is meerdere malen gecommuniceerd dat het interview niet ging over de hulpverlening van Blok Social Society en dat de resultaten anoniem verwerkt zouden worden. Desondanks is de verwachting dat respondenten het huidige contact als positiever hebben omschreven dan wat ze werkelijk vonden.

Naast sociaal wenselijke antwoorden over het huidige contact moet er worden stilgestaan bij mogelijk sociaal wenselijke antwoorden betreffende het onderwerp lijdensdruk. Het is onduidelijk in welke mate de deelnemers inzicht hadden in hun eigen lijdensdruk. Mogelijk is er sprake geweest van een blinde vlek waarbij deelnemers zich niet bewust waren van hun lijdensdruk of dat ze hierdoor geleid werden in keuzes. Dit kan ervoor hebben gezorgd dat de antwoorden van de deelnemers niet overeenkwamen met de dagelijkse realiteit. Dit is geprobeerd zo veel mogelijk te voorkomen door tijdens de interviews zo min mogelijk te vragen naar lijden en lijdensdruk, maar deze onderwerpen op een andere manier te verwoorden. Desondanks heeft dit waarschijnlijk een rol gespeeld in de dataverzameling.

Binnen dit onderzoek zijn er per onderzoeksgroep zes interviews afgenomen. Dit zorgt ervoor dat de verschillen binnen de groepen lastiger te begrijpen zijn. Een enkel afwijkend antwoord kan duiden op een subgroep, maar ook op een uitzondering. Vervolgonderzoek zou zich daarom kunnen richten op kwantitatief onderzoek, waarbij wordt getoetst of de resultaten van dit onderzoek ook van toepassing is op grotere populaties, of dat dit alleen van toepassing is op de cliëntencase van Blok Social Society. Daarnaast geeft dit onderzoek ook een aanleiding voor meer onderzoek naar zorgwekkende zorgvragers. Er is tot nu toe vooral aandacht geweest voor zorgwekkende zorgmijders, terwijl er ook een groep mensen bestaat die steeds opnieuw gebruik blijft maken van de zorg en lastig te behandelen is (De Vries, 2001).

Het huidige onderzoek is een aanvulling op eerdere onderzoeken die zijn gedaan naar behandelmotivatie en wat hiervan op invloed is. Er is veel onderzoek gedaan naar de invloed van lijdensdruk, probleemherkenning en uitkomstverwachting op behandelmotivatie. Onderzoek naar of dit ook van toepassing is op zorgwekkende zorgvragers en zorgmijders is hierbij enigszins achterwege gebleven. Er is niet alleen duidelijk geworden in hoeverre deze factoren een rol spelen in de behandelmotivatie van de doelgroep, ook is er meer duidelijkheid verkregen waarom en hoe dit een rol speelt. Met deze informatie kunnen er gerichtere interventies worden ingezet om duurzame behandelmotivatie te bereiken. Uit het veldonderzoek komt naar voren dat zowel lijdensdruk, probleemherkenning als uitkomstverwachting een rol spelen in de behandelmotivatie van zorgmijders en zorgvragers. Omdat lijdensdruk en probleemherkenning hier belangrijker in lijken te zijn, is het waarschijnlijk dat hier meer op ingezet zal moeten worden. Met name het verhogen van de psychische lijdensdruk zal leiden tot een duurzame behandelmotivatie. Dit lijkt met name voor zorgmijders nodig te zijn, omdat er bij deze groep minder sprake is van psychische lijdensdruk. Door inzicht te geven te geven in de problematiek of stoornissen, kan het probleem herkend worden en de psychische lijdensdruk stijgen. Dit kan ook bij zorgvragers worden toegepast, om niet alleen motivatie tot behandeling te bereiken maar ook motivatie tot gedragsverandering. Omdat uit het onderzoek naar voren komt dat negatieve ervaringen binnen de hulpverlening leiden tot een kritische houding, zal er in deze gevallen gewerkt moeten worden aan vertrouwen. Het kan effectief zijn om hiervoor ervaringsdeskundigen in te zetten en duidelijke informatie te geven over hoe een traject eruit zal gaan zien. Daarnaast geeft dit onderzoek aanleiding om ook het gevoel van zorgmijders dat zij alles zelf willen oplossen mee te nemen.

Literatuurlijst

- Adamson, S.J., Sellman, J.D. & Frampton, C.M.A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 75-86.
- Ahmed, M., Westra, H.A. & Constantino, M.J. (2012). Early therapy interpersonal process differentiating clients high and low in outcome expectations, *Psychotherapy Research*, 22, 731-745. doi: 10.1080/10503307.2012.724538
- Ajzen, I. (2011). Theory of Planned Behavior. In P.A.M. van Lange, A.W. Kruglanski & E.T. Higgins (red.), *Handbook of Theories of Social Psychology: Volume One* (pp. 438-459). Opgehaald van <https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=1stMyLamcC&oi=fnd&pg=PA438&dq=expectancy+value+model&ots=9VT8uJlzmU&sig=vxlwDgfgn1hYZdK1lArxUSQc#v=onepage&q=expectancy%20value%20model&f=false>
- Appelo, M. (2009). Cliënten zijn veranderingsbereid. *Directieve therapie*, 29, 69-73. doi: 10.1007/BF03087848
- Appelo, M. (2014). Werken met de formules voor duurzame gedragsverandering. *Psychopraktijk*, 6, 22-24. doi: 10.1007/s13170-014-0087-2
- Bellack, A.S. (2007). Issues in Understanding and Treating Comorbidity in People With Serious Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 70-76. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00064.x
- Blok Social Society. (2017). Blok doet. Geraadpleegd op <http://bloksocialsociety.nl/blok-doet.html>
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag, Nederland: Boom uitgevers.
- Constantino, M.J., Arnkoff, D.B., Glass, C.R., Ametrano, R.M. & Smith, J.Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 184-192. doi: 10.1002/jclp.20754
- Constantino, M.J., Penek, S., Bernecker, S.L. & Overtree, C.E. (2014). A Preliminary Examination of Participant Characteristics in Relation to Patients' Treatment Beliefs in Psychotherapy in a Training Clinic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 238-250. doi: 10.1037/a0031424
- Cooper, D.B. (2011). *Intervention in Mental Health-Substance Use*. Londen, Verenigd Koninkrijk: Radcliffe Publishing.
- Crisp, D. A. & Griffiths, K. M. (2014). Participating in Online Mental Health Interventions: Who is Most Likely to Sign Up and Why? *Depression Research and Treatment*, 2014. doi: 10.1155/2014/790457
- De Vries, D. (2001). Chronisch-psychiatrische patiënten in de huisartspraktijk. Zorgwekkende zorgmijders en verontrustende veelvragers. *Huisarts en Wetenschap*, 44, 108-113. doi: 10.1007/BF03082359
- DiClemente, C.C., Doyle, S.R. & Donovan, D. (2009). Predicting Treatment Seekers Readiness to Change their Drinking Behavior in the COMBINE Study. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 33, 879-892. doi: 10.1111/j.1530-0277.2009.00905.x
- DiClemente, C.C., Nidecker, M. & Bellack, A.S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 25-35.

- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. M. & Van der Staak, C. P. F. (2004). Treatment Motivation: An Attempt for Clarification of Ambiguous Concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.
- Glass, J.E., Grant, J.D., Yoon, H.Y. & Bucholz, K.K. (2015). Alcohol problem recognition and help seeking in adolescents and young adults at varying genetic and environmental risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 153, 250-257.
- Hawkins, E.J., Baer, J.S., & Kivlahan, D.R. (2008). Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 207-216. doi: 10.1016/j.jsat.2007.10.001
- Hiller, M.L., Narevic, E., Webster, J.M., Rosen, P.J., Staton, M., Leukefeld, C., Garrity, T.F. & Kayo, R. (2009). Problem Severity and Motivation for Treatment in Incarcerated Substance Abusers. *Substance Use & Misuse*, 44, 28-41. doi: 10.1080/10826080802523301
- Kahn, D.L. & Steeves, R.H. (1986). The experience of suffering: conceptual clarification and theoretical definition. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 623-631.
- Keyes, C.L.M. (2007) Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Koekkoek, B. (2011). *Ambivalent connections. Improving community mental health care for non-psychotic chronic patients perceived as 'difficult'*. (Doctoral dissertation, Radboud Universiteit Nijmegen, Nederland). Opgehaald van http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/83239/proefschrift%20Ambivalent%20Connections_bijgesneden.pdf?sequence=1
- Libbrecht, I. & Gijzen, M. (2008). Hulp aan zorgwekkende zorgmijders: Assertive Community Treatment. In A. van Dam & N. Mulder (red.), *Motivatatie en mogelijkheden van moeilijke Mensen* (pp. 27-38). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- McMurran, M., Huband, N. & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30, 277-287.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering: mensen helpen veranderen*. Gorinchem, Nederland: Ekklesia.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. (2003). *Social Causes of Psychological Distress*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Mulder, C.L., Jochems, E. & Kortrijk, H.E. (2014). The motivation paradox: higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 541-548. doi: 10.1007/s00127-013-0779-7
- Papinczak, Z.E., Connor, J.P., Feeney, G.F.X., Young, R.M. & Gullo, M.J. (2017). Treatment seeking in cannabis dependence: The role of social cognition. *Drug and Alcohol Dependence*, 170, 142-146.
- Rossi, A., Amadeo, F., Sandri, M., Marsilio, A., Bianco, M. & Tansella, M. (2008). What happens to patients seen only once by psychiatric services? Findings from a follow-up study. *Psychiatry Research*, 157, 53-65.

- Roeg, G., Van de Goor, I., & Garretsen, H. (2009). Onderdelen van bemoeizorg voor mensen met (comorbide) verslaving en aanbevelingen voor richtlijnontwikkeling voor de Nederlandse praktijk. *TSG*, 87, 92-99. doi: 10.1007/BF03082192
- Rots-De Vries, C., Van de Goor, I., Stronks, K., & Garretsen, H. (2011). Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families: intervention methods and early outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 211-219. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00811.x
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2008). A Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy: The Motivational Basis for Effective Change. *Canadian Psychology*, 49, 186-193. doi: 10.1037/a0012753
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2015). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam, Nederland: Pearson.
- Schout, G., De Jong, G. & Zeelen, J. (2011). Beyond Care Avoidance and Care Paralysis: Theorizing Public Mental Health Care. *Sociology*, 45, 665-681. doi: 10.1177/0038038511406591
- Schulte, D. (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 18, 481-494.
- Suldo, S.M. & Shaffer, E.J. (2008). Looking Beyond Psychopathology: The Dual-Factor Model of Mental Health in Youth. *School Psychology Review*, 37, 52-68.
- Vanhoeck, K. (2001). Motivatie voor een psychotherapeutische behandeling binnen een verplicht kader. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 31, 86-95.
- Vansteenkiste, M. & Neyrinck, B. (2010). Optimaal motiveren van gedragsverandering: psychologische behoeftebevrediging als de motor van therapiesucces. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 171-189.
- Van Kerckhove, C., Van Kock, C. & Vens, E. (2013). *Ethiek en zorg in de hulpverlening: over taboes gesproken*. Gent, België: Academia Press.
- Van Wamel, A. (2012). Dubbele diagnose. *Bijblijven*, 28, 44-50. doi: 10.1007/s12414-012-0074-7
- Van Zoonen, K., Kleiboer, A., Beekman, A.T.F., Smit, J.H., Boerema, A.M. & Cuijpers, P. (2015). Reasons and determinants of help-seeking in people with a subclinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 173, 105-112.
- Verstuyf, J. & Vansteenkiste, M. (2008). Willen versus moeten: De invloed van motivatie op het therapeutisch proces. *Agora*, 24, 7-22.
- Wenzel, A., Jeglic, E.L., Levy-Mack, H.J., Beck, A.T. & Brown, G.K. (2008). Treatment Attitude and Therapy Outcome in Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 250-257. doi: 10.1891/0889-8391.22.3.250
- Wilkinson, I. (2005). *Suffering: A Sociological Introduction*. Cambridge, Verenigd Koninkrijk: Press Polity.

- Williams, D.M. (2010). Outcome Expectancy and Self-Efficacy: Theoretical Implications of an Unresolved Contradiction. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 417-425. doi: 10.1177/1088868310368802
- Witteman, C.L.M., Spaanjaars, N.L. & Aartsof, A.A. (2012). Clinical intuition in mental health care: A discussion and focus groups. *Counselling Psychology Quarterly*, 25, 19-29. doi: 10.1080/09515070.2012.655419

Bijlagen

Bijlage 1. Topiclijst

Inleiding

Welkom bij dit interview en bedankt voor uw deelname. Voordat we beginnen, wil ik aangeven dat dit gesprek wordt opgenomen op een audiorecorder. Hier zal echter vertrouwelijk mee om worden gegaan en de resultaten zullen anoniem worden verwerkt. Gaat u hiermee akkoord?

Ik zal mezelf even voorstellen. Ik ben een vierdejaars student van de opleiding Toegepaste Psychologie. Ik ben bezig met een afstudeeronderzoek dat zich richt op de ervaringen van cliënten van Blok Social Society met betrekking tot motivatie. Dit interview zal ongeveer 1 uur duren. Als u vragen heeft of ergens liever geen antwoord op wilt geven, dan kunt u dat aangeven. Wanneer in het interview het woord behandeling wordt genoemd, wordt daarmee de hulp van Blok Social Society bedoeld.

Topic	Deeltopic	Voorbeeldvragen
Situatie		Zou je me iets kunnen vertellen over jezelf en je huidige situatie?
Motivatie	Motivatie	Zou je de huidige situatie willen veranderen?
	Extrinsieke/intrinsieke motivatie	Waarom zou je dit wel/niet willen?
	Behandelmotivatie	Wat zijn voor jou redenen om in behandeling te gaan?
Lijdensdruk	Tevredenheid huidige leven	Wat vind je van je leven zoals het er nu uit ziet? Hoe zou je ideale situatie er nu uitzien?
	Vorm van lijdensdruk	Waar in ervaar je last? Waar merk je dat aan? Zijn er praktische zaken waar je last van hebt? Welke? Zijn er psychische problemen waar je last van hebt? Welke? Wat zijn de nadelen van de huidige situatie? Hoeveel last heb je hiervan? Vind je dat er nu iets moet gebeuren of gaat het nog goed?

	Invloed op behandelmotivatie	In welke mate had je last van de situatie voordat je hulp kreeg? Wat is hierin veranderd? Hoe komt dat? Heeft de ervaren problematiek ertoe geleid dat je hulp ging zoeken of accepteerde?
	Interventies	Wat zou jij nodig hebben (gehad) om de lijdensdruk te verminderen of verhogen?
Probleemherkenning	Verantwoordelijkheid en bewustzijn	Vind je dat jouw gedrag tot problemen leidt? Vind je dat je hiervoor hulp nodig hebt of kun je het zelf oplossen?
	Problemen op werk/school	In welke mate leidt je gedrag tot problemen op het werk? Hoeveel last heb je hiervan?
	Problemen op sociaal gebied	In welke mate leidt je gedrag tot problemen met vrienden/familie/kennissen? Hoeveel last heb je hiervan?
	Problemen op mentaal gebied	In welke mate leidt je gedrag tot problemen op psychisch gebied? Hoeveel last heb je hiervan?
	Invloed op behandelmotivatie	In welke mate vond jij jezelf verantwoordelijk voor je gedrag toen je hulp kreeg? Wat is hierin veranderd? Hoe komt dat? Heeft dit inzicht ertoe geleid dat je hulp ging zoeken of accepteerde?
	Interventies	Wat zou jij nodig hebben (gehad) om jezelf verantwoordelijk te stellen voor je eigen gedrag?

Uitkomstverwachting	Verwachtingen	Wat denk je dat deze behandeling je gaat opleveren? In welke mate denk je dat het succesvol zal zijn?
	Waarde	Hoe belangrijk vind je het dat deze resultaten bereikt worden?
	Eerdere ervaringen	Ben je eerder in contact geweest met hulpverlening? Hoe heb je dit ervaren? Wat is je houding tegenover hulpverlening in het algemeen?
	Huidig contact	Wat vind je van het huidige contact met de hulpverlening?
	Invloed op behandelmotivatie	In welke mate speelden deze verwachtingen een rol in je besluit om hulp te zoeken of accepteren? Wat is hierin veranderd? Hoe komt dat?
	Interventies	Wat zou jij nodig hebben (gehad) om positievere verwachtingen te krijgen over hulpverlening?
Overig		Wat heeft er verder voor jou een rol gespeeld in de beslissing te werken aan verbetering van je situatie?

Aantekeningen

Bijlage 2. Voorbeeld transcript met codering

Deze bijlage bevat een deel van een transcript waarbij de stappen van het coderen zijn uitgevoerd. De codes die aan de fragmenten gekoppeld zijn, zijn dus de overgebleven codes nadat de stappen van open, axiaal en selectief coderen zijn doorlopen.

I:	Oké. Zou je eerst iets over jezelf kunnen vertellen? En de situatie waarin je je nu bevindt.	
R:	Alleen de situatie waar ik me nu in bevind of hoe?	
I:	Ook voordat je bij Blok kwam	
R:	Voordat ik bij Blok kwam, had ik een verslaving. Oorspronkelijk aan cocaïne en wiet, alleen de cocaïne was ik al een half jaar clean van voordat ik hier in gesprek kwam met Blok. En de wiet daar kwam ik zelf niet vanaf. Dus toen ben ik, heb ik eerst hier heel veel gesprekken gehad en dat bleek allemaal niet te werken. Toen ben ik naar Vincere gegaan. In principe de behandeling daar was wel goed alleen ik ben daarna weer teruggevallen omdat ze puur alleen het verslavingsstukje aanpakten en niet de onderliggende gedachten. Dus daarna ben ik naar U-Center gegaan en daar pakten ze juist wel het onderliggende aan dus. Nu ben ik inmiddels al half jaar clean en al die tijd hebben we, al anderhalf jaar begeleiding van Blok en die hebben al die tijd mij wel goed bijgestaan zal ik maar zeggen. Het gaat nu in ieder geval al een stuk beter met mij dan hoe ik toen was.	Verslavingsproblematiek Positieve ervaringen
I:	Oké. Zou je iets aan de huidige situatie willen veranderen?	
R:	Ja, ik zou het liefst werk hebben. Dat is het enigste puntje wat op dit moment nog niet zo lekker loopt. Daar krijg ik ook wel hulp bij. Tot nu toe, of dat ik gewoon pech heb of, ik weet het niet. Om de een of andere reden krijg ik het niet voor elkaar om werk te vinden.	Werk
I:	Oké. En je zegt werk is het enige wat ik op dit moment eigenlijk mis of wat ik zou willen veranderen?	
R:	Ja ik heb net een gesprek gehad en ja lijkt erop dat ik misschien ook klachten van een depressie heb en daar heb ik zelf ook wel vaker over na gedacht. Alleen ik dacht bij mezelf als ik nou gewoon werk kan vinden en ik weet weer dat al mijn rekeningen betaald kunnen worden dan kan ik blijven wonen waar ik woon en dan komt dat wel goed. Alleen hun zeggen als je inderdaad last hebt van een lichte depressie dan kun je wel werk vinden, maar om dat werk ook echt te behouden dat wordt dan een hele taak. Dus we gaan nu eerst, komende vrijdag heb ik een gesprek bij de dokter om te kijken wat er precies het beste is om te doen.	Depressie Werk

I:	En, je gaf het al een beetje aan maar zou je kunnen uitleggen waarom je graag werk zou willen? Op dit moment.	
R:	Ja vooral vanwege wat ik net zei en ik moet gewoon een inkomen hebben om überhaupt mijn rekeningen te kunnen betalen, te kunnen blijven wonen waar ik nu woon. Anders zou ik weer terug moeten gaan naar mijn vader en daar heb ik geen zin in. En ook sowieso om een bezigheid te hebben want op dit moment zit ik in principe de hele dag op mijn kamer niks te doen, te vervelen. Ik kan wel tot 11 uur 12, 1 uur in bed blijven liggen en dan de hele dag gaan zitten gamen, maar dan kun je net zo goed van 7 tot 5 gaan werken en ja. Tenminste iets nuttigs doen.	Geldproblemen Woning Doelloos
I:	Want wat doe je nu zoal overdag?	
R:	Buiten werk zoeken doe ik verder veel gamen omdat ik, of tv kijken en verder heb ik vrij weinig te doen helaas.	
I:	En als we even teruggaan naar toen jij met Blok in contact kwam, wat waren toen voor jou redenen om dat contact daadwerkelijk te onderhouden? Om op te dagen bij afspraken en dat soort dingen.	
R:	Vooraf omdat hun mij gingen helpen om van mijn verslaving af te komen. Het heeft bij mij eerst wel een tijdje geduurd voordat ik toegaf dat ik verslaafd was. Ik wist dat bij mezelf wel, ik wilde het alleen niet toegeven. En ik denk dat ik toen ook al met diezelfde klachten, waar ik nu nog steeds met kamp, soort van depressie klachten, dat ik daar toen ook al last van had. Want ik wilde wel stoppen maar ik had geen zin om dan er ook echt iets aan te gaan doen zeg maar. Ik kon geen werk vasthouden want ik zat liever thuis met een jointje spelletjes te spelen zeg maar.	Gedrag niet problematisch Depressie
I:	En wat bedoel je precies met ik wilde wel veranderen maar toch ook weer niet?	
R:	Dat klinkt heel raar, maar ik wilde wel iets aan mijn leven veranderen. 40 uur in de week gaan werken, niet meer verslaafd zijn gewoon echt een leven opbouwen zal ik maar zeggen. Maar om de een of andere reden kon ik mijzelf daar niet toe zetten om daar ook echt iets aan te doen en ik heb eigenlijk de afgelopen paar jaar nooit geweten van hoe komt dat nou, dat ik mezelf daar niet toe kan zetten. Ik heb wel een paar keer gedacht aan een lichte depressie maar ik heb daar ook nooit werk van gemaakt om daarachter te komen. Toen ik net dat gesprek had, nu gaan we daar vrijdag hopelijk achter komen en hoef ik daar. Zou wel een hele hoop verklaren, alleen ik hoop natuurlijk niet dat ik die klachten	Toekomstperspectief

	heb. Aan de andere kant, zou het wel een heleboel verklaren natuurlijk. Dan kan ik er tenminste ook iets aan doen. Stel dat ik geen depressie klachten heb, dan zit ik nog steeds met de vraag hoe komt het nou.	
I:	Want hoe is dat nu? Onderneem je je nu wel wat meer actie om dingen te bereiken of om dingen te veranderen?	
R:	Iets meer, maar het is niet echt heel aanzienlijk omhoog geschoten zeg maar. Ik wacht nog steeds altijd tot het laatste moment of tot het echt moet omdat het anders, omdat het niet meer anders kan. Ik zou wel graag anders zien natuurlijk.	Druk
I:	Wat vind je daarvan? Dat je zo afwacht?	
R:	Ja, ik voel me daar niet prettig bij. En toch blijf ik het doen. Een vreemde situatie.	
I:	Heb je zelf, je zei eigenlijk al dat je geen idee hebt waar dat vandaan komt. Heb je daar wel over nagedacht? Waar het vandaan zou kunnen komen?	
R:	Ja, zoals ik net zei ik heb wel vaker gedacht aan dat het misschien iets van depressie was ofzo. Maar voor de rest heb ik daar ook niet verder over nagedacht waar het anders vandaan zou komen. Ik zou ook echt niet weten waar het anders vandaan zou moeten komen.	Depressie
I:	Oké, als je je leven zoals het er nu uit ziet een cijfer zou mogen geven. Wat zou dat dan zijn?	
R:	Ik denk toch een mager vijfje. In ieder geval geen voldoende.	
I:	En waarom een 5?	
R:	Omdat ik me toch nog steeds zo voel en ook voordat ik met Blok in contact kwam zou ik mijn leven ook gewoon een 2 hebben gegeven. Dus ik ben wel vooruitgegaan maar ik zit nog steeds met het probleem dat ik op dit moment geen zekerheid heb over mijn toekomst. Zodra ik daar weer wat zekerheid over heb, dat ik een fatsoenlijke toekomst heb dan zal het echt wel een voldoende gaan worden.	Onzekerheid
I:	Je zei eerst dat ik me zo voel. Hoe voel je je dan precies?	
R:	Vooraf lusteloos eigenlijk. Vaak ook dat ik nergens zin in heb, zelfs niet om leuke dingen te doen. Als je zegt van ik heb geen zin om de minder leuke dingen te doen, dat hebben best veel mensen denk ik. Maar ik heb de laatste tijd, ofja de laatste tijd eigenlijk al een hele tijd gewoon geen zin meer om de leuke dingen te doen.	Depressie
I:	En je ideale situatie? Hoe zou die eruit zien?	

R:	Het liefste gewoon een vast contract ergens. Daar zal ik wel eerst een paar jaar voor moeten werken maar een vast contract ergens, gewoon geld binnen krijgen dat ik uit de schulden ben dalijk over een paar jaar. Leuk meisje ergens vinden en dan uiteindelijk samenwonen, gezin stichten. Gewoon, leven wat iedereen wel wil hebben.	Toekomstperspectief
I:	Waarom is dat voor jou het ideale leven?	
R:	Ik weet niet, ik wil toch gewoon gelukkig zijn. Ik weet dat dat me dan wel gelukkig zal maken.	Toekomstperspectief
I:	Hoe weet je dat dat je gelukkig zal maken?	
R:	Ik weet uit het verleden dat dat. Ook in die paar jaar dat ik mij zo depressief gevoeld heb, als ik dan een vriendin had voelde ik me wel een stuk beter dan wat ik me normaal zou voelen. En als ik dan, stel dat ik nu van die klachten af kan komen wat ik nu dan heb, en ik heb dan ook nog een leuk meisje erbij en ik kan een gezin stichten en ik heb werk enzo, en ik weet dat mijn toekomst goed gaat komen en dat het er goed uit gaat zien, dan word ik wel gelukkig ja. Ik hoef niet per se heel veel geld te verdienen, als ik maar mezelf en mijn gezin kan onderhouden zeg maar.	Toekomstperspectief
I:	Hoe is het voor jou om dat nu te moeten missen?	
R:	Het geeft wel een leeg gevoel vanbinnen moet ik zeggen. Geen fijn gevoel.	Depressie
I:	Dat kan ik me voorstellen.	
R:	Aan de ene kant heb ik zoiets van als ik nu de juiste tegen zou komen dan zou ik daar echt wel werk van gaan maken, aan de andere kant heb ik zoiets van ik voel me zelf op dit moment niet gelukkig dus hoe moet ik dan iemand anders gelukkig maken. Dat is ook weer een beetje soort van tweestrijd.	
I:	Je zegt al ik merk dat aan mijn gevoel, dat dit niet is wat ik wil. Zijn er nog andere dingen waar je dat aan merkt? Bijvoorbeeld, je gaf aan dat je graag werk zou willen om je schulden te kunnen afbetalen. Zijn dat ook dingen waar je dat aan merkt?	
R:	Hoe bedoel je precies?	
I:	Waaraan je merkt dat dit niet is wat je wilt.	
R:	Ja op dit moment heb ik dus geen inkomen. De aanvraag van de uitkering loopt wel, maar op dit moment woon ik dus op mijzelf en stel dat die uitkering nog 2 maanden duurt en ik vind ook geen werk dan weet ik niet zeker of ik daar wel kan blijven wonen of dat ik weer terug naar mijn vader zal moeten gaan. De tijd dat ik geen inkomen heb worden mijn schulden ook alleen maar hoger weer.	Geldproblemen Onzekerheid

I:	Dus je mist eigenlijk een beetje zekerheid.	
R:	Ja precies	
I:	Zijn er nog meer praktische zaken waar je last van hebt? Behalve dan de financiële kant?	
R:	Niet echt. Ik weet niet of dat ook praktische zaken is, maar ik heb ook veel moeite met in de avond te koken. Ik kan niet zo goed koken, vind dat niet leuk om te doen maarja goed ik zal wel moeten. Om me daar echt toe aan te zetten, om te koken. Af en toe dan, dan kook ik wel gewoon de hele week en af en toe eet ik de hele week niks omdat ik gewoon geen zin heb om te koken.	Zelfredzaamheid
I:	En heb je daar last van?	
R:	Ik merk wel dat als ik niet kook ik de rest van de avond honger heb. Maar dat ben ik zelf schuld.	Eigen verantwoordelijkheid
I:	Dat klopt. Je beschreef ook al best wat gevoelsproblemen om het even zo te noemen. Zijn er nog meer dingen. Heb je nog last bijvoorbeeld van zucht naar verslavende middelen?	
R:	De laatste tijd eigenlijk bijna niet meer. Heel af en toe heb ik dan wel nog die zucht maar dat gaat ook vanzelf wel weer over. In het begin had ik dan wel heel veel last van maar vooral met mijn verslavingen, met wiet. Stel dat je verslaafd bent aan heroïne, ik noem maar wat. Dat zie je niet overal gebeuren, dan moet je echt op speciale plekken komen wil je dat zien gebeuren. Maar met wiet dat is, vooral nu ik in de stad woon, ik hoef mijn deur maar uit te lopen en dan ruik ik dat al. Ik hoef maar naar de straat te kijken en ik zie mensen een jointje roken. In het begin deed me dat nog weleens wat maar nu doet me dat echt totaal niks meer. Laatst was ik ook op een feestje van een vriend van mij en daar zaten ze ook met een paar man te blowen en dan ben ik daarbij gaan zitten en dat deed me echt helemaal niks.	Verantwoordelijkheid anderen
I:	Oké, wauw. Heb je een idee waar dat door komt? Dat dat is veranderd?	
R:	Ja ik denk dat ik er gewoon helemaal klaar mee ben. De eerste keer dat ik naar de kliniek ging was ik er ook nog niet helemaal klaar mee. En nu ben ik er ook gewoon echt helemaal klaar mee. Ik wil niet meer gaan gebruiken, ik wil mijn leven gaan beteren.	Intrinsieke motivatie
I:	Waar merkte je dat aan? Of als je nu terugkijkt, waar merkte je dan aan dat je er toen nog niet helemaal klaar mee was om echt te stoppen?	
R:	Ik denk toch de eerste keer werd ik, nouja niet echt gedwongen maar wel een klein beetje zeg maar anders zou alle hulp stop	Invloed lijdensdruk op behandelmotivatie

	worden gezet. Mijn uitkering zou stop worden gezet, allemaal dat soort dingen en dat kon ik op dat moment echt niet gebruiken. En toen in de kliniek, volgens mij heeft het nadat ik eruit kwam echt 3 weken geduurd voordat ik was teruggevallen. En de tweede keer dat ik ging was het echt een beslissing van mezelf. Toen wist ik inmiddels hoe het was om clean te zijn, ook al was het maar voor 2 maanden dat ik in de kliniek zat. En toen ik was teruggevallen toen dacht ik eigenlijk meteen iedere keer als ik een joint opstak, dacht ik bij mezelf: ja waarom eigenlijk? Wat brengt het je? Je wordt er niet beter van je wordt er niet vrolijker van. Het kost alleen maar geld, dus toen dacht ik bij mezelf waar ben ik eigenlijk mee bezig.	Druk Intrinsieke motivatie
I:	En hoe is die omslag dan precies gekomen?	
R:	Ja toch dat ik bij mezelf merkte ik was ook verhuisd inmiddels. Ik merkte bij mezelf dat ik gewoon weer iedere avond een uur lang naar de shop ging fietsen, alleen maar om voor 5 euro wiet te gaan halen. Toen dacht ik bij mezelf: ja waarom eigenlijk? Gaat eigenlijk nergens over. Ik kan die tijd beter voor andere dingen gebruiken. Ik merkte ook bij mezelf dat als ik dan een joint ging roken, ik had sowieso al weinig zin om dingen te gaan doen maar als ik dan ging blowen dan had ik al helemaal geen zin meer om iets te gaan doen. Ik dacht van: ja als ik zo door blijf gaan dan zit ik over een jaar ergens onder een brug te kijken bij wijze van spreken. Ik had zoiets van ik moet er nu gewoon echt mee stoppen. Toen heb ik eerst geprobeerd om zelf hulp te zoeken, maar dat lukte niet.	Invloed probleemherkenning op behandelmotivatie Zelfinzicht
I:	En heb je toen zelf besloten om opnieuw naar een kliniek te gaan?	
R:	Het kwam er eigenlijk op neer, ik was erover aan het denken om hier aan Blok dan te gaan vertellen dat ik was teruggevallen maar voordat ik daar de kans voor kreeg, kwamen hun al naar mij toe dat ze het idee hadden dat ik was teruggevallen. Toen heb ik het ook maar meteen toegegeven, ik denk ik kan het hier wel gaan ontkennen maar ze zitten hier met 2 man tegenover me en ze hebben allebei dat idee en ik kan net zo goed bekennen. Toen hebben we samen gewoon bedacht eigenlijk dat ik het beste terug kan gaan naar de kliniek. Want ik wist van mezelf dat een open behandeling, dat je van 7 tot 5 behandeld wordt en daarna terug gaat naar huis, dat zou bij mij geen zin hebben want dan is de drang te groot om avonds evengoed gewoon te gebruiken. Ik moest echt gewoon in een gesloten kliniek gaan zitten zeg maar, om ervan af te komen.	Zelfinzicht

I:	Oké, naja de nadelen van je huidige situatie die heb je eigenlijk ook al aangegeven. Hoeveel, als je daar een cijfer van 1 tot 10 aan zou moeten geven hoeveel last heb je er dan van?	
R:	Ja, ik denk best wel veel. Een 8 of een 9, dat het me echt wel in de weg staat van om echt iets te gaan ondernemen, om echt iets te gaan doen.	Depressie
I:	En wat, wat bedoel je dan precies?	
R:	Ja, vooral die klachten wat ik zei. Die soort van depressieve klachten die staan me gewoon in de weg om dingen te ondernemen.	Depressie
I:	Oké. Vind je dat daar nu aan iets moet gebeuren of kan het ook nog wel even?	
R:	Het liefste zo snel mogelijk.	Hoge waarde
I:	Oké. Voordat Blok bij jou, met jou in contact kwam in welke mate had je toen last van de situatie zoals hij toen was?	
R:	Ik denk ongeveer hetzelfde cijfer als nu. Toen voerde ik helemaal niks uit. Toen had ik af en toe via het uitzendbureau een baan, paar weken werk en daarna was het weer niks. Steeds onder het werk was ik alleen maar bezig met oh ben ik nog niet klaar. Ik wil naar huis, ik wil wiet roken.	Doelloos
I:	Had je daar toen last van dat je steeds geen werk had zeg maar of vind je het wel prima?	
R:	Op dat moment vond ik dat wel prima. Als ik daarop terug kijk is dat natuurlijk niet prima, maar op dat moment vond ik het prima. Ik dacht als ik niet werk kan ik tenminste thuis zitten, lekker mijn eigen ding doen. Maarja, zo had ik wel behoorlijk wat schulden opgebouwd op die manier.	Gedrag niet problematisch
I:	En zou je kunnen uitleggen wat daarin dan toch is veranderd? Zijn er bepaalde dingen gebeurd waardoor je dat nu niet meer wilt?	
R:	Ja ik zie wel wat het mijn familie ook aandoet. Als ik zo leef, zeg maar. Dat doet ze gewoon heel veel verdriet en pijn. Ik kan dat niet meer over mijn hart verkrijgen om dat te doen.	Omgeving Last zijn
I:	Maar je zegt dus vooral dat je bij familie zag dat	
R:	Ja, voor mezelf persoonlijk maakt het me allemaal niet zoveel uit maar als ik dan zie wat ik mijn familie ermee aandoe, dan. Vooral ook wat ik zie bij vrienden. Veel vrienden zijn inmiddels ook gestopt maar er zijn er ook een aantal die proberen te stoppen maar die doen het ook nog steeds en als ik dan zie wat het met hun doet. Dat ik dan bij mezelf denk: zo zat ik er ook ooit bij. Dan denk ik gewoon bij mezelf dat wil ik niet meer terug naar toen, dat is	Omgeving Problematisch gedrag

	gewoon geen leven. Hele dag thuis zitten, niks doen alleen maar blowen, gamen. Als je dan een keer werk vindt, of het is maar voor een paar weken of je het verkloot het zelf na een paar weken omdat je niet meer komt opdagen of je te vaak ziekmeldt.	
I:	Ja, oké. En heeft het, dat je last van de situatie kreeg heeft dat er uiteindelijk ook toe geleid dat je hulp bent gaan zoeken of gaan accepteren?	
R:	Ja meer het accepteren ja. Ik ben er zelf nooit naar gaan zoeken. Dat ik op een gegeven moment gesprek had bij de gemeente Reuver, waar ik toen nog woonde en die vrouw van het sociaal werkteam, wijkteam. Wijkteam. Die heeft me toen in contact gebracht met Blok. Als ik dat zelf had moeten doen, dan was het er nu waarschijnlijk nog niet van gekomen.	Invloed lijdensdruk op behandelmotivatie Zorgmijder
I:	Maar dat je toen, toen kreeg je last van de situatie, heeft dat er wel voor gezorgd dat je makkelijker vond om ook echt te samenwerken met Blok?	
R:	Ik ben wel altijd heel open en eerlijk geweest enzo. Over hoeveelheid van mijn gebruik en de achterliggende gedachtes en redenen van gebruik. Ben ik wel altijd heel open en eerlijk over geweest. Daarom heb ik ook altijd wel goed met hun kunnen samenwerken.	Houding tegenover hulpverlening
I:	Oké, zou je kunnen aangeven wat jij nodig gehad zou hebben om meer of minder last van de situatie te krijgen? Wat jou heeft geholpen?	
R:	Blok heeft me heel veel geholpen natuurlijk met alles. Met financiën, geven van woning en aanmelding bij kliniek. Dat soort dingen, gewoon gesprek komen hoe ik me voelde. Dus was altijd wel fijn. Daar hebben ze me wel goed bij geholpen.	Praktische steun
I:	Zijn er ook dingen geweest waardoor je meer last kreeg van je situatie?	
R:	Moeilijk. Niet dat ik zo kan bedenken.	
I:	Oké, vind je dat jouw eigen gedrag op dit moment tot problemen leidt?	
R:	Ja vind ik wel. Ja gewoon echt die laksheid van me. Niks uitvoeren, of het nou met willen of kunnen of wat dan ook. Gewoon dat niks doen. Als ik iets doe dan duurt het lang omdat ik het uitstel en ja. Dat vergroot mijn problemen wel.	Eigen verantwoordelijkheid

Bijlage 3. Analyseplan

Stap 1. Open coderen

De getranscribeerde interviews zijn nauwkeurig doorgelezen en ingedeeld in fragmenten. Ieder fragment is beoordeeld op relevantie van het onderzoek. Er werd hierbij rekening gehouden of een fragment iets vertelde over de ervaren motivatie, lijdensdruk, probleemherkenning of uitkomstverwachting. Beschrijvende fragmenten die geen toegevoegde waarde leken te hebben, zijn niet meegenomen in de verdere analyse. Een voorbeeld van een irrelevant fragment:

“Mijn ex-vrouw heb ik geholpen met financiële problemen. Zij heeft toen al die tijd heeft ze een huis gehad waardoor ze alleen maar gewerkt heeft. De tijd dat ze gewerkt heeft en wat ze verdiend heeft, daar kon ze alleen nog maar de vaste lasten van betalen. Eten en drinken dus niet.”

De relevante fragmenten hebben ieder een code toebedeeld gekregen. Deze code is een korte beschrijving van waar het fragment over gaat. Er is stilgestaan bij waar het fragment over gaat, welk begrip erbij past en wat de persoon precies bedoeld. Enkele voorbeelden van fragmenten met codes:

“Ja dat is echt dat ik keihard op mijn gezicht ben gegaan al een paar keer. Dat heeft er voor gezorgd ja. Ik had hier ook niet meer kunnen zitten weet je wel. Dan wordt je wakker, ja dan wordt je wakker ja.” Dit fragment kreeg de code ‘dieptepunt’, omdat de betreffende deelnemer het bereiken van een dieptepunt omschrijft.

“En ook sowieso om een bezigheid te hebben want op dit moment zit ik in principe de hele dag op mijn kamer niks te doen, te vervelen. Ik kan wel tot 11 uur 12, 1 uur in bed blijven liggen en dan de hele dag gaan zitten gamen, maar dan kun je net zo goed van 7 tot 5 gaan werken en ja. Tenminste iets nuttigs doen.” Dit fragment kreeg de code ‘doelloos’, omdat de deelnemer aangeeft momenteel geen doel in het leven te ervaren.

Op deze manier zijn alle fragmenten gecodeerd, waardoor er een lijst met codes is ontstaan.

Stap 2. Axiaal coderen

Er is zorgvuldig naar de lijst met codes gekeken om te kunnen bepalen of deze de lading van de verzamelde gegevens voldoende dekken. Met name de codes met weinig fragmenten (één tot drie) of juist veel fragmenten (meer dan twintig) zijn hierbij nogmaals bestudeerd. De codes met weinig fragmenten zijn bestudeerd en vergeleken met andere codes om na te gaan of deze mogelijk overeenkomsten hadden. Een voorbeeld hiervan zijn de codes ‘zelfmoord gedachtes’ en ‘zelfmoord poging’. De code ‘zelfmoord poging’ bevatte drie fragmenten en de code ‘zelfmoord gedachtes’ bevatte vijf fragmenten. Omdat deze specifieke onderscheiding niet van belang leek voor het onderzoek is ervoor gekozen om deze codes samen te voegen tot één code, namelijk ‘zelfmoord’. Op deze manier zijn nog enkele codes samengevoegd.

Daarnaast is er ook gekeken naar codes die veel fragmenten bevatten. Een voorbeeld hiervan is de oorspronkelijke code ‘eigen kracht’. Deze code omschreef het gevoel van zorgmijders dat ze graag zelf hun problemen willen oplossen. Deze code bevatte negentien fragmenten. Bij nadere inspectie kwamen er twee hoofdlijnen naar voren. Zorgmijders omschreven een gevoel van ‘het zelf willen oplossen’, maar ook een gevoel ‘het zelf te moeten of denken te kunnen’.

De code 'eigen kracht' is om deze reden opgesplitst in twee codes, namelijk 'zelf willen oplossen' en 'alleen kunnen'. Door op deze manier nogmaals zorgvuldig naar de codes te kijken, kwamen de belangrijkste thema's uit de verzamelde gegevens naar voren. Deze belangrijkste thema's zijn tot hoofdcodes of familie bevorderd. Er kwamen bijvoorbeeld vier soorten lijdensdruk naar voren: psychisch, praktisch, fysiek en sociaal. Deze zijn ieder een hoofdcodes geworden, waaronder de bijbehorende codes zijn geplaatst. Op deze manier kon de hoofdcodes praktische lijdensdruk voor zorgmijders onderverdeeld worden in de codes geld, woning, werk en zelfredzaamheid. Ook de eerder genoemde codes 'zelf willen oplossen' en 'alleen kunnen' konden op deze manier weer worden ondergebracht onder de hoofdcodes 'eigen kracht', waar ook de code 'hulp nodig' onder bleek te passen. Deze code omvat beschrijvingen van deelnemers die aangeven juist wel hulp nodig te hebben. Deze tegenstrijdige codes laten de verschillende ervaringen van zorgmijders zien binnen eenzelfde thema.

Stap 3. Selectief coderen

Het onderzoek richt zich op behandelmotivatie en drie mogelijke determinanten daarvan. Deze onderwerpen zijn veel besproken in de interviews, waardoor het logisch is dat deze ook veel naar voren kwamen in de analyse. Om deze reden zijn de hoofdcodes nogmaals onderverdeeld onder de bijbehorende determinant. De determinant uitkomstverwachting voor zorgvragers bestaat bijvoorbeeld uit de hoofdcodes verwachtingen, hoge waarde, eerdere ervaringen, positief huidige contact en interventies. Deze hoofdcodes waren tijdens het axiaal coderen al bepaald. Het geheel van determinanten, hoofdcodes en codes is overzichtelijk gemaakt in twee taxonomieën (één voor de zorgmijders en één voor de zorgvragers). Vervolgens is er met pijlen duidelijk gemaakt welke determinanten op elkaar van invloed lijken te zijn.

Ten slotte is er tijdens het selectief coderen ook gebruik gemaakt van een kleurenschema. Door gebruik te maken van drie verschillende kleuren (rood, geel en groen) werd er duidelijk gemaakt in welke mate de codes aanwezig zijn bij de deelnemers. De groene kleur voor de code 'depressie' bij zorgvragers laat bijvoorbeeld zien dat depressie een grote rol speelt bij zorgvragers en in grote mate naar voren kwam uit de interviews. De gele kleur voor de code 'doelloos' bij zorgmijders laat zien dat het niet hebben van een doel regelmatig voor lijkt te komen, maar geen al te grote rol speelt bij de deelnemers die dit benoemden. De rode kleur voor de code 'positieve ervaringen' bij zorgvragers laat zien dat zij in de interviews aangaven weinig positieve ervaringen in de hulpverlening te hebben.

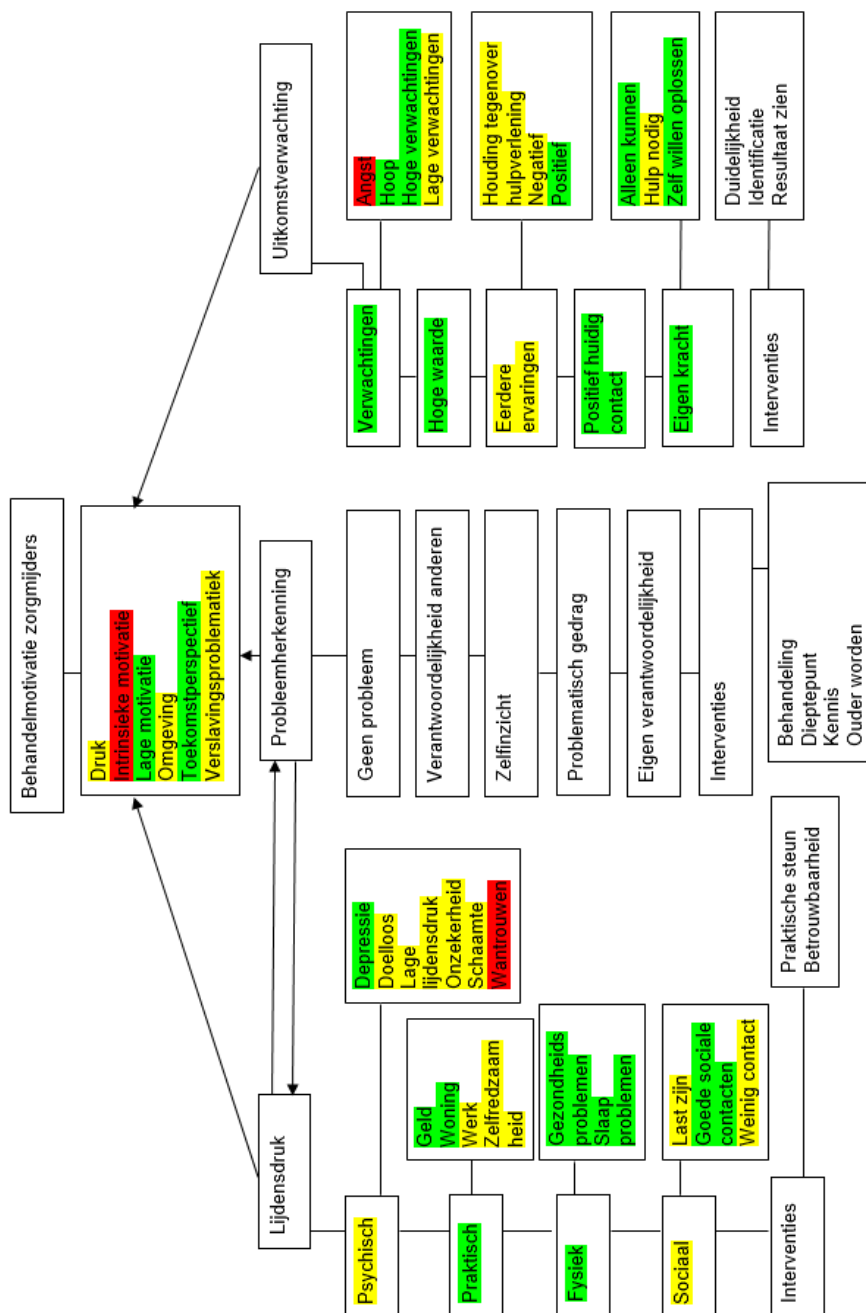
Bijlage 4. Codebomen

Codeboom zorgmijders

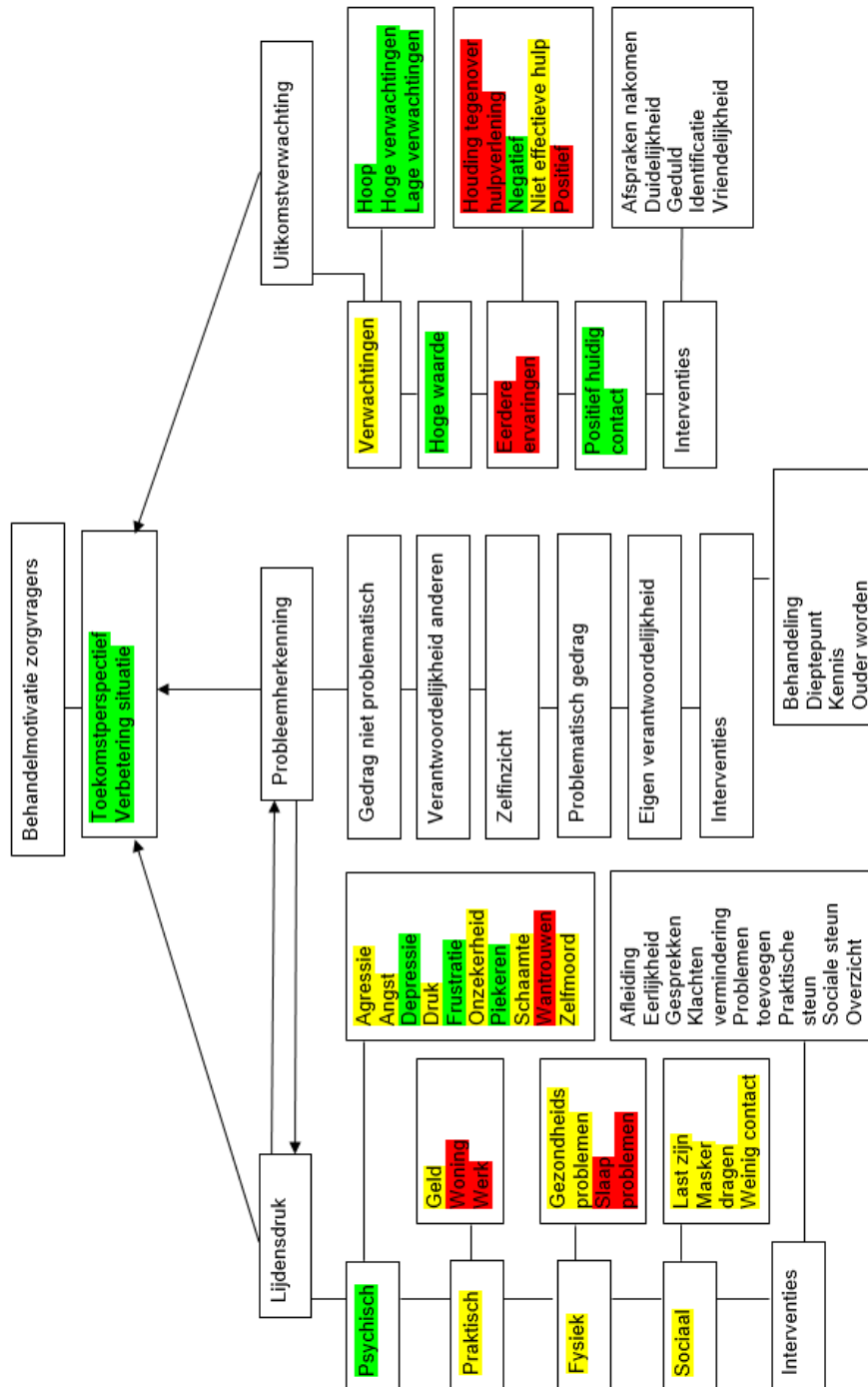
Rood: weegt zwaar mee

Geel: weegt in redelijke mate mee

Groen: weegt weinig mee



Codeboom zorgvragers



Bijlage 5. Ethische verantwoording

Binnen dit onderzoek zijn de regels van de gedragscode van de HBO-raad nageleefd om het onderzoek op een verantwoorde wijze uit te kunnen voeren.

De regels die binnen deze gedragscode vallen, zijn:

- Onderzoekers aan het hbo dienen het professionele en maatschappelijke belang
- Onderzoekers aan het hbo zijn respectvol
- Onderzoekers aan het hbo zijn zorgvuldig
- Onderzoekers aan het hbo zijn integer
- Onderzoekers aan het hbo verantwoorden hun keuzes en gedrag

Deze regels komen binnen ieder onderdeel van het onderzoeksproces terug. In deze verantwoording zal omschreven worden op welke wijze er met deze aspecten om is gegaan gedurende het onderzoeksproces.

Ontwikkelen van een probleemstelling en vraagstelling

Dit onderzoek richt zich op een complexe doelgroep waar nog weinig onderzoek naar is gedaan, maar waar effectieve hulp wel van groot belang voor lijkt te zijn. Dit maakt het onderzoek relevant voor de beroepspraktijk. Er is rekening gehouden met verschillende belangen en zienswijzen door zowel ideeën van de opdrachtgever als thema's uit de literatuur mee te nemen. Dit toont aan dat de onderzoeker kritisch en met een open houding te werk is gegaan.

Plan van aanpak

Bij het maken van het plan van aanpak werd gestreefd naar een haalbaar onderzoek, waarbij de belangen van de opdrachtgever niet ondergeschikt werden aan de belangen van de hogeschool. In goed overleg zijn de vragen van de opdrachtgever verwerkt tot een passend onderzoeksvoorstel, waarbij een weloverwogen keuze is gemaakt voor de determinanten binnen dit onderzoek. Hierbij is rekening gehouden met de haalbaarheid door niet alle determinanten van behandelmotivatie te onderzoeken, maar slechts drie. In de keuze voor de onderzoeksmethode is gekeken naar wat het meest van toegevoegde waarde zou zijn voor de al bestaande kennis.

Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek heeft op verantwoorde wijze plaatsgevonden. Dat wil zeggen dat er gezocht is naar recente literatuur en rekening is gehouden met de kwaliteit van de gevonden bronnen. Het gebruik van doctoraten en secundaire verwijzingen is zoveel mogelijk beperkt. Daarnaast is er gezocht naar verschillende invalshoeken op de begrippen uit het theoretisch kader, waardoor ook tegenstrijdige resultaten in kaart zijn gebracht. De literatuur is op APA-wijze vermeld om de herkomst van de literatuur te kunnen weergeven.

Uitvoeren van onderzoek algemeen

Tijdens het gehele onderzoek is er overleg gepleegd over gemaakte keuzes en besproken welke methode het meest passend was om een degelijk onderzoek te kunnen neerzetten. Dit overleg vond plaats met de opdrachtgever, docenten en critical friends. Daarnaast hebben deze gesprekken ook geleid tot reflectie op het eigen gedrag. De ontvangen feedback is serieus genomen en verwerkt om op deze manier de samenwerking en het onderzoeksproces beter te laten verlopen.

Verzamelen van data

Er is veel aandacht besteedt aan het opstellen van een topiclijst, waarbij de belangrijke onderwerpen uit het theoretisch kader op een juiste manier zijn verwoord tot vragen. De deelnemers hebben vrijwillig deelgenomen aan het onderzoek, waarvoor zij eerst door een werknemer van Blok Social Society zijn benaderd. Er is zo zorgvuldig mogelijk met de anonimiteit van de respondenten omgegaan door de resultaten anoniem te verwerken. Ook wordt er meerdere malen meegedeeld dat de resultaten niet met naam besproken zullen worden. Er is hierbij rekening gehouden met de belangen van de deelnemers door een toestemmingsverklaring op te stellen en te ondertekenen. Daarnaast wordt er rekening gehouden met de capaciteiten van de respondenten en worden zo nodig de vragen makkelijker verwoord.

Analyseren van data

De data is nauwkeurig geanalyseerd volgens de stappen die worden voorgeschreven voor kwalitatief onderzoek. Hier is ruim de tijd voor genomen, waardoor er rustig en nauwgezet te werk kon worden gegaan. De keuze voor het apart analyseren van de twee groepen laat zien dat er rekening is gehouden met de inzichten die verschillende methodes kunnen opleveren. De gemaakte keuzes binnen de analyse zijn uitgebreid beschreven in een analyseplan. Uiteindelijk is er met een neutrale blik naar de verzamelde data gekeken. Dit wil zeggen dat er niet gestreefd werd naar een bepaalde uitkomst op belangen te behartigen.

Rapporteren van resultaten

Er is gestreefd naar een compleet en nauwkeurig beeld van de resultaten, door per determinant de overeenkomsten en verschillen van de twee groepen te omschrijven. Er is hierbij rekening gehouden met de leesbaarheid door zo duidelijk mogelijk te schrijven en irrelevante zaken weg te laten. Ook is er rekening gehouden met de privacy van de deelnemers door kenmerkende informatie weg te laten of op een andere manier te omschrijven. Ook worden er geen namen genoemd. De rapportage van de resultaten geeft een juist beeld van het veldonderzoek, waarbij naast de hoofdlijnen ook de uitzonderingen en opvallende resultaten worden benoemd.

Verspreiden van resultaten

De onderzoeksresultaten worden zowel schriftelijk als mondeling gecommuniceerd aan de opdrachtgever, waarbij deze de ruimte heeft om vragen te stellen of opmerkingen te plaatsen. Daarnaast volgt er een adviespresentatie waarin wordt uitgelegd hoe de resultaten in de praktijk gebracht kunnen worden. In overleg is besloten om de resultaten beschikbaar te maken voor onderzoeks- en onderwijs doeleinden. Hiermee wordt de anonimiteit van de deelnemers niet geschonden en kan het een bijdrage leveren aan de beroepspraktijk, ook buiten Blok Social Society.

Benutten van onderzoek in onderwijs

Gezien de complexiteit van de doelgroep is het mogelijk dat de resultaten niet toegepast kunnen worden binnen de hogeschool. De opleiding richt zich over het algemeen op mildere problematiek. De resultaten van dit onderzoek kunnen echter wel dienen ter uitleg van de onderzochte determinanten en hoe deze bij verschillende doelgroepen verschillend aanwezig kunnen zijn.

Bijlage 6. Toestemmingsverklaring geluidsfragmenten

Toestemmingsverklaring voor het opnemen van geluidsfragmenten

U heeft ingestemd met een interview in het kader van een onderzoek uitgevoerd in opdracht van Blok Social Society.

Dit interview zal worden opgenomen middels een audiorecorder.

De onderzoeker verklaart hierbij

- De geluidsfragmenten niet te verstrekken aan derden zonder belang binnen het onderzoek
- Vertrouwelijk om te gaan met de verkregen informatie, dit wil zeggen de informatie anoniem te verwerken
- Zorgvuldig om te gaan met de geluidsfragmenten

Getekend te (plaats en datum)

(Naam deelnemer)

.....

De onderzoeker

(Fleur Vaessen)

.....