



Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen

Academiejaar 2011-2012

# **Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van (ex-)drugverslaafde ouders met case management als ondersteuningsvorm**

door Marieke Masquelin

Masterproef ingediend tot het behalen van de graad van  
Master in de Pedagogische Wetenschappen  
afstudeerrichting Orthopedagogiek

Promotor: Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen



## **SAMENVATTING**

In dit onderzoek worden de ervaringen nagegaan van (ex-) drugverslaafde ouders die een begeleiding kregen met case management als ondersteuning. Over effectiviteit van case management algemeen is al redelijk wat geweten, maar onderzoek over de tevredenheid van cliënten en wat zij belangrijk vinden ontbreekt. De begeleiding van de cliënten is gebeurd door een project in Antwerpen, dat via dit onderzoek ook te weten wil komen hoe cliënten hun begeleiding hebben ervaren en welke aspecten voor hen daarbij belangrijk zijn. Deze ervaringen werden bevraagd per fase van de begeleiding en ouders konden telkens aanbevelingen doen voor elke fase. Tien ouders werden bevraagd aan de hand van een semi-gestructureerd interview dat opgesteld werd door de onderzoekster in samenspraak met Bubbels & Babbels. Alle interviews werden opgenomen en uitgetypt en vervolgens gecodeerd met behulp van Nvivo. De resultaten worden gefaseerd weergegeven en ondersteund door citaten van de ouders. Uit de resultaten blijkt dat op één ouder na iedereen zeer tevreden was over de gekregen begeleiding. De duidelijkheid, de houding van de case manager, zelf doelen opstellen en het gevoel aan het stuur te staan van de begeleiding waren voor de ouders zeer helpend. Daarnaast vonden zij het van groot belang dat zij in de eerste plaats als ouder benaderd worden en dat zij de zorg over hun kind kunnen behouden. Ouders vinden het een meerwaarde dat de case managers alles coördineren en dat iedereen weet wat hem of haar te doen staat. Ouders geven de raad om zo verder te doen en uit te breiden.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Zo werden slechts tien personen geïnterviewd. Daarnaast werd enkel een vragenlijst gebruikt als meetinstrument. Onderzoek naar de effectiviteit van case management voor drugverslaafde ouders en hun kinderen is wenselijk.



## **VOORWOORD**

Dat het kiezen van een onderwerp voor een masterproef geen evidente zaak is, heb ik zelf aan den lijve ondervonden. Er waren heel veel onderwerpen die mij interesseerden, maar mijn voorkeur ging uit naar 'iets met kinderen van drugverslaafde ouders'. Daarom contacteerde ik Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen, omdat hij met deze problematiek vertrouwd was. Hij vertelde mij dat Bubbels & Babbels een student(e) zocht die een onderzoek wou opzetten naar de ervaringen van hun cliënten met het case management dat zij aanbieden. Tijdens de opleiding had ik al gehoord van case management, maar ik kon er mij weinig concreet bij voorstellen. Daarom maakte ik kennis met Dirk Rombouts en Griet Vandersypen, respectievelijk projectleider en case manager bij Bubbels & Babbels. Zij vertelden mij hoe ze te werk gaan en wat ze van het onderzoek zouden verwachten. Ik was enthousiast om over deze eerder nieuwe methodiek een belevingsonderzoek te doen, omdat ik mij wel kon vinden in hun visie. Bubbels & Babbels heeft de ouders gecontacteerd om hun toestemming te vragen en ze bezorgden mij de contactgegevens van de ouders. Ik kon steeds bij hen terecht met vragen en ze gaven mij telkens opnieuw heel veel info. Ik voelde mij waarlijk gesteund en kon steeds op veel enthousiasme rekenen van hen. Ik wil hen bij deze dan ook heel erg bedanken voor de steun, de hulp en de schouderklopjes. Daarnaast wil ik hen ook bedanken voor de financiële ondersteuning van deze masterproef. Uiteraard wil ik ook de ouders bedanken die wouden deelnemen aan dit onderzoek. Ten tweede wil ik graag Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen bedanken voor het aanvaarden van het promotorschap en voor de begeleiding die hij mij bood bij het realiseren van deze masterproef. Zonder zijn kennis en expertise was dit niet gelukt. Ten slotte wil ik heel graag mijn familie bedanken voor de steun tijdens mijn opleiding en tijdens het schrijven van deze masterproef. Ook bedankt aan mijn vriend(inn)en voor de moed en de motivatie die zij mij toewensten.



## **INHOUDSOPGAVE**

SAMENVATTING .....	i
VOORWOORD.....	iii
INHOUDSOPGAVE .....	v
HOOFDSTUK 1: INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING .....	1
1.1 Drugverslaafde ouders en hun kinderen.....	1
1.1.1 Drugverslaafde ouders .....	1
1.1.2 Kinderen van drugverslaafde ouders .....	5
1.2 Hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen.....	9
1.3 Case management als ondersteuningsvorm voor drugverslaafde ouders en hun kinderen .....	13
1.3.1 Ontstaan van case management.....	13
1.3.2 Case management in de verslavingszorg .....	13
1.3.3 Wat is case management? .....	15
1.3.4 Modellen van case management .....	16
1.3.5 Effectiviteit van case management.....	20
1.3.6 Case management voor drugverslaafde ouders en hun kinderen.....	21
1.3.7 Case management voor drugverslaafde ouders en hun kinderen in België .....	26
1.4 Probleemstelling en onderzoeksvragen .....	29
1.4.1 Onderzoeksvragen .....	30
HOOFDSTUK 2: METHODOLOGIE .....	31
2.1 Onderzoeksgroep .....	31
2.2 Onderzoeksprocedure.....	34
2.3 Meetinstrument: vragenlijst .....	35
2.4 Data-analyse.....	36
2.5 Methodologische kwaliteit.....	36
HOOFDSTUK 3: RESULTATEN .....	38
3.1 De aanmelding en de eerste gesprekken.....	38
3.1.1 Vrijwilligheid.....	38
3.1.2 Wijze waarop ouders zich benaderd voelen .....	39
3.1.3 Druggebruik en ouderschap .....	40
3.1.4 Duidelijkheid en bespreekbaarheid .....	40
3.1.5 Verwachtingen .....	42
3.1.6 Gevoel na eerste gesprekken .....	43
3.1.7 Tevredenheid .....	43

3.2 De begeleiding .....	44
3.2.1 Instrumenten .....	44
3.2.2 Werken met persoonlijke doelen .....	44
3.2.3 Privacy.....	45
3.2.4 Houding van Bubbels & Babbels.....	45
3.2.5 Aan het stuur staan en inspraak.....	46
3.2.6 Verantwoordelijkheid .....	48
3.3 Samenwerking .....	48
3.3.1 Moeilijkheden.....	48
3.3.2 Ongevraagd contact opnemen of initiatief nemen .....	49
3.4 Ronde tafel gesprekken.....	50
3.4.1 Aanwezigheid van anderen .....	50
3.4.2 Duidelijkheid .....	51
3.4.3 Gelijkwaardigheid.....	51
3.4.4 Tips.....	52
3.5 Contacten .....	52
3.6 Einde van de begeleiding.....	53
3.6.1 Duur van de begeleiding.....	54
3.7 Algemene evaluatie .....	54
3.7.1 Betrokkenheid anderen.....	54
3.7.2 Betekenis van Bubbels & Babbels.....	55
3.7.3 Pluspunten en minpunten .....	56
3.7.4 Raad en tips .....	57
HOOFDSTUK 4: DISCUSSIE .....	58
4.1 Functies van case management .....	58
4.2 De case manager .....	62
4.3 Beperkingen en aanbevelingen .....	64
HOOFDSTUK 5: CONCLUSIE .....	66
REFERENTIELIJST.....	67
BIJLAGEN.....	73
Bijlage één: eerste contactname door B&B .....	73
Bijlage twee: Geïnformeerde schriftelijke toestemming .....	74
Bijlage drie: Vragenlijst.....	75



## **HOOFDSTUK 1: INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING**

Meer en meer wordt in de verslavingszorg vertrokken van de hulpvraag van de cliënt in plaats van het bestaande aanbod van voorzieningen. Dit betekent dus dat meer vraaggericht dan aanbodgericht gewerkt wordt. Daarbovenop wordt de laatste jaren steeds meer aandacht geschonken aan kinderen die blootgesteld worden aan ouderlijk druggebruik (Johnson & Leff, 1999). Ook toenemende zorgen over de omstandigheden waarin deze kinderen leven gaan hiermee gepaard (Pirsaraee, 2006). Het is belangrijk om bij het lezen van deze tekst in het achterhoofd te houden dat er niet zoiets bestaat als 'dé verslaafde ouder'. Het gaat hier om een zeer heterogene groep waarbij bepaalde kenmerken zich vaker voordoen dan in een doorsnee gezin. In het onderstaande literatuuroverzicht wordt enkel gesproken over illegale middelen, zoals cocaïne en heroïne, omdat de onderzoeksgroep bestaat uit personen die verslaafd zijn of waren aan illegale middelen.

### **1.1 Drugverslaafde ouders en hun kinderen**

Kinderen die opgroeien in een gezin waar één of beide ouders drugs gebruiken, leven per definitie in een risicosituatie (Bubbels en Babbels, 2002). De basiseigenschappen van ouderschap, verantwoordelijkheid, veiligheid en responsiviteit, worden onder druk gezet door het drugsmisbruik (Vandenstein, Traen, Aelvoet, & Van Bouchaute, 2011). Dit betekent echter niet dat dit middelenmisbruik een goede verzorging van het kind belemmert: naast risicofactoren die het ouderschap kunnen bemoeilijken, bestaan ook protectieve factoren die de ontwikkeling van psychische en/of gedragsstoornissen bij hun kinderen kunnen voorkomen. Het is belangrijk om inzicht te hebben in deze factoren zodat men een hulpverlening kan uitbouwen die erop gericht is de risicofactoren te minimaliseren en de protectieve factoren te versterken. In wat volgt worden kenmerken van drugverslaafde ouders en van hun kinderen besproken.

#### **1.1.1 Drugverslaafde ouders**

Het gebruiken van drugs heeft niet alleen invloed op het (ongeboren) kind (zie 1.1.2) maar ook op het ouderlijk gedrag (Niccols, Milligan, Sword, Thabane, Henderson, & Smith, 2012) en de socio-economische situatie van de familie (Meier, Donmall, & McElduff, 2004). De ouder ervaart verschillende uitdagingen om aan de fysieke en emotionele behoeften van het kind te voldoen. Deze uitdagingen kunnen bestaan uit het chronisch druggebruik, beperkte

financiële bronnen, een onstabiel huishouden, een familiale geschiedenis van misbruik, problemen met justitie, lichamelijke of geestelijke problemen en een gebrek aan sociale steun van (niet-gebruikende) vrienden en familie (Conners et al., 2004). De ouder heeft wel de wil om een goede ouder te zijn, maar verschillende factoren staan dit in de weg. Volgens Bool (2002) kan het opgroeien van kinderen best bekeken worden volgens een dynamisch ontwikkelingsmodel dat bestaat uit opvoedingsopgaven voor de ouders en ontwikkelingsopgaven voor de kinderen. Deze auteur geeft aan dat het van belang is om na te gaan in welke mate deze ouders in staat zijn om hun opvoedingsopgaven te vervullen.

### *Middelengebruik en ouderschap*

Volgens The National Advisory Committee on Drugs (NACD) is het voor ouders die middelen misbruiken minder waarschijnlijk dat ze ouderschap van hoge kwaliteit vertonen omwille van verschillende redenen (NACD, 2011). Voor een afhankelijke ouder staat het bemachtigen en gebruiken van het middel vaak centraal. Daardoor worden heel wat van de tijd en bronnen niet aan het kind maar aan het middel besteed (NACD, 2011; Niccols et al., 2012). De zorg en de opvoeding komen daardoor niet meer op de eerste plaats (Barnard & McKeganey, 2004). Wanneer de ouder onder invloed is, is deze niet altijd beschikbaar en betrokken (NACD, 2011; Niccols et al., 2012). Vooral tijdens periodes waarin er hevig druggebruik is, is er weinig aandacht voor het degelijk voeden en kleden van het kind. Ook een gebrek aan aandacht voor hygiëne kan de gezondheid van het kind in gevaar brengen. Wanneer de ouder onder invloed is, is deze vaak niet in staat om toezicht te houden op het kind waardoor gevaarlijke situaties kunnen ontstaan (Barnard & McKeganey, 2004).

Drugverslaafde vrouwen hebben vaak zelf geen goed voorbeeld gezien van ouderschap (Ashley, Marsden & Brady, 2003). Het ontbreekt hen aan een adequate opvoedingsstijl en interactievaardigheden en ze hebben weinig kennis over de ontwikkeling van kinderen (Vandenstein et al., 2011). Afhankelijke ouders zijn meer rigide en minder responsief (Suchman & Luthar, 2000; Vandenstein et al., 2011), wat de hechting van het kind negatief kan beïnvloeden (Contractor et al., 2012). Onder invloed van het middel is een wisselend gemoed bij de ouder niet onoverkomelijk. De ouder is onvoorspelbaar en houdt er een chaotische en onstabiele levensstijl op na (Skinner, Haggerty, Fleming, & Catalano, 2009). De ouder kan daarnaast minder responsief en sensitief zijn voor de lichamelijke en emotionele

noden van het kind (Meier et al., 2004). Verwaarlozing is dan ook de meest waarschijnlijke reden van tussenkomst door de hulpverlening, eerder dan seksueel misbruik of mishandeling (Barnard & McKeganey, 2004; NACD, 2011).

Bij hevig druggebruik door de moeder is er minder kans dat de moeder speelt met haar kind, dat ze emotioneel beschikbaar is en dat ze een stimulerende omgeving kan creëren voor haar kind (Meier et al., 2004; Niccols et al., 2012). Volgens het onderzoek van Kelley rapporteerden verslaafde moeders een hoger stressgehalte in vergelijking met niet-verslaafde moeders en vertoonden zij meer maladaptief ouderlijk gedrag (Kelley, 1998; Skinner et al., 2009). Ook de review van de NACD (2011) bevestigt dat moeders die hevig gebruiken geassocieerd worden met minder goed ouderschap: moeders houden minder toezicht op hun kind, ze passen meer straffende vormen van disciplineren toe, er is minder gehechtheid tussen moeder en kind, ze laten minder discussie toe en vertonen minder positieve betrokkenheid op het kind. Daarnaast kunnen ze ook heel controlerend zijn over hun kinderen.

De ouder onder invloed kan moeilijker stelselmatig grenzen stellen (NACD, 2011; Suchman & Luthar, 2000). De ouder heeft zoals eerder vermeld een beperkte emotionele betrokkenheid, schenkt weinig aandacht aan en is weinig toegankelijk voor het kind (Niccols et al. 2012). Dit kan resulteren in een afwijzende of gedesorganiseerde hechting van het kind (Barnard & McKeganey, 2004). Daarnaast rapporteren Barnard en McKeganey dat verslaafde moeders meer gebruik maken van strengere disciplinaire methodes, zoals lichamelijke straffen. Ook Suchman en Luthar (2000) rapporteerden dit al eerder. Volgens de NACD (2011) gebruiken deze ouders een autoritaire ouderschapsstijl.

Veel van deze ouders hebben zelf een moeilijke kinder- en jeugdtijd ervaren (Bubbels en Babbels, 2002; Conners et al., 2004). Deze familiale achtergrond en de relationele conflicten die deze ouders vaak kenmerken kunnen zorgen voor psychische en emotionele problemen. Verslaafde vrouwen kunnen een laag zelfbeeld ontwikkeld hebben (Niccols et al., 2012). Zij zijn vaak zeer gekwetst en hebben nog weinig vertrouwen in maatschappelijke instanties. Voor velen onder hen is het middelengebruik een strategie om te overleven. De drugs dienen dan als een coping-mechanisme (Bubbels en Babbels, 2002). Deze ouders hebben vaak instabiele en wisselende relaties, wat meestal leidt tot een beperkt sociaal netwerk van

vrienden en familie (Connors et al., 2004). Heel vaak ontbreekt er in deze gezinnen een vaderfiguur. Volgens Kelley et al. (2010) komt partnergeweld veelvuldig voor bij druggebruikende ouders. Als druggebruik en huiselijk geweld gelijktijdig voorkomen heeft dit ernstige gevolgen voor alle aspecten van het leven van het kind. Ze lopen dan meer risico op negatieve uitkomsten op vlak van gezondheid, veiligheid en emotionele en sociale ontwikkeling (NACD, 2011).

Ten slotte kampen deze ouders vaak met enorme schuld- en schaamtegevoelens (Ashley et al., 2003; Niccols et al., 2012): ze worden veroordeeld door de maatschappij (Vandenstein et al., 2011) en beseffen welke schade ze hun kind toebrengen. Bij bijna alle drugverslaafde ouders heerst er een angst dat hun kind zal worden afgenomen (Bubbels en Babbels, 2002; Niccols et al., 2012; Rombouts, 2002). Daardoor kan de ouder een defensieve houding aannemen of kan deze zeer emotioneel reageren. De dreiging van een mogelijke plaatsing van hun kind zorgt er voor dat ze zich aan de hulpverlening onttrekken waardoor deze doelgroep niet zichtbaar wordt (Ashley et al., 2003; Vandenstein et al., 2011).

### *Contextfactoren*

Gezinnen waar één of beide ouders drugs misbruiken leven vaak in een zeer precare financiële situatie, waardoor zij een lage sociaaleconomische levensstandaard hebben (Suchman & Luthar, 2000). Daarnaast leven ze vaak in een omgeving die weinig positieve identificatiemodellen biedt. Contacten met justitie zijn niet vreemd voor afhankelijke ouders (Skinner et al., 2009). Deze factoren zouden een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van het kind (Meier et al., 2004). Ook de NACD (2011) bevestigt dat de kwaliteit van zorg wordt beïnvloed door financiële en sociale omstandigheden. Een lage sociaaleconomische standaard wordt geassocieerd met een meer autoritaire en controlerende ouderschapsstijl. Suchman en Luthar (2000) rapporteren dat middelenafhankelijkheid bij de moeder geassocieerd wordt met het beperken van de kinderlijke autonomie en met hoog controlerend gedrag van de moeder. Deze auteurs melden echter ook dat deze associaties grotendeels verdwijnen als men corrigeert voor sociaaleconomische status. De auteurs verklaren dit als een reactie van de moeders op het leven in een omgeving waar kinderen worden blootgesteld aan geweld, misdaad en gezondheidsrisico's.

Het is echter van groot belang om in het achterhoofd te houden dat druggebruik alleen niet noodzakelijk betekent dat ouders hun ouderrol niet op een positieve manier kunnen uitoefenen. Druggebruik in se is een risicofactor maar andere factoren zoals hierboven vermeld spelen ook een rol. Hoe meer risicofactoren aanwezig zijn naast het druggebruik, hoe meer effect dit zal hebben op het uitoefenen van de ouderrol. Het is dus van belang om de invloed van risicofactoren cumulatief te bekijken (NACD, 2011)

#### 1.1.2 Kinderen van drugverslaafde ouders

Bool (2002) raadt aan om de problemen die zich kunnen voordoen bij kinderen van drugverslaafde ouders te omschrijven in termen van risico's die deze kinderen lopen. Kinderen van drugverslaafde ouders lopen dan risico's op verschillende gebieden: ze kunnen problemen ontwikkelen op biologisch, ontwikkelings- en gedragsmatig vlak (Connors et al., 2004).

##### *Prenatale blootstelling*

Wanneer een vrouw verslaafd is, kan de menstruatiecyclus verstoord worden en wegvallen (Van Baar, 2000). Dit betekent echter niet dat de vrouw niet zwanger kan worden. Volgens Bool (2002) hangt promiscue gedrag samen met middelengebruik en gaan deze vrouwen niet zorgvuldig om met anticonceptie. Dit vergroot de kans dat afhankelijke vrouwen zwanger geraken en pas laat ontdekken dat ze zwanger zijn, met als gevolg dat ze niet de nodige medische zorgen krijgen (NACD, 2011). Dit houdt risico's in voor het zich ontwikkelende kind.

Als een vrouw tijdens de zwangerschap intraveneus drugs gebruikt, is er kans op overdracht van het HIV-virus of hepatitis aan haar kind (Claeys, 2011; Whitty & O'Connor, 2007). Tijdens de zwangerschap kan er ook gewenning aan het middel ontstaan bij het kind, waardoor ontwenningverschijnselen kunnen optreden na de geboorte (Whitty & O'Connor, 2007). Tijdens de zwangerschap kan er een vertraagde groei zijn van de foetus door de ongezonde levensstijl van de moeder. De effecten van gebruik tijdens de zwangerschap zijn vooral merkbaar tijdens de neonatale periode en het 1<sup>e</sup> levensjaar (NACD, 2011). Wanneer het kind tijdens de zwangerschap blootgesteld wordt aan drugs, is er meer kans op een vroeggeboorte of een miskraam en bloedarmoede, vertraging in de groei en zelfs sterfte

(NACD, 2011; Whitty & O'Connor, 2007). Bool (2002) rapporteert daarnaast ook nog een vergrootte kans op een lager geboortegewicht.

### *Postnatale problemen*

Bij 60 tot 90% van de kinderen van opiaatafhankelijke moeders doet zich het Neonataal Abstinentiesyndroom voor. Deze kinderen vertonen dan ontweningsverschijnselen, gekenmerkt door verstoringen van het centrale zenuwstelsel (trillen, slaapproblemen), problemen in het maag-darmkanaal (diarree), ademhalingsproblemen en verstoringen van het autonome zenuwstelsel (transpireren, niezen) (Bool, 2002; NACD, 2011; Van Baar, 2000). Maar niet alle kinderen van drugverslaafde ouders worden prenataal blootgesteld aan drugs. Broekaert stelt dan ook dat het milieu waarin deze kinderen opgroeien een veel belangrijkere invloed uitoefent dan de fysieke blootstelling aan drugs tijdens de zwangerschap (Broekaert, 2005).

### *Latere kindertijd (vanaf één jaar)*

Jonge kinderen, tot zes jaar, lopen risico op een ontwikkelingsachterstand (Bool, 2002; Niccols et al., 2012; Rombouts, 2002). Dit wordt voorspeld door de prematuriteit, de duur van de ziekenhuisopname na de geboorte en het volgen van een behandeling door de moeder (Vanderplasschen, Autrique, & De Wilde, 2006). Deze ontwikkelingsproblemen kunnen van sociaal-emotionele, lichamelijke dan wel cognitieve aard zijn (Messiah et al., 2011; Niccols et al., 2012; Van Baar, 2000). Kinderen van verslaafde ouders krijgen een minder goede medische zorg en hun immuniteit is minder sterk (Barnard & McKeganey, 2004; Jansson et al., 2003). Opgroeien in een gezin waar één of beide ouders een verslaving heeft, vergroot bovendien de kans dat deze kinderen later zelf ook een verslaving krijgen (Broekaert, 2005; Connors et al., 2004; NACD, 2011; Niccols et al., 2012; Ronel & Levy-Cahana, 2011; Skinner et al., 2009).

Barnard en McKeganey (2004) en Skinner et al. (2009) rapporteren dat schoolgaande kinderen een groter risico lopen op het ontwikkelen van probleemgedrag. Zo zouden ze vaker agressief, opstandig en onaangepast gedrag vertonen (Niccols et al., 2012). Ze vertonen ook meer depressieve symptomen en zijn teruggetrokken (NACD, 2011). Ze voelen zich alleen en geïsoleerd (NACD, 2011; Stanger et al., 2002; Velleman & Templeton, 2007) en

hebben meer moeite met het uitbouwen van goede, ondersteunende vriendschappen. Skinner et al. (2009) rapporteren dat zij vaker een deviant netwerk ontwikkelen en dus grotere kans hebben om in criminele activiteiten betrokken te geraken. Niccols et al. (2012) rapporteren verder nog dat deze kinderen slechtere schoolresultaten behalen en dat zij meer kans hebben op een psychiatrische stoornis (Contractor et al., 2012; NACD, 2011; Velleman & Templeton, 2007). Ze zouden ook vaker deelnemen aan criminele praktijken en ze hebben meer kans op dakloosheid. Ook de academische prestaties en het cognitieve functioneren van deze kinderen lijdt onder het ouderlijk gebruik. Deze kinderen zouden vaker een jaar moeten overdoen of zouden eerder in een vorm van bijzonder onderwijs zitten. Ze krijgen ook vaker remediërende hulp (NACD, 2011).

Kinderen van een verslaafde ouder hebben meer kans op een tussenkomst door hulpverleners, vaak met plaatsing als gevolg (Street et al., 2008; Velleman & Templeton, 2007). Ze hebben dus een verhoogde kans op regelmatige verandering van verzorgers. Volgens een review van de NACD (2011) verschillen kinderen van drugverslaafde ouders die geplaatst worden van andere kinderen die geplaatst worden. Kinderen van verslaafde ouders zouden vroeger in het zorgcircuit terecht komen, blijven er langer in hangen en keren daarna eerder terug naar familieleden dan naar hun ouders.

In het onderzoek van Connors et al. (2004) worden elf factoren benoemd die geassocieerd worden met verminderde lichamelijke, academische, sociale en emotionele uitkomsten bij kinderen. Dit zijn: dakloosheid in de voorbije twee jaar; slechte kwaliteit van de relatie met de vader; niet leven in een twee-oudergezin; gebruik van alcohol of drugs door de moeder; een moeder die rookt tijdens de zwangerschap; opname op intensieve zorgen bij geboorte; lage status van inkomen; een moeder die betrokken is bij kindbeschermingsdiensten; mentale problemen bij de moeder; laaggeschooldheid bij de moeder en een minderheidsstatus. Deze factoren zijn bij kinderen van drugverslaafde ouders vaker aanwezig en zorgen dus voor grotere risico's. Connors et al. (2004) geven echter aan dat deze factoren cumulatief moeten bekeken worden: hoe meer risicofactoren aanwezig, hoe meer kans op negatieve uitkomsten. Dit betekent dus ook dat niet alle kinderen het slecht doen. Deze kinderen hebben een verhoogde kwetsbaarheid, wat niet hetzelfde betekent als een voorbepaaldheid voor het ontwikkelen van negatieve uitkomsten.

## *Veerkracht*

Jansson et al. (2003) wijzen ten slotte op het feit dat kinderen van verslaafde ouders die opgroeien in een stabiele en verzorgende omgeving, veerkracht kunnen ontwikkelen en het goed doen. Veerkracht moet eerder gezien worden als een proces dan een statisch gegeven (Velleman & Templeton, 2007). Dit betekent dat dit proces dient gezien te worden in interactie met verschillende factoren: veerkracht wordt beïnvloed door zowel individuele kenmerken, zoals persoonlijkheid en zelfbeeld, als door omgevingskenmerken, zoals rituelen, rolmodellen en vrienden (Bool, 2002; Forrester & Harwin, 2008; Skinner et al., 2009; Velleman & Templeton, 2007). Ook het feit dat de ouder er een gecontroleerd gebruik op nahoudt en dat er sterke ondersteunende familiebanden zijn, is helpend (Barnard & McKeganey, 2004). Skinner et al. (2009) stellen dat kennis over het doen en laten van het kind en gepaste reacties op wangedrag, veerkracht ten goede komt. Forrester en Harwin (2008) en Velleman en Templeton (2007) rapporteren daarnaast dat het hebben van een ouder die niet verslaafd is ook bijdraagt tot het ontwikkelen van veerkracht. Ook de NACD (2011) bevestigt dat de aanwezigheid van een stabiele volwassene hiertoe bijdraagt. Daarnaast stellen ze dat de meerderheid van de kinderen het goed doet, ze zouden geen onaangepast gedrag vertonen.

Karakteristieken van kinderen die over veerkracht beschikken zijn onder andere: het plannen van zaken, een hoog gevoel van eigenwaarde en vertrouwen, zelfredzaamheid, het vermogen te kunnen omgaan met verandering, probleemoplossingvaardigheden, het gevoel dat ze keuzes kunnen maken en dat ze er controle over hebben en eerdere ervaringen van succes en prestatie (Velleman & Templeton, 2007). Volgens de NACD (2011) spelen ook sociale competenties en zelfregulatie een belangrijke rol in positief aangepast gedrag. Daarnaast is positief ouderschap een grote factor in de positieve ontwikkeling van kinderen. Ook Bool (2002) somt een aantal randvoorwaarden op voor voldoende zorg voor het kind. Zo zou het kind het beter doen als de moeder gezorgd heeft voor voldoende prenatale zorg en contact heeft met hulpverlening of een onderhoudsbehandeling met methadon krijgt. Ook het stoppen van bijgebruik door de moeder zorgt voor betere uitkomsten. Hij bevestigt eveneens dat de aanwezigheid van een niet-verslaafde ouder en een ondersteunend netwerk helpend zijn.



## **1.2 Hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen**

Omdat vrouwen vaker de zorg opnemen voor de kinderen dan mannen wordt hier gemakkelijheidshalve over hulpverlening aan drugverslaafde vrouwen gesproken. In dit onderdeel worden eerst een aantal kenmerken van deze vrouwen besproken die van belang kunnen zijn voor de behandeling van hun verslaving. Daarna wordt overgegaan op een aantal behandelvormen en behandelingscomponenten die een belangrijke rol spelen. Ten slotte worden een aantal voorbeelden gegeven van programma's in Vlaanderen specifiek gericht op deze doelgroep.

Drugverslaafde vrouwen kunnen gebaat zijn met gespecialiseerde therapeutische interventies (Ashley, Marsden, & Brady, 2003). Volgens Ashley et al. (2003) en Claeys (2011) verschillen vrouwen van mannen: zij beginnen vaker drugs te gebruiken als gevolg van traumatische gebeurtenissen in hun leven (bv. geweld of seksueel misbruik, psychische stoornis, verstoringen in het gezinsleven). Daarnaast rapporteren Ashley et al. (2003) in hun review dat deze vrouwen verslaafd kunnen geraken door hun verslaafde partner, of doordat ze opgevoed zijn in een omgeving waar hevig gebruikt werd. Claeys (2011) erkent ook dat er verschillen zijn tussen de geslachten wat betreft de epidemiologie, de biologische reacties en de medische gevolgen van verslaving. Ook comorbide psychiatrische stoornissen, sociale factoren en drempels tot behandeling zorgen voor verschillen tussen mannen en vrouwen. Doordat verslaving een complex samenspel van biopsychosociale factoren omvat, is het volgens Claeys noodzakelijk dat er een genderspecifiek hulpverleningsaanbod wordt gecreëerd. Ook Claus, Orwin, Kissin, Krupski, Campbell en Stark (2007) pleiten voor een genderspecifieke hulpverlening, omdat de traditionele drughulpverlening gefaald heeft om tegemoet te komen aan de noden van vrouwen. Deze auteurs stellen daarnaast dat er steeds meer evidentie aangetoond wordt voor de bijdrage van een behandeling enkel voor vrouwen tot een langere retentie en voor betere uitkomsten in vergelijking met de traditionele gemengde behandelingen.

Greenfield et al. (2007) en Marsh en Cao (2005) rapporteren dat vrouwen vlugger evolueren van gebruik naar regelmatig gebruik dan mannen. Zij zouden ook vlugger een eerste opname ondergaan. Deze opnames gebeuren eerder in een voorziening voor geestelijke gezondheidszorg dan in gespecialiseerde programma's, dit in tegenstelling tot mannen. De

traditionele verslavingszorg gebruikt vaker confronterende technieken in de behandeling. Dit zou beter aanslaan bij mannen dan bij vrouwen (Claus et al., 2007).

Vrouwen vertonen unieke psychosociale karakteristieken die geassocieerd worden met druggebruik. Zoals eerder vermeld hebben zij een laag zelfbeeld en hebben ze vaker geestelijke gezondheidsproblemen. Het stigma dat hen opgeplakt wordt, de taboe die rond deze problematiek heerst in de samenleving en het schuldgevoel dat ze hebben zijn grote hindernissen voor deze vrouwen om hulp en behandeling te zoeken (Brindis & Theidon, 1997; Claeys, 2011). Deze vrouwen blijven dan ook vaker verborgen voor de hulpverlening. Brindis en Theidon (1997) en Conners, Bradley, Whiteside-Mansell en Crone (2001) geven daarnaast aan dat deze vrouwen het gevoel hebben dat ze voor een keuze staan: zich laten opnemen voor een behandeling in de hoop op herstel of de zorg opnemen voor hun kind. De traditionele hulpverlening beschouwt een verslaafde moeder onterecht als onverschillig voor de noden voor haar kind en bekijkt de belangen van het kind als tegenovergesteld aan de belangen van de moeder. Ouders kunnen dus bijna nooit samen met hun kind in opname gaan. Dit zorgt voor een lacune binnen de drughulpverlening. Maar steeds meer wordt erkend dat elk kind recht heeft om op te groeien in zijn eigen gezin, op voorwaarde dat dit veilig kan gebeuren (Vandenstein et al, 2011).

Vrouwen die in behandeling gaan voor hun verslaving zijn vaak jonger en hebben een lagere scholingsgraad of tewerkstellingsgraad. Ze hebben naast gezondheidsproblemen ook geestelijke gezondheidsproblemen en ze zijn vaker blootgesteld aan fysiek en seksueel geweld (Claus et al., 2007). De verantwoordelijkheid die ze hebben over hun kinderen en het gebrek aan toegang tot diensten die kunnen instaan voor de zorg van hun kind met daarbovenop de veroordelende houding van de samenleving zijn barrières die vrouwen rapporteren. Ook de bereikbaarheid van voorzieningen vormt een hindernis voor vrouwen (Ashley et al., 2003). Deze vrouwen hebben heel vaak angst om de voogdij over hun kind te verliezen als zij in behandeling zouden gaan. Ze kunnen zich ook tegengehouden voelen door familieleden of vrienden die afhankelijk zijn van de vrouw (Conners et al., 2001). Angst om gearresteerd te worden wegens druggebruik kan eveneens een barrière zijn.

De verslavingszorg erkent steeds meer de unieke behandelingsnoden van verslaafde zwangere vrouwen en verslaafde moeders (Conners et al., 2001). Ze starten vaker met de

implementatie van programma's die aandacht hebben voor deze noden. Er bestaan dan ook verschillende behandelvormen voor drugverslaafde vrouwen met kinderen. Zo kan men de vrouwen screenen en eventuele bijkomende risicofactoren in kaart brengen. Op basis van deze screening kan men dan de vrouw doorverwijzen naar een residentiële dan wel ambulante begeleiding (Autrique, 2004). De ambulante begeleiding is vooral geschikt voor moeders die weinig of geen risicofactoren hebben. Het is voor hen voordeliger dan een residentiële behandeling. Van belang is wel dat deze ambulante diensten oog hebben voor de verschillende noden van deze vrouwen en niet vervallen in het gefragmenteerd aanbieden van verschillende diensten (Autrique, 2004). Daarnaast zijn er residentiële behandelingen. Enerzijds kunnen ze het druggebruik van de vrouw afbouwen maar anderzijds kunnen ze ook tegemoet komen aan andere risico's die deze vrouwen kunnen lopen. Zo kunnen ze dankzij een residentiële behandeling bvb ontsnappen aan gewelddadig gedrag van hun partner. Het biedt de mogelijkheid om zich een nieuwe levensstijl aan te meten en om ouderlijke vaardigheden aan te leren. Na een residentiële behandeling kunnen ambulante diensten aangewezen zijn om het herstel blijvend te ondersteunen (Autrique, 2004).

Er zijn een aantal behandelingscomponenten die invloed kunnen hebben op de behandelingsuitkomsten, zoals een langere retentie. Zo is het van belang dat een behandeling rekening houdt met de leeftijd van de vrouw en haar psychosociale noden (Autrique, 2004). De behandeling moet tegemoet komen aan een eventuele dubbeldiagnose en traumatische ervaringen van de vrouw. Ook een behandeling die hulp biedt bij polydruggebruik kan de retentie positief beïnvloeden. Van groot belang voor een succesvolle behandeling is sociale steun (Autrique, 2004). De betrokkenheid van familie kan zorgen voor een succesvolle behandeling. Inzicht in het ziekteproces van een verslaving kan zinvol zijn voor deze familieleden om de moeder te ondersteunen. Ook partners kunnen ondersteunend zijn, hoewel sommige partners ook de behandeling kunnen ondermijnen. Daarnaast is het belangrijk om de verantwoordelijkheid te erkennen die de moeder draagt voor haar kind. Voor moeders kan het daarbovenop een stimulans zijn om de behandeling volledig uit te doen als ook haar kind mee in de behandeling kan opgenomen worden (Autrique, 2004). Het zorgt er ook voor dat deze gezinnen niet uit elkaar gehaald worden. Het aanleren en verbeteren van ouderschapsvaardigheden kan ervoor zorgen dat de ouder

minder stress ervaart en langer in behandeling blijft. Het komt daarnaast het zelfvertrouwen en het zelfbeeld van de ouder ten goede (Autrique, 2004). Ten slotte is een niet-veroordelende houding van de hulpverlener essentieel en dient deze op een empowerende manier te werken.

Uit de review van Ashley et al. (2003) bleek dat vrouwen die samen met hun kind kunnen verblijven in een Therapeutische Gemeenschap langer in behandeling bleven dan vrouwen wiens kind geplaatst werd. Deze vrouwen hadden ook minder depressieve klachten en hadden een hoger gevoel van eigenwaarde. De auteurs geven bewijs van effectiviteit van volgende componenten binnen de drughulpverlening gericht op vrouwen: kinderzorg; prenatale zorg; opname van enkel vrouwen; aanvullende diensten en workshops rond vrouwgerichte onderwerpen; programma's gericht op geestelijke gezondheid en samengestelde programma's. Aanwezigheid van deze componenten zorgen ervoor dat betere resultaten, zoals een langere retentie, worden behaald. Ook Claus et al. (2007) bevestigen dit. Volgens Connors et al. (2001) kan een uitgebreide behandeling voor vrouwen en hun kinderen effectief zijn in het verminderen van negatieve uitkomsten van het drugsmisbruik. Brindis en Theidon (1997) stellen zelfs dat vrouwen zich mogelijks niet kunnen richten op een behandeling zolang andere noden, zoals bvb kinderopvang, huisvesting en voeding, niet vervuld zijn.

Ondanks de toenemende erkenning van de problematiek van ouders met een verslaving en de mogelijke behandelvormen, blijft het aanbod heel beperkt in Vlaanderen. Er zijn al een aantal programma's opgestart die deze doelgroep centraal stellen, maar toch blijft het aantal plaatsen waar verslaafde ouders terecht kunnen onvoldoende. Enkele van deze programma's zijn: Bubbels en Babbels (Free-Clinic vzw), PROject (Free-Clinic VZW), Project Drugverslaafde Ouders en hun Kinderen (MSOC Gent), KiDO-project (MSOC Oostende), OP+ (ADIC), Druglink (CGG Vagga Antwerpen) en het Tipi-programma (De Kiem). Enkel in OP+ en in het Tipi-programma is er de mogelijkheid om samen met het kind in behandeling te gaan.

Volgens Claeys (2011) is het niet alleen een kwestie van het hulpverleningsaanbod uit te breiden voor deze ouders, maar vergt dit ook een verandering in mentaliteit en zijn er structurele aanpassingen nodig. De genderspecifieke hulpverlening dient een integraal deel te worden van het hulpverleningsaanbod binnen de verslavingszorg omdat de traditionele

programma's vaak niet tegemoet komen aan de noden van drugverslaafde vrouwen en hun kinderen. Steeds meer wordt dan ook het belang van case management aangehaald (Brindis & Theidon, 1997). Dit om tegemoet te komen aan de complexe problemen die personen die middelen misbruiken kenmerken. Bovendien streeft case management er naar om verschillende diensten te coördineren en hoopt men zo de fragmentatie van de hulpverlening te overbruggen.

### **1.3 Case management als ondersteuningsvorm voor drugverslaafde ouders en hun kinderen**

#### 1.3.1 Ontstaan van case management

Case management ontstond aanvankelijk in de Verenigde Staten, als antwoord op de toenemende fragmentatie van het bestaande hulpverleningsaanbod en de deinstitutionalisering binnen de psychiatrie. De versnippering binnen de hulpverlening maakte de behoefte aan coördinatie, continuïteit en samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg duidelijk (Vandenstein et al., 2011). Case management werd in zijn beginjaren vooral toegepast bij personen met een chronische psychiatrische aandoening. Later werd deze methodiek ook toegepast in de bejaardenzorg, de jeugdhulpverlening en in de zorg voor personen met een verstandelijke beperking (Vanderplasschen & Wolf, 2005).

De toepassing van case management in de verslavingszorg is mede gegroeid door de erkenning dat verslaving een complex en chronisch probleem is, waarbij er een reële kans op herval is. Hierdoor kwam er besef dat er nood was aan een holistische benadering van behandeling. Daarnaast was er de vaststelling dat een toegenomen beschikbaarheid van behandelingen gepaard ging met een afnemende toegankelijkheid ervan, vooral voor personen met problemen die zo complex zijn dat ze moeten zoeken naar verschillende diensten om hieraan tegemoet te komen (Brindis & Theidon, 1997).

#### 1.3.2 Case management in de verslavingszorg

Vanaf de late jaren zeventig en begin jaren tachtig werd in Noord-Amerika case management gebruikt in het werken met personen met een afhankelijkheidsproblematiek. Deze ondersteuningsvorm moest gebruikers helpen in het identificeren van sociale problemen en gezondheidsproblemen en het moest hen helpen om toegang te vinden tot diensten die hier hulp bij konden bieden (Siegal & Rapp, 1996). Men schaarde zich achter het

idee dat sommige groepen van gebruikers geen voordeel haalden uit de reguliere hulpverlening en behandelingen (Siegal & Rapp, 1996). Daarnaast kwam men tot de vaststelling dat druggebruikers naast hun verslaving ook nog een veelheid aan andere problemen hadden (Vanderplasschen & Wolf, 2005).

Vanaf de jaren negentig werd case management ook in Europese landen toegepast, vooral bij gebruikers die moeilijk toegang kregen tot de bestaande hulpverlening (Vandenstein et al., 2011). In tegenstelling tot de Verenigde Staten, waar case management-programma's abstinentie promoten, laat men zich in Europa vooral leiden door een schadebeperkend perspectief, ook beter bekend als harm reduction (Vanderplasschen, Rapp, Wolf, & Broekaert, 2004). De complexe en langdurige problematiek van verslaafden en de versnippering van het hulpverleningsaanbod zijn verantwoordelijk voor de toepassing van case management in België (Vandenstein et al., 2011). Er zijn ongeveer 17 kleinschalige projecten in België die deze ondersteuningsvorm ingezet hebben, de meeste aansluitend bij de uitbouw van een crisisopvang voor personen met een drugverslaving (Vanderplasschen & Wolf, 2005).

Case management is vaak gericht op specifieke profielen binnen de gebruikersgroep, bvb dakloze verslaafden, personen met een dubbeldiagnose (psychiatrische en druggerelateerde stoornis) en kinderen van verslaafde ouders (Wolf, Mensink, van der Lubbe, & Planije, 2002). De flexibiliteit van case management is één van de belangrijkste sterktes. Volgens Brindis en Theidon (1997) wordt case management steeds meer gebruikt voor populaties die worden gemarginaliseerd. Ook volgens Vanderplasschen en Wolf (2005) gaat het om langdurig verslaafden die marginaal functioneren in de maatschappij en die moeilijkheden hebben om in contact te komen of te blijven met hulpverlening. Tot deze populatie behoren personen die dikwijls omschreven worden als personen die niet goed reageren op behandeling. Deze populatie wordt dan ook gekenmerkt door grote heterogeniteit. De traditionele programma's die bestaan, zijn niet ontworpen om te kunnen voldoen aan de complexe noden van deze populatie. Volgens Willenbring (1996) deelt deze populatie een aantal kenmerken: zo zouden ze een ernstigere vorm hebben van de aandoening, ze hebben nog een andere bijkomende medische of psychische aandoening, ze hebben ernstige beperkingen in tal van levensdomeinen, ze zijn socio-economisch achtergesteld en ze hebben een beperkte scholingsgraad. Daarbovenop hebben ze meestal geen werk en

verkeren ze in een armoedige situatie. Ze zijn vervreemd van de samenleving en gebruiken intensief de publieke diensten. Case management wordt dan ook vaak toegepast bij de moeilijkste en meest problematische cliënten. In België wordt case management vooral toegepast bij gebruikers met meervoudige en chronische problemen. Ook personen die in het gerechtelijke systeem betrokken zijn worden als doelgroep beschouwd (Vanderplasschen et al., 2004).

### 1.3.3 Wat is case management?

Er bestaat geen consensus over wat case management nu precies is (Wolf et al., 2002), maar de meeste definities van case management bevatten wel volgende functies: identificatie en bereiken van personen die dienstverlening nodig hebben; inschatting van mogelijkheden, problemen en specifieke noden; plannen van de dienstverlening; verbinden met dienstverlening; monitoring, evaluatie en bijsturen van de zorg en ten slotte belangenbehartiging (advocacy). Deze functies beschrijven wel wat case managers doen, maar niet hoe zij dit doen (Ridgely, 1996; Wolf et al., 2002). Van groot belang is een langdurige helpende relatie met een ervaren en zorgend persoon als case manager. Vanderplasschen en Wolf (2005) geven aan dat deze relatie een voorwaarde is om van case management te kunnen spreken. Volgens hen is het ook een voorwaarde om positieve resultaten te bereiken. Brindis en Theidon (1997) pleiten echter wel voor een duidelijk onderscheid tussen personen die instaan voor de behandeling en het drugvrij worden en personen die instaan voor het coördineren van diensten die ervoor zorgen dat een drugvrij leven behaald kan worden. Een gelijke relatie gekarakteriseerd door vriendelijkheid en vertrouwen is van belang. De cliënt moet voelen dat hij gerespecteerd wordt.

Case management kan omschreven worden als een variëteit van individuele diensten, gericht op het garanderen van de coördinatie en continuïteit van zorg, voor personen met langdurige en complexe problemen (Vanderplasschen, Derluyn, Broekaert, & Rombouts, 2003). Case management als ondersteuningsvorm bij verslaving is bedoeld voor personen waarbij naast problemen gerelateerd aan het druggebruik, ook nog problemen bestaan op gebied van tewerkstelling, huisvesting, relaties en financiën (Wolf et al., 2002). De langdurige en complexe problemen zorgen er voor dat verschillende instanties gelijktijdig bezig zijn met het bieden van hulpverlening op deze vlakken, zonder met elkaar in contact te komen. Volgens Vandenstein et al. (2011) zijn bij de hulpverlening aan druggebruikers

gemiddeld drie diensten betrokken. De stijgende nood aan case management wordt toegeschreven aan de toenemende complexiteit van individuele problemen en zorgsystemen (Vanderplasschen, Rapp, Wolf, & Broekaert, 2004).

Door de regiefunctie die de case manager op zich neemt, kan de cliënt een aangepast en op maat gemaakt hulpaanbod krijgen, wat resulteert in een gepersonaliseerd zorgplan (Brindis & Theidon, 1997). De case manager coördineert en organiseert de hulpverlening. Men tracht om de continuïteit van zorg te verbeteren en op elk moment hulp te bieden, zolang als nodig. Daarnaast wil men de toegankelijkheid van de hulp verbeteren en wil men barrières voor het verkrijgen van de nodige hulp opheffen. Door er voor te zorgen dat de cliënt de juiste zorg krijgt, hoopt men de effectiviteit van de hulpverlening te verbeteren (Wolf et al., 2002).

Case management kan betekenisvol zijn voor de populatie van personen met een afhankelijkheidsproblematiek:

“Een van de belangrijkste bijdragen van case management betreft het afstemmen van diensten op elkaar en het geheel te coördineren, zodat de hulpverlening overzichtelijk wordt voor de cliënt en de betrokken diensten. Hierdoor krijgt de cliënt zorg op maat en is de retentie hoger. Een van de belangrijkste voorspellers van een succesvolle hulpverlening is immers de duur van behandeling.” (Vandenstein et al., 2011, p. 63)

Samengevat heeft case management volgende doelstellingen (Vanderplasschen & Wolf, 2005): het wil de zorgcontinuïteit verbeteren en omvattende en gecoördineerde hulp bieden, zo lang als dat nodig is. Daarnaast wil case management de hulp toegankelijker maken en de barrières wegwerken die het verkrijgen van de nodige hulp belemmeren. Ten slotte wil het de efficiëntie verbeteren door de cliënten op het juiste moment de juiste samenstelling van interventies te bieden.

#### 1.3.4 Modellen van case management

De verschillende modellen worden onderscheiden van elkaar door de functies die ze uitoefenen. Deze modellen zijn vooral in de geestelijke gezondheidszorg uitgewerkt. Opgesomd zijn deze functies (Willenbring, 1996):



- Assessment: bepalen van de huidige sterktes, zwaktes en noden van het individu
- Planning: ontwikkelen van een specifiek plan voor elke cliënt
- Linking: verwijzen of doorverwijzen van de cliënt naar alle nodige diensten in het informele en formele netwerk
- Monitoring: voortdurende evaluatie van de vooruitgang van de cliënt
- Advocacy: belangenbehartiging van de cliënt

Deze functies worden op een continuüm geplaatst van duur, intensiteit, beschikbaarheid en het terrein van de dienst (Ridgely, 1996). Bij meer intensieve modellen van case management wordt ook de functie assertive outreaching vermeld. Dit houdt in dat geprobeerd wordt moeilijk bereikbare en verborgen doelgroepen te bereiken (Vanderplasschen & Wolf, 2005). De selectie van het model moet bepaald worden door welke diensten al beschikbaar zijn, de doelstellingen, het doelpubliek en de beschikbare wetenschappelijke evidentie (Vanderplasschen et al., 2004). In wat volgt wordt een overzicht gegeven van de verschillende modellen en hun evidentie.

#### *Makelaarsmodel*

Dit is het meest beperkte en kortdurende model van case management. De case manager richt zich vooral tot het identificeren van de behoeften en de problemen van de cliënt en helpt de cliënt toegang te krijgen tot de nodige hulp- en dienstverlening, dit alles in één of twee contacten (Vanderplasschen, Wolf, Rapp, & Broekaert, 2007). Er is hier dus geen sprake van een langdurige relatie. De case manager heeft een grote caseload omdat er per cliënt relatief weinig inspanningen worden gedaan (Wolf et al., 2002). Dit model is het minst effectief gebleken. Het zou wel een positieve invloed hebben op het aantal hulpverleningscontacten (Wolf et al., 2002). Vanderplasschen en Wolf (2005) geven aan dat dit model meer geschikt is voor cliënten die niet ernstig verslaafd of gemarginaliseerd zijn en die nog voldoende steun van hun omgeving ontvangen.

#### *'Generalist' of standaard case management*

Dit is een meer uitgebreide vorm van het makelaarsmodel. Dit model bevat alle basisfuncties en de case manager is meer betrokken (Geenens, Vanderplasschen, Broekaert, De Ruyver, & Alexandre, 2005). Voor dit model is enig bewijs van effectiviteit gevonden bij dakloze

gebruikers: zo was er een langere retentie en werden betere scores behaald op vlak van alcoholgebruik, medische toestand en werk- en woonsituatie. Het zou ook een positieve invloed hebben op herval na behandeling (Geenens et al., 2005; Vanderplasschen et al., 2007). Bij opiaatafhankelijke moeders werden significante effecten gevonden op hun psychosociaal functioneren. Bij zwangere verslaafde vrouwen bevordert case management de toegang tot en de retentie van behandeling (Vanderplasschen et al., 2007).

#### *Assertive Community Treatment (ACT)*

Volgens Wolf et al. (2002) heeft dit model in de geestelijke gezondheidszorg vrij goede resultaten behaald. De cliënt wordt op een actieve manier benaderd en de begeleiding kan in de thuissituatie plaatsvinden. De case manager is langdurig betrokken en heeft een kleine caseload, hij/zij focust op praktische problemen. De verantwoordelijkheid ligt bij het volledige team en niet bij de case manager alleen, zoals bij het makelaarsmodel. Dit model voorziet ook in assertieve outreaching naast therapeutische diensten (Vanderplasschen et al., 2007). ACT is het meest onderzocht. Dit model zou een positief effect hebben op het aantal dagen van opname en op de tevredenheid over de behandeling (Wolf et al., 2002). Vanderplasschen et al. (2007) rapporteren matige effecten van dit model voor drugverslaafde personen. Het zou wel succesvol zijn bij cliënten met een dubbeldiagnose (psychiatrische problematiek naast de verslavingsproblematiek).

In de literatuur spreekt men ook nog van *intensief case management*. Dit model bouwt voort op Assertive Community Treatment maar heeft een kleinere caseload en het benadert de casussen niet vanuit het team (Vanderplasschen & Wolf, 2005; Vanderplasschen et al., 2007). Bij de implementatie van intensief case management in Europa werd vooral gefocust op chronisch verslaafden met meervoudige problemen. Dit model heeft bijgedragen tot betere monitoring en tot een verbetering of stabilisering van de situatie van de meeste cliënten (Vanderplasschen et al., 2007). De positieve uitkomsten werden gerelateerd aan een langere retentie en de meerderheid van de cliënten bleek tevreden te zijn met dit soort ondersteuning. De robuustheid van implementatie was een bepalende factor voor de effectiviteit (Vanderplasschen et al., 2007). Dit model is het meest dominante model in België (Vanderplasschen et al., 2004).

### *Strengths-based case management*

Aan de basis van dit model ligt het geloof dat cliënten het meest participeren in de behandeling als ze de leiding hebben over doelen die echt van hen komen, in plaats van opgelegd door anderen. Volgens dit model beschikken individuen over mogelijkheden en innerlijke bronnen die hen toelaten om op een effectieve manier om te gaan met levensuitdagingen (Brun & Rapp, 2001). De relatie tussen de case manager en de cliënt is heel belangrijk. De gemeenschap wordt gezien als een bron van hulp en geen barrière. Case managers gaan ter plekke bij de cliënt en er zijn slechts minimale contacten in hun kantoor. Deze hulpverleners zijn erin getraind individuele verhalen bloot te leggen van hun cliënten. Deze verhalen onthullen sterktes die helpen in het omgaan met uitdagingen in het leven. Volgens Brun en Rapp (2001) heeft onderzoek gesuggereerd dat de waarde van dit model kan liggen in de aanmoediging van cliënten om in het behandelingsprogramma betrokken te blijven. Daarnaast zou dit model zorgen voor een hogere retentie in nazorg, zou er vermindering zijn van de ernst van het gebruik en zouden cliënten beter functioneren op het werk. Ook Rapp, Otto, Lane, Redko, McGatha en Carlson (2008) menen dat dit model bijdraagt tot het verbinding maken met behandelingen. Vanderplasschen et al. (2007) rapporteren een significante impact van dit model als het aangeboden wordt in een behandelingsprogramma. Zo zou er verbetering zijn in het gebruik van medische diensten en diensten voor het drugsmisbruik. Daarnaast rapporteren deze auteurs een significante impact op familiale relaties en heeft case management invloed op de tewerkstelling en op retentie in behandeling, wat gerelateerd was met verminderd druggebruik en een verbeterde juridische status. De effecten lijken echter wel te vervagen na verloop van tijd. Toch wordt ook kritiek gegeven op het model: zo is het mogelijk dat dit model de waardevolle rol van reflectie op problemen onderschat (Brun & Rapp, 2001). Brun en Rapp (2001) wijzen ten slotte op het belang om sterktes te benadrukken gedurende de gehele relatie. Het is niet voldoende om dit enkel in de beginfase van de begeleiding te doen en dan te verwachten dat dit het individu zal ondersteunen.

### *Klinisch case management*

In dit model nemen de case managers tevens een psychotherapeutische rol op zich en ze leren hun cliënten vaardigheden aan. Het opbouwen van een therapeutische relatie is dan

ook van groot belang. De case manager fungeert als rolmodel en heeft aandacht voor overdracht en tegenoverdracht bij de cliënt. Hij zoekt daarnaast naar een evenwicht tussen afstand en nabijheid (Wolf et al., 2002). Brindis en Theidon (1997) menen echter dat case managers vaak ook therapeutische doelen bereiken zonder dat ze therapeutische methoden bewust gebruiken. Zij vinden dat de rollen en verantwoordelijkheden duidelijk onderscheiden moeten worden. Volgens McLellan et al. (1999) resulteert klinisch case management in uitkomsten die twintig tot veertig procent hoger zijn na de behandeling op gebied van alcohol- en druggebruik, op gebied van medische en psychische gezondheid, op gebied van tewerkstelling en op juridisch vlak. Deze auteurs stellen dat deze ondersteuningsvorm een belangrijke en effectieve toevoeging kan zijn aan de standaardbehandelingen in de verslavingszorg. Zo krijgen cliënten toegang tot meer geschikte diensten en tonen ze meer verbetering na de behandeling. Vanderplasschen et al. (2007) rapporteren echter dat er weinig bewijs beschikbaar is voor de effectiviteit van dit model. De interventie zou volgens hen wel geassocieerd worden met een stijging in het voorzien van diensten en er zouden significante verbeteringen zijn na zes maanden op vlak van alcohol- en druggebruik, medische en psychische gezondheid en het functioneren op het werk.

### 1.3.5 Effectiviteit van case management

Uit het voorgaande blijkt dat er geen sluitend bewijs is voor de effectiviteit van case management. In een overzichtstudie van Vanderplasschen et al. (2007) werden positieve effecten gerapporteerd op gebied van cliëntuitkomsten, het gebruik van diensten, de toegang tot behandeling en retentie, de kwaliteit van leven, de tevredenheid van personen en kostenbesparingen. Deze auteurs geven echter ook aan dat het onwaarschijnlijk is dat case management meer effect heeft dan andere interventies voor druggebruikers. Het is aanvankelijk ontwikkeld om te voorzien in aanhoudende en ondersteunende zorg voor cliënten en om hen te koppelen met bestaande voorzieningen. Het zou dan ook te optimistisch zijn om daarbovenop nog te verwachten dat het langdurige en significante effecten heeft op het functioneren van de cliënt.

Door de toenemende aanvaarding dat druggebruik een chronische en recidiverende stoornis is, is het belangrijk om case management te bespreken vanuit een chronisch zorgperspectief (Rapp et al., 2008). Het primaire effect ligt in het ondersteunen van cliënten in hun dagelijkse

leven en hen te linken aan geschikte diensten. Het aanbieden van directe diensten of psychotherapie als onderdeel van case management kan bijdragen tot de stabilisatie of verbetering van de situatie van een cliënt, maar moet volgehouden worden en van lange duur zijn om effecten te produceren op lange termijn (Vanderplasschen et al., 2007). Het is daarom zinvoller om case management te beschouwen als een ondersteuningsvorm die een toegevoegde waarde kan bieden aan de bestaande interventies in de verslavingszorg (Vanderplasschen & Wolf, 2005). Volgens Vanderplasschen en Wolf (2005) en Vanderplasschen et al. (2004) hangt het succes van case management dan ook samen met de mate waarin het is geïntegreerd in het bestaande netwerk van diensten.

#### 1.3.6 Case management voor drugverslaafde ouders en hun kinderen

De toepassing van case management bij deze doelgroep is volgens Vandensteen et al. (2011) een zwaard dat langs twee kanten snijdt. De druggebruikende ouder vertoont dezelfde complexe en meervoudige problemen als andere druggebruikers, maar daar bovenop wordt de ouder geconfronteerd met een extra maatschappelijke stigmatisering. De combinatie druggebruik en ouder zijn ligt zoals eerder aangehaald moeilijk.

De case manager treedt op als link of buffer tussen verschillende voorzieningen en is daarnaast ook de begeleider van het gezin. Hij/zij maakt dat de persoon zichtbaar wordt voor de hulpverlening. Aan de grondslag ligt het geloof dat de ouders motivatie putten uit hun verantwoordelijkheidsgevoel om iets aan hun problemen te doen en dat ze van hieruit hulp toe laten. De case manager probeert de ouder in contact te brengen met hulpbronnen in de omgeving en neemt de coördinatie en opvolging van de hulpverlening op zich. Hij/zij probeert diensten op maat van de cliënt aan te bieden. Belangrijke taken voor de case manager zijn linking, coördinatie en advocacy (Vandensteen et al., 2011; Vanderplasschen, Lievens, & Broekaert, 2001).

Er wordt rekening gehouden met het feit dat elk kind recht heeft om op te groeien in het eigen gezin, op voorwaarde dat dit veilig kan gebeuren. Het inschatten van risicofactoren en het verkleinen ervan is eveneens een belangrijk onderdeel van de begeleiding. Protectieve factoren worden in kaart gebracht om deze te versterken. Ouders worden ondersteund in hun ouderrol en zo wordt geprobeerd preventief te werken naar de kinderen toe, dit aan de hand van inzichtverruiming in de eigen problematiek, schadebeperking, terugvalpreventie,

opvoedingsondersteuning en het creëren van een veilige opvoedingssituatie voor het kind. Gezien het gebrek aan kennis over kindercare en opvoeding is ook pedagogische ondersteuning van groot belang in de begeleiding van deze gezinnen (Vandensteen et al., 2011).

De meerwaarde van case management voor deze doelgroep zou kunnen liggen in het zich aangesproken voelen van de ouder als belangrijkste gesprekspartner als het gaat om de zorg voor het kind. Door het case management kunnen hulpverleners elkaar en de betrokken gezinsleden beter leren kennen. Door de regiefunctie wordt het globale overzicht verbeterd waardoor er maximale informatie beschikbaar is, wat de efficiëntie verbetert. De kennis wordt vergroot en het werken via netwerken wordt gestimuleerd. De cliënt kan zorg op maat aangeboden worden (Bubbels & Babbels, 2003).

Er bestaan reeds verschillende programma's die case management aanbieden als ondersteuning aan druggebruikende ouders en hun kinderen. In wat volgt wordt een overzicht gegeven van beschikbare literatuur rond deze programma's. Zo wordt in het onderzoek van Magura en Laudet (1996) het Family Rehabilitation Program in New York besproken, dat bestaat sinds oktober 1990. Het ontstond als antwoord op het hoge aantal plaatsingen van kinderen die werden blootgesteld aan ouderlijk druggebruik. Het programma wil gezinnen helpen om in te staan voor de ontwikkeling van het kind. Het biedt verslaafde moeders een gecoördineerde behandeling en intensieve sociale diensten gericht op het bewaren of het herstellen van het gezinsleven. Zowel behandeling als case management worden aangeboden om de ouder betrokken te houden in diensten die gericht zijn op de familiale noden. Er wordt een contract afgesloten tussen de moeder en het programma, waarbij het drugvrij leven als doel vooropgesteld wordt naast het verbeteren van ouderschapsvaardigheden. De auteurs rapporteren dat meer dan de helft van de gezinnen die begeleiding kregen een positieve uitkomst kenden, wat inhoudt dat het dossier op een succesvolle manier werd afgerond omdat de problemen opgelost waren of dat het risico op een plaatsing van het kind verminderd was. De auteurs besluiten dat zwangere vrouwen of moeders die al een kind hebben, voordeel halen uit behandelingen en voorzieningen die verschillende diensten integreren in hun aanbod en ingaan op de familiale noden van het gezin.

In het onderzoek van Marsh, Ryan, Choi en Testa (2006) wordt het Illinois Title IV-E Alcohol and Other Drug Abuse Waiver Demonstration programma geëvalueerd. Dit programma maakt gebruik van intensief case management voor gezinnen met een verslaafde ouder. De auteurs rapporteren dat het programma tot op zekere hoogte helpt om gezinnen te herenigen, maar ze geven aan dat het resultaat wordt beïnvloed door de aanwezigheid van problemen als huiselijk geweld, gebrek aan een stabiele en veilige huisvesting en psychiatrische problemen. Deze problemen komen vaker voor bij gezinnen waar sprake is van een verslaving en ze zorgen er voor dat het minder evident is dat een geplaatst kind terugkeert naar huis. Hoe meer problemen aanwezig bij een gezin waar jeugdzorg bij betrokken is, hoe kleiner de kans dat het kind zal kunnen terugkeren naar het gezin. Daarnaast stellen de auteurs vast dat als er vooruitgang geboekt wordt op een bepaald vlak, de kans op hereniging ook stijgt.

Grant, Huggins, Graham, Ernst, Whitney en Wilson (2011) beschrijven in hun onderzoek het evidence based Parent-Child Assistance Program, een case management aan huis programma dat gevestigd is in Washington sinds 1997. Nagegaan wordt hoe de interactie tussen risico's en protectieve factoren bij de moeder en bepaalde elementen van diensten wordt geassocieerd met hereniging van de moeder met het kind. De onderzoekers maken gebruik van vier groepen van vrouwen, ingedeeld op basis van het al dan niet opnemen van de zorg voor het kind. Het case management programma duurt drie jaar en is gericht op vrouwen die alcohol en/of drugs misbruiken tijdens hun zwangerschap en die weinig connecties hebben met gemeenschapsdiensten. De auteurs geven echter niet aan om welk model van case management het gaat. Het programma benadrukt het belang voor de case managers om een relatie uit te bouwen met hun cliënten die gebaseerd is op vertrouwen en empathie om zo plannen te kunnen opstellen die betekenisvol, relevant en haalbaar zijn. De case managers helpen de cliënt om persoonlijke doelen op te stellen en ze helpen hen stappen te zetten om die doelen te bereiken. Elke case manager heeft zestien gezinnen die hij of zij begeleid. De case manager doet huisbezoeken, helpt de moeders en hun familie om in contact te komen met gemeenschapsdiensten en coördineert dit. De onderzoekers rapporteren dat ongeveer zestig procent van de moeders de zorg over haar kind behield aan het eind van de begeleiding. Bij deze moeders werd meer tegemoet gekomen aan hun behandelingsnoden en hun geestelijke gezondheidsproblemen. Ze waren langer abtinent,

hadden zekere huisvesting, een hoger inkomen en steun om drugvrij te blijven. Bij moeders met meerdere psychiatrische problemen was het waarschijnlijker dat ze de zorg over hun kind terug kregen als ze een behandeling volgden voor hun verslaving en als ze een ondersteunende partner hadden.

Het Women's Intervention Services and Education Project in Florida is een programma dat intensief case management aanbiedt aan zwangere vrouwen of vrouwen die bevallen zijn en een residentiële behandeling volgen (Lanehart, Clark, Rollings, Haradon, & Scrivner, 1996). Ook na de behandeling was er de mogelijkheid om in het programma betrokken te blijven. De auteurs rapporteren positieve uitkomsten voor het programma. Er zouden minder arrestaties en opsluitingen zijn en de abstinente periodes zijn langer. Daarnaast werden ook minder kinderen met een laag geboortegewicht geboren. De onderzoekers zijn van mening dat verslaafde moeders baat hebben bij intensief case management en intensieve interventies die niet stoppen na de behandeling.

In een gerandomiseerde klinische studie van Jansson, Sviki, Breon en Cieslak (2005) werden drugverslaafde vrouwen gevolgd tijdens de eerste vier maanden na hun bevalling. Vrouwen werden at random toegekend aan standaard case management of aan intensief case management. Zowel uitkomsten bij de moeder als bij het kind werden met elkaar vergeleken. Vrouwen uit de groep waar intensief case management werd aangeboden toonden een betere retentie en hadden toegang tot een bredere waaier van diensten bij een follow-up van vier maanden. Ze hadden meer kans op abstinentie en hun kinderen zouden meer voordeel halen uit de diensten dan bij de groep van het standaard case management.

In 2006 voerden Morgenstern et al. een onderzoek naar de effectiviteit van intensief case management in vergelijking met standaard aangeboden hulp voor drugverslaafde moeders. Er werden twee onderzoeksgroepen opgezet: vrouwen werden toegekend aan een groep die een reguliere screen-and-refer model aangeboden kregen. Dit hield in dat zij werden gescreend en doorverwezen naar andere behandelingen en welzijnszorg. De tweede groep vrouwen kreeg hier bovenop ook intensief case management aangeboden. Bij deze laatste groep was het aantal vrouwen die in behandeling gingen en actief betrokken was significant hoger dan bij de vrouwen die dit niet aangeboden kregen. Ook de retentie was beter bij deze



groep. Dubbel zoveel vrouwen uit deze groep waren abtinent bij een follow-up van vijftien maanden.

Morgenstern et al. (2009) willen in hun onderzoek de relatie tussen abtinentie en tewerkstelling bij drugverslaafde moeders en de mate waarin intensief case management hiertoe bijdraagt nagaan. Ze maken gebruik van drie onderzoeksgroepen. De eerste onderzoeksgroep bevatte drugverslaafde vrouwen die werden doorverwezen naar reguliere behandelingen en welzijnszorg, de tweede groep bevatte drugverslaafde vrouwen die bovenop de behandelingen en welzijnszorg van groep één ook nog intensief case management aangeboden kregen. De derde groep bevatte ten slotte vrouwen die niet verslaafd waren maar wel gebruik maakten van welzijnszorg. Ook in dit onderzoek behaalt intensief case management positieve resultaten: het zou bijdragen tot langere abtinentie en zou de kans verhogen op tewerkstelling in vergelijking met de reguliere behandeling.

In 2011 gingen Kuerbis, Neighbors en Morgenstern het effect na van depressieve symptomen op de effectiviteit van intensief case management bij drugverslaafde moeders in een gerandomiseerde gecontroleerde studie. De hypothese was dat een hogere mate van depressieve symptomen de effectiviteit van intensief case management negatief zou beïnvloeden. De vrouwen in deze studie werden gedurende 24 maanden gevolgd en de hypothese bleek niet correct. Bij vrouwen met meer depressieve symptomen en die intensief case management aangeboden kregen, was er een grotere kans dat zij betrokken waren in minstens één behandelingsprogramma in vergelijking met vrouwen die de gewone screen-and-refer methode aangeboden kregen en in vergelijking met vrouwen die een lager aantal depressieve symptomen vertoonden. Daarnaast zouden deze vrouwen ook een lager aantal glazen alcohol per dag drinken dan beide vergelijkingsgroepen gedurende de 24 maanden dat ze gevolgd werden. Volgens deze auteurs is intensief case management dan ook een effectieve interventie voor verslaafde vrouwen die daarnaast een aantal depressieve symptomen vertonen.

In een recente studie is case management volgens Dauber, Neighbors, Dasaro, Riordan en Morgenstern (2012) een veelbelovende praktijk voor drugverslaafde ouders en hun kinderen omdat het gericht is op het overkomen van barrières met betrekking tot toegankelijkheid en omdat het diensten binnen het systeem coördineert. De interventie is volgens deze auteurs

effectief in het in retentie houden van kwetsbare groepen van gebruikers die geconfronteerd worden met verschillende barrières. Het zorgt ook voor meer participatie van de cliënten. De onderzoekers rapporteren dat intensief case management effectief is voor het abtinent blijven en het model zou bijdragen tot een hogere betrokkenheid in de behandeling en het zou de tewerkstellingsgraad verhogen. Dauber et al. (2012) geven aan dat dit model het meest effect heeft op het moment dat de contacten met de case manager het meest intensief zijn. De auteurs raden aan om de diensten zoveel mogelijk af te stemmen op de noden van de cliënt en ook de coördinatie van jeugdzorgdiensten op zich te nemen. Verslaafde ouders enkel van hun verslaving af helpen zonder aanvullende diensten is volgens hen niet voldoende wil men plaatsing van kinderen voorkomen. Jeugdzorg en verslavingszorg moeten samenwerken om positieve resultaten te bereiken. Case management kan hier toe bijdragen.

Uit deze studies kan besloten worden dat intensief case management het meest toegepaste model is voor deze doelgroep. Het draagt bij tot abtinentie, retentie en kan de terugkeer van kinderen naar huis bevorderen. Case management zorgt er voor dat barrières overbrugd worden en dat cliënten meer kunnen participeren. Het draagt daarnaast bij tot een hogere betrokkenheid in de behandeling en kan ook tewerkstelling bevorderen. Het is echter van belang dat de hulpverlening niet enkel oog heeft voor het drugsmisbruik, maar ook voor andere noden die het gezin vertoont, aangezien er zich meestal meerdere problemen voordoen. Het is dan ook belangrijk dat diensten samen werken en dat men case management probeert te integreren in het bestaande aanbod.

### 1.3.7 Case management voor drugverslaafde ouders en hun kinderen in België

In België bestaan ook al enkele programma's die gebruik maken van case management als ondersteuningsvorm. Zo is er het Kinderen van Drugsverslaafde Ouders project in Gent. Dit project werd opgericht binnen het Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) van Gent en biedt ondersteuning aan zwangere vrouwen en drugverslaafde ouders. Binnen dit project wordt gewerkt met een klinisch model van case management, waarbij geprobeerd wordt om de leefsituatie van de cliënten te verbeteren (Vandenstein et al., 2011). Dit project hecht veel waarde aan de sociale rechten van hun cliënten en men tracht zo veel mogelijk het kind bij de ouder te laten verblijven. Aandacht gaat naar de sterktes en de mogelijkheden van de cliënt en men probeert deze te versterken. Ook in andere MSOC's werden projecten voor

drugverslaafde ouders en hun kinderen opgericht. Zo is er het KiDO-project in het MSOC van Oostende en is er het Project Opvoedingsondersteuning in het MSOC van Leuven. Tot nog toe bestaat er nog geen onderzoek naar wat de effecten zijn van deze projecten.

Ook in Antwerpen bestaat sinds 2001 een case management project dat zich richt op (ex-) drugverslaafde ouders en hun kinderen, namelijk Bubbels & Babbels. Het case management dat toegepast wordt bij Bubbels & Babbels omvat alle basisfuncties die eerder werden aangehaald (assessment, planning, linking, monitoring en evaluatie). Daarbovenop worden ook een outreachende functie, om potentiële cliënten te bereiken die anders niet worden bereikt door het aanbod, en belangenbehartiging beschouwd als functies (Bubbels & Babbels, 2003).

Tijdens de begeleiding worden enkele fasen doorlopen. Ten eerste is er de aanmelding. De cliënt wordt aangemeld via een dienst of instelling of kan zichzelf aanmelden. Tijdens het eerste gesprek, een kennismakingsgesprek, wordt vooral toelichting gegeven bij de werkwijze van Bubbels & Babbels en welke verschillende stappen ondernomen worden. Er wordt benadrukt dat de ouder actief zal betrokken worden en dat de medewerking essentieel is. Daarnaast legt men heel sterk de nadruk op openheid. De case manager legt ook uit dat er overleg zal zijn met alle betrokken personen. Na dit gesprek kan de ouder zelf vrijblijvend beslissen of hij/zij al dan niet met Bubbels & Babbels wil samenwerken. Wanneer de ouder beslist om verder met Bubbels & Babbels in zee te gaan wordt een samenwerkingscontract getekend, waarin wederzijdse afspraken opgenomen zijn. Hierna kan gestart worden met de volgende fase, het assessment (Bubbels & Babbels, 2003).

In deze fase worden allerlei relevante gegevens over het gezin verzameld. Deze grote hoeveelheid gegevens worden geordend, zodat voor alle betrokken duidelijk is wat de situatie van het gezin is, wat de behoeften zijn maar ook wat de krachten van de kinderen zijn. Zowel de behoeften en mogelijkheden van de ouder, de kinderen maar ook die van het netwerk rond het gezin worden in kaart gebracht. De case manager gebruikt hulpmiddelen en instrumenten die de ouder helpen om een overzicht te krijgen van de situatie vroeger en de situatie nu. Zowel goedlopende zaken als zaken die minder goed lopen worden in kaart gebracht. De instrumenten worden volgens een bepaalde volgorde gehanteerd. Ten eerste wordt een genogram opgemaakt. Dit is een schematisch overzicht van de familie, waarbij het

kind of de kinderen een centrale plaats krijgen. Vervolgens wordt een ecogram gemaakt, dit brengt de omgeving van het gezin in beeld. Deze omgeving omvat zowel familieleden, vrienden en bekenden als hulpverleners. Ten derde worden ook alle relevante personen samen met de ouder opgesomd. Deze personen zijn voor de ouder zelf belangrijk, ze zorgen voor draagkracht of juist voor draaglast. Deze personen worden dan in een cirkeldiagram met eenvoudige symbolen geplaatst en later besproken met de ouder. Ten slotte worden de levensdomeinen van de ouders en de kinderen overlopen. Om te vermijden dat ouders telkens opnieuw hetzelfde verhaal moeten vertellen aan hulpverleners wordt afgesproken dat deze informatie ook door andere hulpverleners die betrokken zijn op het gezin mag gebruikt worden (Bubbels & Babbels, 2003).

In de derde fase, de planning, worden werkdoelen opgemaakt op basis van alle voorgaande informatie. Dit gebeurt uiteraard samen met de ouder. De werkdoelen betreffen de belangrijkste probleemgebieden en geven aan welke concrete doelstellingen, verwachtingen en evaluatiecriteria vooropgesteld worden. Hierna kan de case manager starten met de coördinatie en afstemming. Daarnaast organiseert de case manager, na contact met mogelijke hulp- en dienstverleners, een ronde tafel gesprek, waarop hulpverleners, ouders en eventueel familieleden of voor het gezin relevante personen aanwezig zijn. Tijdens deze afstemming wordt een maatzorgplan opgesteld aan de hand van de vooropgestelde werkdoelen. Afgesproken wordt wie, wat, waar, wanneer en op welke manier zal opnemen. In het achterhoofd houden de betrokkenen steeds het garanderen van een veilig opvoedingsklimaat voor het kind. Het maatzorgplan wordt beschouwd als het centrale plan voor de totale zorg. Het heeft als doel om meer systematisch, doelgericht, transparant, procesmatig en inzichtelijk te handelen (Bubbels & Babbels, 2003).

In de vierde fase komt het linking en de monitoring aan bod. Wanneer de voorziening waarbinnen een cliënt begeleid wordt niet geschikt is of wanneer het aanbod niet voldoende aansluit bij de problematiek van de cliënt, zal de case manager de ouder doorverwijzen naar een andere instantie. Als de begeleiding wat moeilijker verloopt, door welke reden dan ook, zal de case managers alle betrokkenen rond de tafel brengen om de begeleiding weer op gang te brengen. Monitoring heeft dan betrekking op het opvolgen en bijsturen van het maatzorgplan. Het hulpverleningsproces wordt geëvalueerd en de case manager gaat na of het plan gevolgd werd (Bubbels & Babbels, 2003).

In de vijfde en laatste fase, de evaluatie, wordt nagegaan of de doelstellingen bereikt werden. Ook de tevredenheid van de ouder wordt besproken evenals de rol van betrokken partners (Bubbels & Babbels, 2003).

Het project is door de jaren heen naar een duidelijke vorm en fasering toegegroeid. Jaarlijks worden een tiental dossiers opgestart, wat betekent dat deze ondersteuningsvorm zijn weg naar het publiek vindt en dat er publiek voor is. Na verloop van tijd is het dan ook steeds duidelijker geworden wat het profiel van dit publiek is (Bubbels & Babbels, 2003). Bubbels & Babbels hecht veel belang aan kwaliteitsbewaking en probeert dan ook de eigen werking te evalueren om een beeld te krijgen over wat deze ondersteuningsvorm oplevert. Zo werden werkbezoeken afgelegd bij projecten in Nederland die case management toepassen. Ook training, scholing, intervisies en supervisies dragen bij tot een permanente evaluatie van de eigen werking (Bubbels & Babbels, 2003). Ten slotte worden alle onderdelen van het project regelmatig geëvalueerd, zo was er in 2004 een procesevaluatie van Bubbels & Babbels, uitgevoerd door een masterstudente Orthopedagogiek aan de universiteit van Gent (Verkest, 2004). Er ontbreekt echter nog onderzoek naar de tevredenheid van cliënten die begeleiding kregen aan de hand van case management.

#### **1.4 Probleemstelling en onderzoeksvragen**

Uit het voorgaande blijkt dat steeds meer interesse getoond wordt voor enerzijds de problematiek van drugverslaafde ouders en anderzijds case management als ondersteuningsvorm voor deze ouders, ook in België. Onderzoekers gaan na wat effectief is voor deze groep van druggebruikers, maar tot nog toe is maar weinig wetenschappelijke aandacht geschonken aan de ervaringen en tevredenheid van de cliënten zelf. Ook onderzoek naar de mate van cliëntgerichtheid van case management programma's ontbreekt. Vooral de resultaten van de implementatie van case management worden bestudeerd, waardoor men zicht gekregen heeft op wat effectief is voor deze doelgroep. Daarnaast bestudeert men veranderingen in de leefsituatie van de gebruiker aan de hand van pre- en postmetingen (Dauber et al., 2012; Grant et al., 2011; Lanehart et al., 1996)). Maar van even groot belang is wat de gebruikers zelf als helpend of net als belemmerend ervaren. Zo weet men bvb dat de relatie tussen case manager en cliënt heel belangrijk is (Vanderplasschen & Wolf, 2005), maar men weet niet wat voor de cliënt in die relatie belangrijk is. Effectiviteit van programma's is uitermate belangrijk, maar tevredenheid van

de cliënt over die programma's is dat ook. Ook in België wordt case management steeds meer als een veelbelovende interventie beschouwd. Het ontbreekt echter aan onderzoek over hoe gebruikers deze interventie ervaren. Van belang is te weten of deze ervaringen stroken met het opzet van case management en met de taken van de case manager.

#### 1.4.1 Onderzoeksvragen

In 2011 bestond Bubbels & Babbels tien jaar. Aanvankelijk was dit het eerste project in België dat via deze ondersteuningsvorm begeleiding aanbood. In navolging van dit project ontstonden in Vlaanderen enkele andere soortgelijke projecten. Onderzoek naar deze projecten richtten zich zoals gezegd vooral op de implementatie van de methodiek of cliëntgerelateerde uitkomsten na begeleiding. In het huidige onderzoek wil de onderzoekster antwoord krijgen op de vraag hoe ouders een begeleiding aan de hand van case management beleefd en ervaren hebben. Er wordt in verschillende fasen gewerkt bij de begeleiding, maar de vraag is hoe de ouders hier naar kijken en welke elementen belangrijk zijn. Daarnaast wil de onderzoekster te weten komen wat voor de ouders een meerwaarde was in deze begeleiding of wat net beter kan. Ook de vraag of het duidelijk is wat het doel is van de begeleiding wordt nagegaan. Ouders mogen binnen deze begeleiding zelf doelen opstellen, maar de onderzoekster wil te weten komen wat er voor zorgt dat zij deze doelen kunnen bereiken. Ten slotte wil de onderzoekster nagaan hoe ouders de contacten beleefden met de case manager, gezien dit ontzettend belangrijk is gebleken in de literatuurstudie.

Aan de hand van dit onderzoek kan een beeld gevormd worden over hoe cliënten deze ondersteuningsvorm beleefden, wat voor hen zinvol was. De bevindingen van dit onderzoek kunnen richtlijnen bieden in het uitbouwen van projecten die case management implementeren als ondersteuningsvorm voor (ex-)drugverslaafde ouders. Daarnaast kan dit onderzoek voor het team van Bubbels & Babbels een belangrijke stand van zaken betekenen en kan het hun huidige handelen bijsturen of bevestigen.

## **HOOFDSTUK 2: METHODOLOGIE**

Voor het vorm geven aan het onderzoek werd op zoek gegaan naar een geschikt onderzoeksopzet. Omdat er tot op vandaag weinig onderzoek is naar de ervaringen van cliënten met case management als ondersteuningsvorm werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksvorm. Kwalitatief onderzoek wordt aangeraden bij moeilijk te bereiken onderzoeksgroepen. Daarnaast wordt kwalitatief onderzoek ook veel toegepast als de beleving of betekenisgeving van de onderzoeksgroep centraal staat evenals als het gaat om onderzoek naar interacties in bestaande situaties, instellingen of instituties. Er wordt geprobeerd om een gedeelde beleving te achterhalen (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2001).

In wat volgt wordt de methodologische uitwerking van het onderzoek besproken. In een eerste deel wordt de onderzoeksgroep beschreven. Hierna wordt overgegaan tot een beschrijving van de procedure die aan de grondslag ligt van het onderzoek. Daarna volgt een uiteenzetting het gekozen meetinstrument. Ten slotte wordt ook de data-analyse omschreven en wordt de methodologische kwaliteit van deze masterproef besproken.

### **2.1 Onderzoeksgroep**

Alle respondenten kregen begeleiding door Bubbels & Babbels, dit project is ontstaan in 2001 vanuit Free Clinic vzw in Antwerpen. Bubbels & Babbels gaat er van uit dat kinderen en jongeren waarvan één of ouder afhankelijk is van drugs, per definitie opgroeien in een risicosituatie. Zij stellen dat dit het ouderschap niet in de weg staat, maar wel bemoeilijkt. Het belang van het kind staat centraal, maar de ouder blijft de belangrijkste partner bij het realiseren van een veilig opvoedingsklimaat. Bubbels & Babbels heeft niet als doel om de ouder te doen stoppen met gebruiken, het beschouwt het druggebruik dus tot op zekere hoogte als gegeven. Het druggebruik wordt wel onderwerp van gesprek wanneer dit nadelig uitwerkt op de kinderen. De case managers nemen zelf initiatief en zijn outreachend van aard. Ze nemen echter geen hulpverleningstaken op zich. Vanuit de visie van empowerment wordt zoveel mogelijk geprobeerd de beslissingsmacht bij de ouders te laten en ervoor te zorgen dat zij de hulpverlening niet enkel ondergaan (Bubbels & Babbels, 2003).

Bubbels & Babbels stelt zich tot doel de basiszorg van kinderen van (ex)drugverslaafde ouders te garanderen en hen zo optimaal mogelijke ontplooiingskansen te bieden. Ze proberen een geïntegreerd ondersteuningsnetwerk rond ouders en kind tot stand te

brengen en in stand te houden. Daarnaast werken de case managers aan de onderlinge afstemming tussen de verschillende betrokken hulpverleningsactoren en willen ze voorzien in zorgcontinuïteit. Ook de deskundigheid rond de problematiek van druggebruik en zwangerschap/ouderschap binnen het werkveld trachten ze te vergroten. De structurele kenmerken die verband houden met deze problematiek worden gesignaleerd op beleidsniveau. Bubbels & Babbels hoopt te bereiken dat ouders na verloop van tijd de verantwoordelijkheden, die voortvloeien uit de zorg voor hun kind, op een adequate manier kunnen integreren in hun dagelijkse leefpatroon. Ouders worden gestimuleerd om zelfstandig oplossingen uit te werken voor toekomstige opvoedingsproblemen. Ten slotte wil Bubbels & Babbels de doelgroep bereiken en een aanbod bieden dat afgestemd is op de doelgroep. De case managers proberen het ondersteuningsvermogen van het netwerk te vergroten en benoemen en bestrijden de maatschappelijke oorzaken van het 'onaangepaste' gedrag van de cliënt (Bubbels & Babbels, 2003).

De overgrote meerderheid van de doelgroep van Bubbels & Babbels werd al beschreven in het onderdeel 'drugverslaafde ouders' (zie 1.1.1). Deze ouders leven vaak een geïsoleerd bestaan en de case manager van Bubbels & Babbels is dan de enige stabiele factor in hun sociaal netwerk. Een belangrijke taak is dan ook het ondersteunen en zo mogelijk verbreden van dit netwerk. Daarbij worden de ouders aangesproken op hun krachten en verantwoordelijkheden om hen het gevoel te geven dat zij de controle blijven houden over het gebeuren. De case managers proberen de ouders inzichten bij te brengen over hoe de omgeving invloed heeft op hun leven en hoe zij de omgeving kunnen beïnvloeden. De ouder wordt op een actieve manier betrokken, wat de aanvaardbaarheid van de boodschappen verhoogt. Participatie is dus van wezenlijk belang. Er wordt gestreefd naar een hulpaanbod dat zo dicht mogelijk aansluit bij de noden en behoeften van de ouder maar dat ook voorziet in de basisnoden van de kinderen (Bubbels & Babbels, 2003).

Als eerste stap werd afgesproken hoe groot de onderzoeksgroep zou worden. Om een representatieve steekproef te hebben werd bepaald dat vijftien personen zouden geïnterviewd worden. Omdat dit onderzoek als doel heeft te peilen naar de ervaringen van personen die case management als ondersteuningsvorm hadden werden een aantal criteria vooropgesteld. Zo kwamen enkel personen in aanmerking die een begeleiding gekregen hadden van minstens zes maanden. Daarnaast kwamen enkel dossiers in aanmerking die in



de periode januari 2008 tot en met december 2010 werden opgestart. In het jaar 2008 werden negen dossiers opgestart, in het jaar 2009 waren dat er ook negen en in het jaar 2010 waren dit er acht. Binnen deze 26 dossiers werd in vier van deze gezinnen de partner actief in de begeleiding betrokken. Ook deze partners werden opgenomen in de onderzoeksgroep.

De onderzoeksgroep bestond dus uit dertig ouders en er zouden vijftien personen gecontacteerd worden. Er werd besloten dat de personen enkel via de persoonlijke gegevens (telefoon, e-mailadres) waarover hun case manager beschikte zouden gecontacteerd worden. Het netwerk zou niet gecontacteerd worden om hen te bereiken. Deze onderzoeksgroep werd eerst nog tijdens een teamvergadering besproken, waarna vastgesteld werd dat bij zeven ouders geen sprake was van een begeleiding aan de hand van case management. Deze personen behoorden dus niet meer tot de onderzoeksgroep, die nu nog uit 23 personen bestond. Deze groep bestond uit achttien vrouwen en vijf mannen.

Alle 23 namen van de ouders werden op een papiertje geschreven. Deze werden daarna allen samen gevoegd, waaruit één voor één vijftien ouders met de hand getrokken werden. Één ouder bleek niet benaderbaar te zijn. Deze ouder droeg een enkelband en kon het huis niet verlaten, waardoor het interview thuis zou moeten plaats vinden. In het verleden had deze man seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoond, vanuit deze overweging werd besloten deze persoon niet te contacteren. Één ouder werd niet gecontacteerd omwille van acute psychiatrische problemen. Een interview leek hierbij niet aangewezen. Van vier ouders bleken de contactgegevens niet meer correct te zijn en deze ouders konden dus niet bereikt worden. Vier ouders werden bereikt maar reageerden niet op de vraag om deel te nemen aan het onderzoek. Één ouder was bereid om mee te werken maar om praktische redenen is dit niet gelukt. De ouder kwam niet opdagen en nieuwe pogingen om af te spreken werden niet beantwoord. Één ouder wou niet deelnemen aan het onderzoek. Één ouder werd niet meer gecontacteerd na besluit om verder te gaan met tien respondenten omdat er inhoudelijke verzadiging of saturatie bereikt werd (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005).

De tien resterende ouders waren allen bereid om deel te nemen aan het onderzoek en werden geïnterviewd. Het ging om negen vrouwen en één man. Bij één ouder was er een vermoeden van gebruik voor het interview. Op één ouder na hebben alle respondenten de

Belgische nationaliteit. Drie partners van ouders hadden een nationaliteit van buiten de Europese Unie. Vier ouders hadden een leeftijd tussen de twintig en de dertig jaar, één ouder bevond zich in de leeftijdscategorie van dertig tot veertig jaar en drie ouders waren tussen de veertig en vijftig jaar oud. Van twee ouders was het niet mogelijk om de leeftijd te achterhalen. Vijf ouders woonden op het moment van aanmelding samen met hun partner en hun kind(eren). Drie ouders woonden samen met enkel hun partner en twee ouders waren alleenstaand en woonden samen met hun kind. De meerderheid van de kinderen waren jonger dan negen jaar en woonden bij hun ouders.

Bij zeven van de tien ouders was er sprake van polydruggebruik. Heroïne werd het meest gebruikt (n=7), gevolgd door methadon (n=3), cocaïne (n=3), benzodiazepines (n=3), alcohol (n=2), amfetamines (n=2), cannabis (n=2) en andere medicatie (n=1). Vier ouders hadden als inkomen een leefloon, drie ouders kregen een ziekte- of invaliditeitsuitkering, twee ouders kregen een werkloosheidsuitkering en één ouder had een vaste baan. Bij hun kinderen werden volgende problemen vast gesteld: neonataal abstinentiesyndroom, hechtingsstoornissen, depressie, gedragsproblemen, emotionele problemen en leerachterstanden. Bij ongeveer de helft van de kinderen was er een normaal ontwikkelingsverloop.

## **2.2 Onderzoeksprocedure**

Alle ouders werden gecontacteerd door de case managers met de vraag of ze bereid waren deel te nemen aan het onderzoek. Hiertoe werd een document voor de eerste contactname opgesteld, zodat iedere ouder op dezelfde manier gecontacteerd zou worden door de verschillende case managers (zie bijlage een). Om de motivatie te verhogen werd beslist om een financiële vergoeding van €20 aan te bieden, dit werd vergoed door Het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen en Bubbels & Babbels. Als de ouder toestemming had gegeven om mee te werken aan het onderzoek werden de contactgegevens doorgegeven aan de onderzoekster, waarna deze contact met hen opnam om een afspraak te maken.

De ouder werd bij aanvang van het interview ingelicht over de inhoud van het onderzoek en gevraagd om een geïnformeerde toestemming te handtekenen (zie bijlage twee). Hierin stond onder andere vermeld dat de persoon op de hoogte was van de inhoud van het onderzoek, dat deze hier vrijwillig aan wou meewerken en toestemming gaf om het

interview op te nemen met een voice-recorder. Daarna werd de financiële vergoeding aangeboden en werd een ontvangstbewijs ondertekend. Er werd benadrukt dat alle gegevens op een vertrouwelijke manier zouden verwerkt worden en dat indien gewenst de resultaten konden worden meegedeeld. Slechts één ouder is op dit aanbod ingegaan. Daarna werd het eigenlijke interview afgenomen. Dit nam meestal ongeveer vijftig minuten in beslag. In het interview werd gevraagd naar de ervaringen van de ouder met de begeleiding van Bubbels en Babbels. Er werd gepeild naar wat voor hen belangrijk en waardevol was en wat voor verbetering vatbaar was bij elke fase van de begeleiding.

### **2.3 Meetinstrument: vragenlijst**

Als meetinstrument werd een semigestructureerd interview gekozen (bijlage drie). Het was van belang dat de onderwerpen vast lagen, maar daarnaast moest het mogelijk zijn om in te spelen op de antwoorden van de respondent en door te kunnen vragen. Dit soort interview maakt het ook mogelijk om af te wijken van de volgorde van de vragen (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005). De formulering van de vragen stond dus vast en de vragen zijn in principe voor elke respondent hetzelfde. De vragenlijst werd opgesteld door de interviewer. Dit werd in samenspraak gedaan met de projectleider en een case manager van Bubbels en Babbels.

Er werden open vragen opgesteld die peilden naar hoe de ouder de begeleiding ervaren heeft, dit voor elke fase van de begeleiding. Er werd dus niet zozeer naar het functioneren van het gezin gepeild, wel naar hoe zij dit alles ervaren hebben, welke aspecten voor hen belangrijk waren. Daarbij werd ook gepeild naar wat goed verlopen is, waar ze tevreden over zijn en wat zeker behouden moet worden. Daarnaast werd ook gepeild naar knelpunten in de begeleiding. Er werd de mogelijkheid gegeven tot het toevoegen van tips.

Er werd overwogen om een tweede interview af te nemen, maar uit het eerste afgenomen interview bleek dat er voldoende informatie bekomen werd met één interview. Daarnaast leek het niet haalbaar om de respondenten te motiveren om deel te nemen aan een tweede interview zonder nog een bijkomende financiële vergoeding. Ook een focusgroep werd overwogen, maar hier werd van afgestapt omwille van de heterogeniteit van de respondenten. Netwerkleiden en case managers werden niet bevraagd gezien het hier gaat om de beleving van de ouders.

## **2.4 Data-analyse**

Alle interviews werden opgenomen met een voice-recorder. Vervolgens werden deze interviews letterlijk uitgetypt door de onderzoekster. Deze uitgetypte interviews werden hierna allen grondig gelezen en de niet relevante tekst werd geschrapt. De overgebleven relevante tekst werd opgedeeld in fragmenten om een eerste overzicht te krijgen van mogelijke labels. De teksten werden vervolgens ingebracht in Nvivo, een programma om kwalitatief materiaal te helpen ordenen en het analyseren te vergemakkelijken. De tekstfragmenten werden gecodeerd en vergeleken, waardoor geleidelijk aan een boomstructuur van labels ontstond waarin getracht werd relaties en patronen in te onderscheiden. Deze relaties en patronen worden in het volgende hoofdstuk weergegeven aan de hand van thema's. Deze thema's worden volgens chronologie met de fasen van de begeleiding weergegeven. De thema's worden ondersteund door citaten van de ouders.

## **2.5 Methodologische kwaliteit**

Volgens Maso en Smaling (1998) is methodologische kwaliteit te omschrijven als de argumentatieve overtuigingskracht van de onderzoeksconclusies. Conclusies moeten goede antwoorden vormen op de onderzoeksvraagstelling en dit kan alleen het geval zijn als de vraagstelling zo gekozen en geformuleerd is dat ze ook beantwoordbaar is. Objectiviteit is een belangrijke voorwaarde in onderzoek. Het gaat er dan om dat je recht doet aan het object, dat niet op te vatten is als iets statisch of als iets dat bestaat buiten het bewustzijn van de onderzoeker. Historische, culturele, sociale, theoretische en persoonlijke factoren spelen onbewust mee, waardoor kwalitatief onderzoek niet of nauwelijks objectief kan zijn (Maso & Smaling, 1998).

Er zijn twee belangrijke kwaliteitscriteria, namelijk validiteit of geldigheid en betrouwbaarheid (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005). Validiteit of geldigheid is de juistheid van de onderzoeksbevindingen. Dit criterium bestaat uit drie vormen van geldigheid. De eerste vorm betreft interne geldigheid. De onderzoeker dient zich de vraag te stellen welk onderzoeksopzet het meest geschikt is om een geldig antwoord te vinden op de onderzoeksvraag (Baarda et al., 2005). Dit werd besproken in het onderdeel 'Meetinstrument'. Externe geldigheid is de tweede vorm. Dit betekent dat de resultaten zoveel mogelijk te generaliseren moeten zijn. Ze moeten dus opgaan voor een grotere groep dan enkel de testgroep (Baarda et al., 2005). De onderzoeksgroep bestond uit tien

respondenten. Maar deze groep was wel representatief: na tien interviews werd saturatie van de gegevens ondervonden. De vraag is in hoeverre de antwoorden van de personen die niet bereikt werden de resultaten zouden beïnvloed hebben. Ten slotte is er nog de instrumentele of dataverzamelingsgeldigheid. Deze vorm van validiteit heeft te maken met de kwaliteit van de verzamelde gegevens. Dit criterium zegt iets over de mate waarin de gegevens een geldige weergave zijn van het te bestuderen fenomeen in de praktijksituatie (Baarda et al., 2005). De onderzoekster was zich er van bewust dat meerdere meetinstrumenten de instrumentele validiteit zouden kunnen verhoogd hebben. Toch denkt ze dat de met dit meetinstrument verzamelde gegevens ook een geldige weergave zijn van het fenomeen.

Naast validiteit is er ook betrouwbaarheid. Dit criterium zegt iets over de mate waarin metingen onafhankelijk zijn van toeval. De onderzoeksconclusies moeten controleerbaar en inzichtelijk zijn en de onderzoeker moet alert zijn voor potentiële verstoringen (Baarda et al., 2005). De keuze voor het meetinstrument en de beschrijving van de respondenten werd eerder al beschreven. De onderzoekster heeft alle interviews opgenomen met een dictafoon, met toestemming van de respondent. De veldnotities werden zorgvuldig bijgehouden en er werden zo snel mogelijk aantekeningen en notities gemaakt. Ook de interviews werden zo snel mogelijk zorgvuldig uitgetypt om de betrouwbaarheid zo hoog mogelijk te houden.

## HOOFDSTUK 3: RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden thema's besproken die betrekking hebben op hoe de ouders de begeleiding door Bubbels & Babbels ervaren hebben. Omdat de begeleiding gefaseerd verloopt, wordt hier gekozen om deze thema's ook weer te geven volgens de chronologie van de fasen. Er worden telkens citaten van de ouders gebruikt om deze thema's toe te lichten. Omwille van vertrouwelijkheid zijn geen namen in de citaten gebruikt.

### 3.1 De aanmelding en de eerste gesprekken

#### 3.1.1 Vrijwilligheid

Alle ouders zijn door anderen bij Bubbels & Babbels terecht gekomen. Geen enkele ouder had ervoor al gehoord van Bubbels & Babbels. Enkele ouders werden aangemeld via De Sleutel (n=3), de sociale dienst van het ziekenhuis (n=3). Andere ouders werden aangemeld via de Jeugdrechtbank (n=1) of op aanraden van Free-Clinic (n=1). Ook via andere hulpverlening, bvb via een sociaal assistent, kwamen ouders bij Bubbels & Babbels terecht (n=2).

Zes van de tien ouders hebben toch enige druk ondervonden om de stap te zetten naar deze organisatie. Ze geven aan dat hen verteld werd door de verwijzers dat ze vrijwillig kunnen gaan, maar dat er consequenties aan vast hangen als ze dit niet doen. Ze weten echter wel dat de begeleiding door Bubbels & Babbels zelf op een vrijwillige basis verloopt. Ze zetten vaak de stap uit angst dat hun kind afgenomen zal worden of net om hun kind terug te krijgen. De ouders geven ook aan dat ze wel het nut van de begeleiding inzagen. Ondanks de druk die ze ondervonden waren ze wel blij dat ze de stap hebben gezet. Één ouder gaf de opmerking dat het jammer is dat het toch vaak wordt opgelegd, omdat er dan een basis van wantrouwen ontstaat terwijl het net zo'n goede organisatie is. Daarnaast komt ook de opmerking dat die druk wel goed kan zijn, omdat ouders anders zelf niet zo vlug de stap zouden zetten naar Bubbels & Babbels.

*Citaat:*

*Mama: Ja ergens wel, omdat het ergens een verplichting was omdat ik toch gebruikte eigenlijk, voor mijn kind zelf wil ik zeggen. Ik heb het dan toch maar gedaan, ik had zoiets van, ze gaan het afpakken van de moment dat het geboren is en dit en dat.*

Vier ouders hebben de weg naar Bubbels & Babbels geheel vrijwillig gevonden. Het werd hen wel aangeraden door andere instanties. Ze hadden zelf de vraag gesteld of zagen in dat het nodig was. Voor één ouder was het een poging om te bewijzen aan andere hulpverlening dat ze op het goede pad zat.

*Citaat:*

*Mama: Nee helemaal niet, ik heb daar juist zelf eigenlijk om alle soort hulp gevraagd gewoon om te bewijzen eigenlijk dat ik wel bereid ben om mij te laten helpen en om te kunnen laten zien dat ik toch wel nu serieuze stappen heb ondernomen om clean te worden. En dat ik het toen destijds eigenlijk ook al was maar ze gingen mij niet geloven, dus. Ze zeggen altijd, als je een junk bent dan geloven ze je helemaal niet meer, al ben je dan al zeg maar zes maanden clean, je moet minimaal bewijzen dat je twee jaar clean bent voordat je serieus werd genomen, en dat was het probleem dat ik nooit serieus werd genomen, ja.*

### 3.1.2 Wijze waarop ouders zich benaderd voelen

De meerderheid van de ouders (n=7) geeft aan dat ze zich in de eerste plaats benaderd voelden als ouder. Toch zijn ze zich bewust van het feit dat ze ook een verslaving hebben. Dit wordt mooi geïllustreerd door een ouder:

*Citaat:*

*Mama: Als een ouder die verslaafd was.*

De overige ouders rapporteerden dat ze het gevoel hadden dat ze bekeken werden als een verslaafde. Ze wijzen er echter heel duidelijk op dat dit een gevoel was en dat ze snel een andere indruk kregen. Het is vooral het eigen besef dat ze verslaafd zijn of waren dat voor dit gevoel zorgde.

*Citaat:*

*Mama: Een verslaafde he toch, ik had daar schrik voor dat die mij zo zagen, maar dat was uiteindelijk niet.*

### 3.1.3 Druggebruik en ouderschap

Voor slechts één ouder was het niet helemaal duidelijk hoe Bubbels & Babbels staat tegenover druggebruik en ouderschap. De overige ouders gaven aan dat zij heel duidelijk op de hoogte waren gesteld van de visie van Bubbels & Babbels. Ze hadden dit op een open en correcte manier gedaan.

*Citaat:*

*Mama: Of het duidelijk was? Ja, ze hebben uitgelegd dat het is voor mensen met een verslaving, waar misschien beide of één ouder verslaafd is, of die verslaafd waren. Om hun eigenlijk meer steun te bieden en een beetje een oogje te houden of alles wel goed gaat en als het echt, echt niet gaat, dat ze dan wel stappen kunnen ondernemen. Dat heeft ze uitgelegd, ja.*

Alle ouders geven aan dat ze heel goed op de hoogte waren van het feit dat de veiligheid van het kind voorop staat. Bubbels & Babbels heeft hen dat heel duidelijk verteld en ze vinden dit ook goed. Het had weinig invloed op de samenwerking en sommige ouders vinden het logisch dat ze dit vooropstellen. Deze ouders zaten vaak wel met angst dat hun kind zou afgenomen worden, maar ze stellen dat Bubbels & Babbels heel duidelijk heeft uitgelegd dat ze de voorkeur geven aan een verblijf van het kind bij de ouder. De ouders weten heel goed dat de veiligheid van het kind en het belang van het kind voor alles komt.

*Citaat:*

*Mama: Ja, want daar gaat het ook om he. Ik kan fouten maken maar mijn kinderen moeten daarvoor niet beboet worden he. Dat is hetgeen zij duidelijk hebben willen maken, van, wou jij gebruiken, ik zeg, het is nu niet meer, wou jij gebruiken dan moet jij je kinderen eerst in veiligheid brengen. Dat ging echt wel om mijn kinderen, ook om mij emotioneel, maar het gaat echt om uw kinderen. De veiligheid van de kinderen, dat die gewaarborgd kon zijn.*

### 3.1.4 Duidelijkheid en bespreekbaarheid

Bij alle ouders was er sprake van het gevoel dat ze alles konden bespreken. Zelfs als de ouder gebruikt had, kon hij of zij dit zonder schaamte vertellen. Ook moeilijkheden konden



besproken worden waarna een oplossing werd gezocht. De ouders hadden ook het gevoel dat ze voldoende inbreng konden doen en dat ze hun eigen mening mochten geven.

*Citaat:*

*Mama: Ja, ik kon wel dingen zeggen he, als het niet goed gaat of als je je er slecht bij voelde, dan kon je dat wel zeggen, ze hebben dat in het begin ook heel duidelijk gezegd: als er iets is dat je niet wilt dan moet je dat ook zeggen.*

Ook qua duidelijkheid waren de ouders tevreden. De ouders gaven aan dat Bubbels & Babbels steeds duidelijk vertelde waar het op stond, dat ze alles heel open en correct meedeelden. Bubbels & Babbels zou zelfs eerder teveel uitleggen dan te weinig, zodat de ouder zeker voldoende op de hoogte is. Één ouder geeft aan dat ze tevreden was over het feit dat Bubbels & Babbels heel duidelijke informatie gaf over wat drugs allemaal kunnen doen tijdens de zwangerschap. Ze vond het echter niet duidelijk hoe Bubbels & Babbels precies kijkt naar ouderschap en druggebruik.

Daarnaast werd gevraagd naar de duidelijkheid rond de taak van Bubbels & Babbels en of het duidelijk was wie wat ging doen. Op één ouder na wisten alle ouders wat Bubbels & Babbels deed en wat hun taak was. Alle ouders stellen dat ze heel goed wisten wie wat ging doen en bij wie ze terecht konden. Het was voor hen duidelijk wat andere organisaties deden en gingen doen.

*Citaat:*

*Mama: Heel duidelijk. Zij coördineren alles en dat was echt een evaluatie iedere keer rond de tafel, dus ja. Waaw. Alle diensten die erbij waren die stonden allemaal op de tafel. Het was niet dat iemand twee keer hetzelfde deed en de andere wist weer van niks. Iedereen was goed op de hoogte, heel goede communicatie.*

*Mama: Ja, heel goed. Dat waren in het begin informatiegesprekken eigenlijk, rond de tafel. Daar werd uitgelegd wat Bubbels & Babbels allemaal kan doen en op welke manier ze kunnen helpen. Ook hebben ze gezegd dat als er iets is dat je altijd contact kon opnemen met vragen en zo. En dat ze een soort netwerk om je heen doen.*

### 3.1.5 Verwachtingen

Er werd gepeild naar duidelijkheid rond wat de ouder van Bubbels & Babbels zou mogen verwachten. Daarnaast werd ook gevraagd of hun verwachtingen ingelost werden. De meerderheid van de ouders (n=8) geven aan dat ze een vrij goed zicht hadden op wat Bubbels & Babbels mogelijks voor hen zou kunnen doen. Enkele ouders (n=4) stellen zelfs dat Bubbels & Babbels uiteindelijk meer heeft gedaan dan ze aanvankelijk verwachtten. Slechts één ouder had op sommige momenten meer verwacht van de begeleiding. De overige ouders menen dat hun verwachtingen zijn ingelost en dat zich geen situaties voordeden waarin ze meer verwacht hadden van Bubbels & Babbels.

*Citaat:*

*Mama: Nee, dat ze zo ver gingen, nee. Ik dacht dat dat weer iets zou zijn van de zoveelste begeleiding, wat gelul. Maar dit was echt geen gelul, dit heeft mij heel wat tranen gekost.*

*Mama: Nee, het is meer dan dat ik verwacht had.*

De ouders werden ook gevraagd of het voor hen duidelijk was wat Bubbels & Babbels van hen verwachtte. Voor zo goed als alle ouders (n=8) was dit duidelijk. De ouders gaven aan dat verwacht werd van hen dat ze eerlijk en open waren en dat ze vrijwillig zouden meewerken. Bubbels & Babbels heeft duidelijke boodschappen gegeven.

*Citaat:*

*Mama: Ja, er waren bepaalde regels. Er is een regel dat als je een terugval krijgt, dat je het mag zeggen. En dat ze gewoon gaan kijken dat het niet te erg wordt, want ze hebben wel uitgelegd, ze gingen ook wel altijd zeggen, we gaan er niet van uit dat het bij mij het geval is, want ze kunnen wel zien dat ik serieus op de goede weg was, maar het kan zijn dat je een terugval krijgt en dan moet je dat ook eerlijk zeggen. Dat was wel een soort voorwaarde eigenlijk wat ik me kan herinneren. Dus dat je eerlijk moest zijn en dat je je voor niets hoeft te schamen, want dat kan gebeuren. Het was niet zo dat je gelijk een afdankertje was, dat ze zeggen, oké, nu is het gedaan. Je krijgt wel weer een kans.*

### 3.1.6 Gevoel na eerste gesprekken

De meerderheid van de ouders had een goed gevoel na de eerste gesprekken. Het deed hen deugd te weten dat Bubbels & Babbels er was om hen te helpen en niet om hun kind af te nemen. Enkele ouders geven aan dat ze zich opgelucht voelden, dat ze blij waren dat ze hun verhaal kwijt konden zonder schrik te hebben om hun kind te verliezen. Toch waren er ook een aantal ouders wat zenuwachtig tijdens de eerste gesprekken. Ze stelden echter wel dat dit na enkele gesprekken verdwenen was. Één ouder voelde zich heel erg aangedaan door die eerste gesprekken. Ze heeft veel waardering gekregen voor Bubbels & Babbels omdat ze emotioneel rekening hielden met haar. Tijdens de interviews werd ook gevraagd of de ouders een voldoende veilig gevoel hadden bij de eerste gesprekken. Ondanks dat de meeste ouders toch een beetje op hun ongemak waren, vonden ze wel dat Bubbels & Babbels er in geslaagd is om hen een veilig gevoel te geven. De meesten waren op hun gemak tijdens die eerste gesprekken. Enkele ouders waren toch eerder wat zenuwachtig, omdat ze nog niet goed konden inschatten hoe Bubbels & Babbels zich tegenover hen ging opstellen. Het blijven ten slotte vreemde mensen in het begin en het verleden zorgde ervoor dat er wat wantrouwen was, wat na verloop van tijd verdween.

*Citaat:*

*Papa: Dat eerste gesprek was eigenlijk, ik voelde mij wel heel goed bij dat gesprek maar je hebt altijd zo wel een beetje die angst van die eerste momenten.*

*Mama: Opgelucht, op de een of andere manier toch, zo een kalmte die over u komt van, hoe moet ik dat zeggen,... Ja, ik weet eigenlijk niet hoe ik het moet formuleren. Het is een opluchting, je kan ook alles eens kwijt, en na die gesprekken ja, dat geeft toch een bepaalde voldoening. Ja, je krijgt een bepaalde rust terug. Je gaat altijd met een gerust gevoel terug naar huis zal ik zeggen. En dat doet heel veel, dat wel.*

### 3.1.7 Tevredenheid

Uit het voorgaande blijkt dat de ouders vrij tevreden zijn over de kennismakingsgesprekken. Tijdens de interviews werd ook gevraagd naar eventuele verbeteringen of tips voor deze gesprekken. De antwoorden waren duidelijk: de ouders vonden dat Bubbels & Babbels heel hard hun best hadden gedaan tijdens deze gesprekken. Ze hadden geen tips ter verbetering. Twee ouders gaven wel raad voor toekomstige cliënten: wees eerlijk en werk zoveel mogelijk

mee. Één ouder, die algemeen niet tevreden was over de begeleiding, gaf als tip aan de begeleiding om duidelijk de grenzen aan te geven.

*Citaat:*

*Mama: Nee. Nee, ik denk eerder dat ze op punten hoe dat het hoort te zijn meer hebben gegeven van zichzelf dan eigenlijk te weinig.*

## **3.2 De begeleiding**

### 3.2.1 Instrumenten

Het samenwerkingscontract is het instrument dat de meeste ouders zich nog herinneren. Ze vinden dit best wel oké omdat het kan helpen om afspraken, gemaakt door de begeleiding als door de ouder, na te komen. Verder werd ook het doelenschema aangehaald. Ouders vinden dit zinvol omdat het helpt structuur te creëren en om gezamenlijk aan een doel te werken. Het is overzichtelijk en er kan naar terug gegrepen worden. Geen enkele ouder haalt het gebruik van een genogram of ecogram aan.

*Citaat:*

*Mama: En dan hebben ze een doelenschema, van wat wil jij bereiken, heel doelbewust, die werken heel schematisch, in vakken, weet je wel, dat vak, dat vak, is voor die persoon, die persoon en lukt dat oké, streep erover, dat valt weg en dan werken we aan een ander doel.*

### 3.2.2 Werken met persoonlijke doelen

Voor de ouders was het vaak moeilijk om persoonlijke doelen op te stellen. Toch vinden ze het een goede manier om problemen aan te pakken. Het helpt hen om niet af te dwalen van hun weg. Bijna alle ouders hadden ook het gevoel dat Bubbels & Babbels hun doelen op een positieve manier benaderde, dat ze deze niet te hoog gegrepen vonden. Het gebeurde wel dat de case manager voorstellen deed om een doel anders aan te pakken, maar ouders vonden dit niet erg. De ouders zijn ook van mening dat de werking van Bubbels & Babbels helpt om hun doelen te bereiken. Slechts één ouder had het gevoel dat Bubbels & Babbels niet geloofde in het doel dat de ouder vooropstelde.

*Citaat:*

*Mama: Eigenlijk wel een leuke manier van werken, want je moet u aan de dingen houden zo. Ik heb zo al eens momenten dat ik zo al eens afdwaal van mijn weg en dat ik al eens zeg van 'nee', en uiteindelijk als je zo'n ding opmaakt zo, vind ik dat wel, toch wel passen in uw schema, als je zo heel uw dag hebt gemaakt en je hebt zo van die doelen die je in de dag moet bijstellen, ja, ik vind dat wel tof.*

### 3.2.3 Privacy

Binnen dit thema is er wat verdeeldheid bij de ouders. Sommige ouders vinden het geen enkel probleem dat Bubbels & Babbels bij hen thuis komt of dat ze zoveel van hen weten. Andere ouders hebben het er toch wat moeilijker mee. Ze geven echter wel aan dat Bubbels & Babbels op een respectvolle manier omgaat met hun privacy en dat dit verbeterde na verloop van tijd. Één ouder had het gevoel dat wat ze vertelde soms tegen haar gebruikt werd.

*Citaat:*

*Mama: Eigenlijk wel een beetje raar, het doet raar dat je plots ineens alles moet blootgeven aan de mensen, dat moet ik wel toegeven, dat dat op de een of andere manier toch een beetje raar doet.*

*I: Vind je dat ze daar op een respectvolle manier mee zijn omgegaan?*

*Mama: Bubbels & Babbels wel. Die mensen wel, dat moet ik eerlijk toegeven. Zoals de jeugdrechtbank en het ziekenhuis, dat waren andere zaken, maar Bubbels & Babbels vind ik op een heel correcte manier, ja.*

### 3.2.4 Houding van Bubbels & Babbels

Ook binnen dit thema is de mening op bepaalde vlakken niet eenduidig. Zo menen enkele ouders dat ze zich aanvankelijk door Bubbels & Babbels veroordeeld of beschuldigd voelden. Ze geven echter wel aan dat dit altijd zo aanvoelt in het begin, omdat je dit meeneemt uit ervaringen met andere hulpverlening. Het ligt volgens hen dan ook niet aan signalen die Bubbels & Babbels zou geven, maar wel aan het verleden van de ouder. Ze stellen daarnaast dat dit gevoel heel snel verdween en dat ze voor de rest nooit met negatieve houdingen van Bubbels & Babbels geconfronteerd werden. De ouders geven aan dat het eerder andere

hulpverleners waren die zich negatief opstelden. Enkele ouders voelden zich in het begin wel nogal gecontroleerd door Bubbels & Babbels, ze waren het niet gewoon om zoveel contacten te hebben. De meerderheid van de ouders hebben niet het gevoel dat Bubbels & Babbels een negatieve houding aan nam.

*Citaat:*

*Mama: In het begin heb je dat altijd.*

*I: Ook bij Bubbels & Babbels?*

*Mama: In mindere mate, omdat je die geruststelling al krijgt van hen, van kijk wij zijn personen die mee zoeken naar oplossingen, bij ons is het, wij helpen u, maar wij nemen u niks af. Terwijl dat je in het ziekenhuis en van de jeugdrechtbank en alles een heel andere indruk krijgt van, ze gaan er bijna om doen om de kleine toch maar te kunnen afpakken. Die indruk krijg je daar, en deze indruk krijg je bij Bubbels & Babbels. Dus uiteindelijk voor mij is dat verschil extra, extra groot. Ik vind het een heel correcte manier geweest bij Bubbels & Babbels.*

### 3.2.5 Aan het stuur staan en inspraak

Één ouder had niet de indruk dat ze aan het stuur zou staan tijdens de begeleiding. Ze meende dat de dingen niet gedaan werden zoals zij het wou of dat er dingen achter haar rug gedaan werden. Een andere ouder vond dit nogal moeilijk te omschrijven. Zij vindt dat je altijd aan het stuur van je leven staat. Haar partner gaat hier mee akkoord, maar hij vindt dat je nooit echt aan het stuur kan staan tijdens de begeleiding, omdat er toch steeds afspraken zijn die je moet nakomen. Drie ouders dachten aanvankelijk niet dat zij de controle zouden hebben over wat er allemaal zou gebeuren. De overige ouders dachten daar niet hetzelfde over. Zij hadden wel het gevoel dat zij de controle zouden blijven behouden. Ze geven daarnaast ook aan dat het bijna niet anders kan dan dat je de controle houdt, want het is nog altijd de ouder zelf die de dingen moet doen. Wat afgesproken wordt moet nog steeds door de ouder zelf gerealiseerd worden. Ze vinden dat Bubbels & Babbels steeds de mogelijkheid gegeven heeft om keuzes te maken, dat ze nooit verplicht werden om iets te doen. De ouders mochten steeds beslissen wie gecontacteerd mocht worden. Ook als Bubbels & Babbels zelf voorstelde om contact op te nemen met andere hulpverlening werd

hun toestemming gevraagd. De ouders vinden dit zeer belangrijk. Ze hechten veel waarde aan het feit dat geluisterd wordt naar wat de ouder zelf wil, waardoor ze het gevoel krijgen dat zij aan het stuur staan. Één ouder stelde wel dat het behouden van controle ook zijn grenzen kende: de veiligheid van het kind moet steeds gewaarborgd zijn.

*Citaat:*

*Mama: Natuurlijk. Dat vond ik heel menswaardig. Tegenover anderen van, jij moet dit, jij moet dat... Hier was het, je kan dit doen of je kan dat doen en je kan dat doen, dus je moet iets van de drie, dus je had een keuze en dat doet toch heel veel. Dat je als mens een keuze kan maken. Allez, voor mij dan persoonlijk he was dat heel belangrijk, ik word niet graag iets opgelegd.*

Alle ouders konden steeds hun mening geven en hun verhaal doen. Ze hadden het gevoel dat ze op elk moment inbreng konden doen en dat daar echt naar geluisterd werd. Ze hadden daarnaast de indruk dat hun inbreng gewaardeerd werd. Eigen ervaringen en inzichten werden ook gebruikt bij de begeleiding. Één ouder geeft aan dat daar steeds werd op voortgebouwd tijdens de gesprekken. Een andere ouder denkt dat die eigen ervaringen en inzichten voor de begeleiders best wel zinvol kunnen zijn om dingen bij te leren. Toch zijn er ook enkelen die denken dat zij de begeleiders van Bubbels & Babbels weinig nieuwe dingen kunnen bijbrengen uit hun verleden. De ouders werden ook gevraagd naar de ervaring van de begeleiders van Bubbels & Babbels. Alle ouders dachten hier hetzelfde over: Bubbels & Babbels heeft heel wat bruikbare en helpende ervaring. De ouders konden dit heel erg waarderen.

*Citaat:*

*Mama: In welke mate heb je inbreng kunnen doen en heb je je eigen mening en verhaal kunnen geven?*

*O: Ik heb dat altijd kunnen doen. Als dat nodig was heb ik dat altijd kunnen doen ja. Dan luisteren ze wel en zo, ja.*

*Mama: Heb je het gevoel dat ze daar ook rekening mee hielden?*

*O: Ja.*

### 3.2.6 Verantwoordelijkheid

Uit de interviews blijkt heel duidelijk dat alle ouders zich meer dan honderd procent verantwoordelijk voelen als ouder. De meerderheid van de ouders vindt dat Bubbels & Babbels hen daar ook heel erg op aanspreekt. Enkelen vinden dit niet nodig, omdat ze zich sowieso verantwoordelijk voelen als ouder. Daarnaast geeft een ouder aan dat door het belang van het kind en zijn veiligheid voorop te stellen, de ouder automatisch ook aangesproken wordt op zijn of haar verantwoordelijkheid. Ze hechten zelf ook veel belang aan die verantwoordelijkheid als ouder.

*Citaat:*

*Mama: In welke mate voel je je aangesproken op je verantwoordelijkheid als ouder?*

*O: Oneindig.*

*Mama: Heb je ook het gevoel dat b&b jou daarop aanspreekt?*

*Mama: Ja, als er iets is of als ze ongerust zijn wel ja. En dat mag ook.*

*Mama: Ja, en het is niet omdat ik een volwassene ben dat ik een perfecte opvoeding...  
Volwassenen mogen ook eens op hun vingers getikt worden. Ik kan daar tegen.*

## 3.3 Samenwerking

Op één ouder na zijn alle ouders bijzonder tevreden over de samenwerking met Bubbels & Babbels. Er werden bijna geen moeilijkheden gerapporteerd door de ouders die ontstonden door de samenwerking. De ouders zijn heel erg onder de indruk van de moeite die Bubbels & Babbels gedaan heeft om hen te helpen. Ze hadden niet verwacht dat ze zoveel voor hen zouden doen.

*Citaat:*

*Mama: Ja, heel goed. Goed, aangenaam, niet geforceerd, dat was gewoon, ja dat ging goed.*

### 3.3.1 Moeilijkheden

Ook moeilijkheden in de samenwerking werden bevraagd. Er werden zelden moeilijkheden gerapporteerd. Als er al moeilijkheden waren, was dit eerder door de samenwerking met



andere hulpverlening dan door de samenwerking met Bubbels & Babbels. Twee ouders wijzen wel op het belang van het zelf hebben van kinderen van de case managers. Één van deze ouders vindt het niet kunnen dat er case managers werken die zelf geen kinderen hebben. Een andere ouder vindt het hebben van een partner die ook verslaafd is en niet wil meewerken bijzonder moeilijk. Aan de ouders die geen moeilijkheden ondervonden werd gevraagd of ze het gevoel hadden dat er ruimte zou zijn om moeilijkheden te bespreken moesten die zich voorgedaan hebben. Alle ouders denken dat dit zeker mogelijk was geweest en ze denken ook dat er zeker naar geluisterd zou worden en dat er een oplossing gezocht zou worden.

*Citaat:*

*I: Was er ruimte om moeilijkheden door de samenwerking aan te kaarten?*

*Mama: Ja.*

*I: Ook als die moeilijkheden kwamen door de samenwerking met b&b?*

*Mama: Ja, die zijn er niet geweest maar dat kon ik wel.*

### 3.3.2 Ongevraagd contact opnemen of initiatief nemen

Alle ouder vonden het zeer leuk en positief dat Bubbels & Babbels hen ongevraagd eens opbelde. Het geeft hen het gevoel dat ze iemand zijn waar de case managers om geven en dat ze niet vergeten worden als het even stil is. Het is voor hen een teken dat de begeleiders bezorgd en geïnteresseerd zijn. Ze vinden het daarnaast ook heel positief dat Bubbels & Babbels zelf voorstellen doet of initiatief neemt om hen te helpen. Enkele ouders vinden het echter wel belangrijk dat dit steeds in samenspraak gebeurt en dat ze toestemming kunnen geven. Ze geven wel aan dat Bubbels & Babbels nooit iets zou ondernemen zonder hun toestemming en dat ze nooit met een voorstel zouden komen dat de ouder niet zou helpen.

*Citaat:*

*Mama: Ik vind dat tof. Dat is een teken dat ze bezorgd zijn en geïnteresseerd zijn.*

*Mama: Dat gebeurde altijd in overleg, ze zouden nooit wat gaan doen zonder toestemming. Dat gaat toch niet?*

### 3.4 Ronde tafel gesprekken

Bij acht van de tien ouders werd één of meerdere ronde tafels georganiseerd. Zes van de ouders die een ronde tafel hebben bijgewoond waren aanvankelijk zenuwachtig of hadden toch een beetje schrik voor wat dit ging zijn. Sommige ouders vonden het idee eerst nogal raar. Maar alle ouders vinden zo'n ronde tafel heel nuttig en ervaren het als iets positief. Ze zouden het zeker ook aanraden aan andere instanties of organisaties omdat het de duidelijkheid bevordert en omdat het ervoor zorgt dat mensen dezelfde richting uitkijken. Het was voor de ouders uiteindelijk ook duidelijk wat de bedoeling was van een ronde tafel, Bubbels & Babbels had hen degelijk voorbereid en voldoende uitleg gegeven. De ouders mochten ook steeds zelf beslissen welke hulpverlening op de ronde tafel aanwezig mocht zijn en welke niet.

#### 3.4.1 Aanwezigheid van anderen

Bij twee ouders was er familie aanwezig op de ronde tafel. Bij geen enkele ouder waren vrienden aanwezig. Aan de ouders waarbij geen familie aanwezig was, werd gevraagd of ze dit graag wel hadden gehad. Één ouder gaf aan dat ze graag wel familie erbij had gehad. Bij drie ouders waren ook de partners aanwezig. Voor twee ouders was dit essentieel, omdat ze vonden dat hun partner bij alles betrokken moesten worden. De andere ouder had dit liever niet gehad, zij was van mening dat haar partner over te weinig verantwoordelijkheid beschikte. Bij een andere ouder en zijn partner was de huisdokter aanwezig. Voor deze ouders en de ouders waarbij er familie aanwezig was, zorgde dit voor een gevoel van veiligheid en bescherming. De ouders die familie mee brachten vonden dit ook wel wat dubbel. Soms ontdekten hun familie dingen waarvan ze nog niet op de hoogte waren, wat voor de ouders niet altijd eenvoudig was.

*Citaat:*

*Mama: Mijn man was altijd aanwezig. Mijn zoontje was er ook altijd bij. Ik ben nooit alleen gegaan.*

*Mama: Ja, dat is goed. Maar wij zijn ook samen, dus wat wij gingen doen, ging hij mij ook altijd in ondersteunen. Hij ging ook heel veel inbrengen, ja ook z'n mening altijd geven. Hij kon ook altijd zijn mening geven. We doen alles samen, dus.*

### 3.4.2 Duidelijkheid

Voor alle ouders was het duidelijk waarom zo'n ronde tafel georganiseerd werd. Ze hadden zicht op wie daar allemaal aanwezig zou zijn en waarom ze daar aanwezig zouden zijn. Ze vinden dat je daardoor weet wie wat aan het doen is en hoe ver ze daar mee staan. Het geeft ook duidelijkheid over de vorderingen van de ouder zelf. Het betekent voor hen dus een gesprek waardoor iedereen op de hoogte is van elkaar. Iedereen werd ook telkens voorgesteld en er werd steeds een verslag opgemaakt dat nadien bezorgd werd aan de ouder. Op één ouder na was het ook voor iedereen duidelijk wat allemaal besproken werd. De ouder in kwestie meende dat ze niet goed wist wat er allemaal gezegd werd.

*Citaat:*

*Mama: Dus ze vertelden wat dat ging zijn en over wat dat je het wou hebben, over wat je wou spreken op de ronde tafel en ook dat je wist wie dat wat doet en dat er geen twee keren hetzelfde werk wordt gedaan. Dat was eigenlijk ook de bedoeling van die ronde tafel, zodat je zag wie dat wat deed voor, van werk. En als er problemen waren, waar dat je ook terecht kon, bvb met wie je altijd kon bellen en zo. Dat was eigenlijk de bedoeling van de ronde tafel en ook hoe ver dat we stonden met de dingen die gebeurd waren, of er daar vorderingen in gemaakt werden. Dat kwam daar ook op de ronde tafel en dan kon je dat eigenlijk echt eens allemaal samen bespreken. Ze faxten wel dingen naar mekaar maar dat is niet hetzelfde als dat ze bespreken he. Dat was wel leuk.*

### 3.4.3 Gelijkwaardigheid

Op één ouder na rapporteerden alle ouders dat ze als een gelijke konden deelnemen aan de ronde tafels. Ze vinden dit dan ook heel belangrijk. Één ouder vond echter dat er tijdens de ronde tafel helemaal niet naar haar werd geluisterd.

*Citaat:*

*Mama: Ja, ja, altijd. Ik heb mij nooit minder of gediscrimineerd of, ja, nee. Altijd gewoon normaal.*

#### 3.4.4 Tips

Geen enkele ouder had opmerkingen over hoe de ronde tafels konden verbeterd worden. Ze vonden dat deze allemaal goed verlopen waren en ze hadden er niets op aan te merken.

*Citaat:*

*Mama: Niks. Dat is goed zo, je mag zelf mee kiezen wie dat er aan de tafel zit en zo.  
Niks eigenlijk, dat is goed zo.*

### 3.5 Contacten

De meeste ouders hadden voor Bubbels & Babbels geen goede relaties met andere hulpverlening. Ze stonden daar achterdochtig en zelfs negatief tegenover, omdat ze dachten dat andere instanties er enkel op gericht waren hun kind af te nemen. Ze geven aan dat Bubbels & Babbels er voor gezorgd heeft dat ze met andere hulpverlening in contact kwamen. Dit waren vaak instanties die de ouders nog niet kenden maar waar ze uiteindelijk wel heel tevreden over waren. Sommige ouders vinden ook dat Bubbels & Babbels er voor heeft gezorgd dat ze een betere relatie krijgen met hulpverleners of dat ze hun kijk op hulpverlening veranderen. Één ouder geeft zelfs aan dat Bubbels & Babbels verbondenheid gecreëerd heeft. De meeste ouders hadden ook de indruk dat andere hulpverlening hen als mindere beschouwde, in tegenstelling tot de case managers die altijd heel respectvol waren. Bubbels & Babbels leerde de ouders zich open te stellen voor andere hulpverlening en daar positief naar te kijken. Enkele ouders vinden echter niet dat Bubbels & Babbels hen anders naar hulpverlening heeft doen kijken. Dit zijn ouders die zelf nooit echt negatief naar hulpverlening keken. Vrijwel alle ouders vinden het een meerwaarde dat Bubbels & Babbels hen in contact bracht met andere instanties, omdat ze de instantie zelf nog niet kenden maar ook omdat ze niet altijd zelf die stap zouden durven zetten. Ze vinden het ook goed dat Bubbels & Babbels contacten onderhoudt met hen, zodat iedereen weet waaraan gewerkt moet worden. Het zorgt er voor dat iedereen op de hoogte is en dat er geen overlap bestaat. De ouders geven aan dat de coördinatie van Bubbels & Babbels er voor zorgt dat ze niet tien keer hetzelfde moeten vertellen. Ze vinden het dus niet erg dat Bubbels & Babbels informatie deelt met andere hulpverlening. Ze kunnen ook steeds beslissen wat wel en niet mag gedeeld worden.

*Citaat:*

*Mama: Het vergemakkelijkt ook alles, omdat je niet in één organisatie zit, maar doordat, zij coördineren alles, dus het gaat allemaal veel sneller voor een therapie, ze weten de juiste mensen, je moet niet blijven rond van daar naar daar, dat is een soort van zoektocht en een straatje zonder einde en dan geef je het op. En hier was dat echt heel duidelijk. Die persoon doet dat, die persoon die begeleidt u thuis, wil je dat of wil je dat niet, dus ik had altijd vrije keuze. Ja dat is fantastisch daar.*

*Papa: Ik vond het belangrijk dat ik niet 50 keer hetzelfde moest gaan vertellen. Want ik heb al heel veel intakegesprekken gedaan en dan moet je iedere keer terug en terug, ja... Dat vind ik wel heel goed aan Bubbels & Babbels. Er wordt tussen verschillende instanties gecommuniceerd en zij krijgen daar een overzicht over en je weet veel beter waaraan en waaraf.*

### **3.6 Einde van de begeleiding**

Bij zes van de tien ouders werd de begeleiding al afgerond. Vier ouders waren dus nog in begeleiding op het moment van het interview. Aan deze zes ouders werd gevraagd hoe ze de afronding hebben ervaren. Vier ouders vonden de afronding positief, het gaf hen het gevoel dat Bubbels & Babbels er vertrouwen in had dat ze het goed zouden blijven doen. Ze waren tevreden dat hen eerst gevraagd werd of het afgerond mocht worden en het deed hen deugd te weten dat ze steeds met vragen nog bij hen terecht konden. Volgens de ouders zou Bubbels & Babbels nooit de begeleiding afgerond hebben als ze niet zeker waren dat het goed ging met de ouders en de kinderen. De afronding is steeds in overleg gebeurd en op een heel geleidelijke manier. Twee ouders ervoeren de afronding echter negatief. Bij één ouder werd de begeleiding afgesloten zonder dat zij dat wou en bij de andere ouder werd op haar vraag de begeleiding afgesloten. Volgens haar was Bubbels & Babbels hier niet mee akkoord en dit betekende voor haar dat Bubbels & Babbels er van uit ging dat zij zou hervallen.

*Citaat:*

*Mama: Ja eigenlijk een goed teken toch he. Dat ze gerust zijn.*

*Mama: Ja, ze ging mij eigenlijk bellen en ging horen, ze kwam nog eens langs en ze zegt gewoon, ja ik zie dat hier alles prima gaat. Eigenlijk wil jij niet overwegen... Het was niet jij moet nu stoppen. Wil jij niet eens overwegen dat we binnenkort een afronding kunnen gaan doen, want het gaat eigenlijk allemaal. Toen ben ik eigenlijk nog een hele tijd, ik denk een paar maanden toch wel nog gebleven, totdat ik nog een laatste keer denk ik bij terugvalpreventie ging in de sleutel en toen gingen we het weer bespreken dat [naam case manager] met [naam begeleidster] had besproken dat zij toch zouden overleggen om af te sluiten en toen gingen ze ook in overleg in Nederland eigenlijk dat we het met z'n allen gewoon gaan afsluiten, dat het klaar is. Het is natuurlijk niet zomaar gebeurd, het is echt wel geleidelijk aan gebeurd, ja.*

### 3.6.1 Duur van de begeleiding

Over de duur van de begeleiding is slechts één ouder ontevreden. Zij vindt dat de begeleiding veel te kort was en dat er nog niet afgesproken was om te stoppen. De overige ouders vinden dat de begeleiding net lang genoeg was. Voor hen was het niet te kort maar ook niet te lang. Één ouder gaf aan dat het voor haar toch stilaan mocht gaan stoppen.

*Citaat:*

*Mama: Veel te kort. Want ze kwam ineens met mijn dossier af en dat was bij lange nog niet afgesproken om te stoppen.*

## 3.7 Algemene evaluatie

Ter afsluiting werden nog een aantal vragen beantwoord die een zicht geven op hoe ouders algemeen naar Bubbels & Babbels kijken.

### 3.7.1 Betrokkenheid anderen

Voor vrijwel alle ouders waren voldoende mensen bij de begeleiding betrokken. Dit kon zowel vrienden, familie als hulpverlening zijn. Ook de mate waarin deze mensen betrokken waren was voor alle ouders oké, op één ouder na. Zij vond het jammer dat haar partner destijds niet betrokken was, maar dit lag aan het feit dat hij dat zelf niet wou. Twee ouders vonden dat de betrokken mensen niet altijd de juiste mensen waren. Één ouder gaf daarbij aan dat dat lag aan de mate waarin het klikte met die mensen. Bij vijf ouders was ook de partner betrokken in de begeleiding. Één ouder gaf aan dat ze dit soms lastig vond, omdat ze

wou stoppen met gebruiken en hij niet. Voor haar bemoeilijkte dit de begeleiding. De overige ouders vonden de betrokkenheid van hun partner noodzakelijk en rapporteerden hierover geen moeilijkheden. De ouders waar geen partner betrokken was, hadden geen partner.

*Citaat:*

*I: Waren er voor jou voldoende mensen bij de begeleiding betrokken?*

*Mama: Ja, zeker. Het had niet meer moeten zijn.*

*I: Waren degene die betrokken waren de 'juiste' mensen?*

*Mama: Ja, ook. Ik weet ook niet wie er anders nog betrokken zou moeten zijn.*

### 3.7.2 Betekenis van Bubbels & Babbels

Dit thema omvat verschillende onderdelen. Zo werd bevraagd wat de betekenis is van Bubbels & Babbels voor de ouders, of ze Bubbels & Babbels zouden aanraden aan anderen en hoe hun leven er zou uitzien als Bubbels & Babbels er niet was geweest. Ook werd hen gevraagd of ze opnieuw de keuze zouden maken om samen te werken met Bubbels & Babbels. Voor alle ouders heeft Bubbels & Babbels een heel positieve betekenis. Doorheen de interviews kwam zelden iets negatief aan het licht. Ze vinden het een organisatie waar je altijd bij terecht kan, voor gelijk wat. Één ouder omschrijft het zelfs als een vorm van familie. Voor een andere ouder betekent Bubbels & Babbels vooral het garanderen van de veiligheid van het kind en het bijhouden van het gezin. De ouders bekijken het meestal ook als een toffe, huiselijke en gezellige plaats. Alle ouders die begeleiding kregen zouden Bubbels & Babbels zeker aanraden aan andere mensen omdat ze er zelf zo'n goede ervaring mee hebben. Er zijn ook al een aantal ouders die het effectief hebben aangeraden aan andere mensen om eens langs te gaan bij Bubbels & Babbels. Één ouder vindt dat deze organisatie eerder aan te raden is aan jonge mensen. De meeste ouders geven aan dat hun leven moeilijker zou geweest zijn zonder de hulp van de case managers. Enkele ouders denken dat hun kind al lang zou afgenomen zijn, dat ze hervallen zouden zijn of zelfs dat ze niet meer zouden geleefd hebben. Één ouder was teleurgesteld in de begeleiding en vond dat haar leven er beter zou uitgezien hebben zonder Bubbels & Babbels. Op één ouder na zouden alle

ouders opnieuw de keuze maken om met Bubbels & Babbels samen te werken, wat toch wijst op een grote tevredenheid.

*Citaat:*

*Mama: Op de een of andere manier betekent dat voor mij, in mijn dingen, voel ik het een beetje als familie aan. Dat gevoel willen zij ook meegeven. Dat je toch altijd kan ontvangen worden met een warm hart. Geen gedwongen babbel maar een knusse babbel. En, ja dat betekent dat eigenlijk voor mij. Als je over b&b begint vind ik toch dat je moet kunnen zeggen van, eigenlijk kom ik toch voor een stukje bij familie terecht. Waar ik mijzelf kan zijn, waar de mensen mij verstaan.*

*Mama: Veiligheid van het kind garanderen. Ex-drugverslaafd, verslaafd of niet verslaafd, maar het belang van uw kinderen. Om ze toch nog bij u te kunnen houden, daar draait het om, om het gezin bijeen te houden.*

### 3.7.3 Pluspunten en minpunten

Een grote verscheidenheid aan pluspunten worden gerapporteerd. De ouders vonden het zeer positief dat Bubbels & Babbels zoveel deed om hen te helpen. Ze benaderen problemen op een positieve manier en doen mensen inzien dat ze hulp nodig hebben. De ouders voelen zich geholpen en gesteund en hebben het gevoel dat er steeds iemand klaar staat. Het wordt gewaardeerd dat echt geluisterd wordt naar de problemen en dat Bubbels & Babbels de kern van het probleem wil aanpakken. Ook het huiselijke vinden ze belangrijk. Vaak wordt aangehaald dat het enorm veel betekent dat ze niet worden afgerekend.

Vier ouders rapporteerden geen minpunten. Drie ouders vonden dat er te weinig reclame wordt gemaakt en dat ze moeten uitbreiden. Ze denken dat nog heel wat meer mensen gebruik kunnen maken van de begeleiding, ook buiten het centrum van Antwerpen. Één ouder gaf daarnaast aan dat hij het jammer vond dat er op een negatieve manier contact wordt opgenomen met Bubbels & Babbels. Één ouder vond de buurt waarin Bubbels & Babbels gevestigd is een minpunt. Een andere ouder vond het niet kunnen dat er case managers werken die zelf geen kinderen hebben. Ook een gebrek aan ervaringsdeskundigen rapporteerde deze ouder. Één ouder ondervond wat wantrouwen van de case manager en gaf dit aan als minpunt.



*Citaat:*

*Mama: Dat ze juist zo'n categorie mensen willen helpen, dat is een categorie die heel veel mensen eigenlijk afdanken. Het zijn juist mensen die het het meest moeilijk hebben, want er komt niet alleen een verslavingsprobleem bij, het hele sociale netwerk van mensen met een verslaving is kapot, of ze hebben helemaal niets meer, financieel ziek, lichamelijk ziek, geestelijk ook heel erg in de war. Er zijn gewoon heel veel verschillende punten waar werk aan is. Het is niet gewoon, oké laat die persoon clean worden en dan is het klaar. Het is een proces waar je voor de rest van je leven eigenlijk mee moet gaan knokken.*

#### 3.7.4 Raad en tips

Bijna alle ouders geven de raad om zo verder te doen, om meer reclame te maken en uit te breiden. Enkelen vinden dat het geen kwaad kan om nog meer personeel aan te nemen. Één ouder geeft de raad om enkel case managers aan te nemen die zelf ook kinderen hebben. Ten slotte geeft één ouder aan om nog intensiever te gaan begeleiden bij mensen die er behoefte aan hebben, bvb omdat ze nog gebruiken of aan het afkicken zijn.

*Citaat:*

*Mama: Raad geven? Zo doorgaan. Zo doorgaan. Ik zeg het, op alle momenten kan je altijd bellen, ze hebben altijd een luisterend oor. Altijd met begrip, je hoort dat ook in hun stem. Ga je erover dan zeggen ze dat ook wel he, 't is niet dat ze.... Er zijn ook grenzen he, maar die zijn heel duidelijk. Maar op een heel subtiele, hele rechtvaardige, correcte manier.*

*Mama: Mensen die nog wel aan de drugs zitten of die aan het afkicken zijn of die wel vaak terugval hebben tijdens hun behandelingsproces, wel wat meer, wat vaker contact te hebben, [...] dus nog intensievere begeleiding eigenlijk voor mensen die er behoefte aan hebben. Want ze hebben een soort basis aantal afspraken, het kan natuurlijk altijd meer op aanvraag maar ik bedoel, als iemand het even moeilijk heeft dan gaat die niet uit zijn eigen dat gaan vragen, dat weet ik uit ervaring. Mensen die zeker nog met drugs bezig zijn, meer hulp geven. Nog meer hulp.*

## **HOOFDSTUK 4: DISCUSSIE**

Uitgangspunt van dit onderzoek was de ervaring van ouders met een afhankelijkheidsproblematiek met de methodiek case management. Dit was namelijk nagenoeg onbestudeerd in Vlaanderen. Er werden wel al onderzoeken gevoerd naar de implementatie van de methodiek of naar cliëntgerichte uitkomsten na begeleiding. De vraag in dit onderzoek is echter hoe de ouders deze ondersteuningsvorm beleefd en ervaren hebben en wat zij helpend of net belemmerend vinden. Uit de resultaten blijkt dat Bubbels & Babbels op een zeer positieve manier ervaren is. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen besproken, gevolgd door een aantal beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek.

### **4.1 Functies van case management**

Alle ouders zijn via een verwijzing van een andere instantie bij Bubbels & Babbels terecht gekomen. Dit wijst erop dat heel weinig ouders zelfstandig de stap zetten naar dit project. De ouders geven aan dat onwetendheid over het bestaan van deze organisatie hiervan de oorzaak is. Toch is het ook mogelijk dat andere factoren meespelen. Zo is er bij de meeste ouders angst aanwezig om hun kind te verliezen. In de literatuur wordt dit beschreven als een belangrijke barrière tot het zoeken van hulp, wat ook hier het geval kan zijn (Bubbels en Babbels, 2002; Conners et al., 2001; Niccols et al., 2012; Rombouts, 2002). Ouders zetten mogelijks de stap niet omdat ze er van uit gaan dat zij de zorg over hun kind zullen kwijt geraken en dus blijven zij onzichtbaar voor de hulpverlening (Ashley et al., 2003; Vandenstein et al., 2011).

Mogelijks wordt heel veel hulpverlening als negatief bestempeld, omdat de ouders vaak in aanraking zijn gekomen met instanties die ouderschap en druggebruik onverzoenbaar vinden. De vrijwilligheid waarop de begeleiding gebaseerd is, is dubbel te interpreteren. Enerzijds weten de ouders dat hun medewerking vereist is, anderzijds hangen er ook voorwaarden aan hun medewerking vast. Voor sommige ouders is kiezen voor de samenwerking geen volledig vrije keuze. Het wordt hen aangeraden of het is zelfs verplicht om zo hun kind terug thuis te krijgen of niet kwijt te raken. Toch zijn alle ouders ook blij dat ze in contact gekomen zijn met Bubbels & Babbels. Dit is toe te schrijven aan de manier waarop de case manager de ouder benaderd heeft. Dit is nooit op een veroordelende of beschuldigende manier gebeurd en de case manager heeft steeds de ouder ondersteund en

het opgenomen voor hem of haar. We kunnen dit laatste omschrijven als advocacy, één van de functies van case management (Willenbring, 1996). De case manager komt op voor de belangen van de cliënt, wat in dit onderzoek ook gebleken is. Dat ouders op een niet veroordelende manier benaderd zijn kan bijgedragen hebben aan het toestemmen om samen te werken. Deze ouders zijn vroeger vaak geconfronteerd met negatieve houdingen van andere hulpverleners, waardoor zij zich aanvankelijk defensief opstelden. Dit werd in eerder onderzoek ook al aangehaald als belangrijke barrière tot het zoeken van hulp (Ashley et al., 2003). Ook ouders zijn zich ervan bewust dat de combinatie druggebruik en ouderschap niet evident is. Ze vinden het dan ook normaal dat duidelijke boodschappen hieromtrent gegeven worden, ook al zijn die soms pijnlijk. Ze weten dat er grenzen zijn maar het stelt hen gerust dat hun kind zo lang mogelijk bij hen kan blijven. Vermoedelijk zorgt dit er ook voor dat ze extra gemotiveerd zijn om de begeleiding succesvol af te ronden.

Voor de kennismakingsgesprekken betekent dit alles dat men er goed aan doet als case manager om op een niet veroordelende manier het gesprek aan te gaan. De ouder wordt graag als ouder benaderd en niet als een 'verslaafde'. Duidelijkheid en bespreekbaarheid zijn voor de ouders een must en van groot belang is om aan te geven dat het niet de bedoeling is om het kind weg te halen. Ook de grenzen kunnen best in een beginfase aangegeven worden. Duidelijke boodschappen rond wat onder gevaarlijke situaties voor het kind verstaan wordt, kunnen best dan al besproken worden, zodat ouders weten wanneer de begeleiding kan ingrijpen. Daarnaast is het voor ouders belangrijk dat de openheid en de vrijwilligheid benadrukt wordt. Het vastleggen van een aantal afspraken in een samenwerkingscontract is voor de ouders helpend, het zorgt dat ze weten wat van hen verwacht wordt én wat zij van de case manager kunnen verwachten.

Een tweede fase in de begeleiding betrof het assessment (Bubbels & Babbels, 2003; Willenbring, 1996), waarbij alle informatie over het gezin verzameld werd. Geen enkele ouder vermeldde het gebruik van een ecogram of een genogram (Bubbels & Babbels, 2003). Dit kan mogelijks te wijten zijn aan het moment waarop het interview werd afgenomen. Bij de meerderheid van de respondenten was de begeleiding al afgerond, mogelijks herinnerden zij zich deze instrumenten niet meer. Een andere mogelijkheid is dat zij dit niet als instrument ervoeren, maar als noodzakelijk voor de begeleiding. Deze verzamelde informatie wordt ook met andere hulpverlening die op het gezin betrokken zijn gedeeld, om

te vermijden dat de ouder herhaaldelijk hetzelfde moet vertellen (Bubbels & Babbels, 2003). Uit dit onderzoek bleek dat ouders dit belangrijk vinden. Vaak is dit de zoveelste hulpverlening en moeten zij telkens opnieuw hun verhaal doen. Deze manier van werken zorgt er voor dat iedereen op de hoogte is, wat ouders appreciëren. Ouders geven ten slotte aan dat de case managers bij Bubbels & Babbels heel veel aandacht hebben voor het positieve. Ze benadrukken steeds wat goed gaat en hebben aandacht voor wat de ouder kan (Brun & Rapp, 2001; Vandensteen et al., 2011). Sommige ouders stellen heel duidelijk dat Bubbels & Babbels luistert naar wat hij of zij wil, dat gewerkt wordt aan wat de ouder nodig heeft. Ze vinden het ondersteunend dat ze bij hun case manager terecht kunnen met welke vraag dan ook.

In de derde fase, de planning, worden werkdoelen opgemaakt op basis van de verzamelde informatie (Bubbels & Babbels, 2003; Willenbring, 1996). Uit dit onderzoek bleek dat ouders het waarderen dat zij de doelen kunnen opstellen, weliswaar met ondersteuning van de case manager. Het zorgt er voor dat zij zich de doelen eigen kunnen maken, dat het geen opgelegd gevoel krijgt. Ook Brun en Rapp (2001) beschreven het belang hier al van. Ouders herinneren zich het doelenschema waarin deze doelen genoteerd worden en waarbij aangegeven wordt wie wat doet. Voor hen is dit een goed overzicht, het zorgt voor duidelijkheid en het helpt hen om de stand van zaken op te volgen. Uit dit onderzoek blijkt dat ouders vinden dat deze manier van werken er daarnaast toe bijdraagt dat zij hun doelen kunnen bereiken. Ouders moeten ook het gevoel hebben dat zij de controle behouden over wat er gebeurt. Zij vinden het belangrijk dat zij keuzes kunnen maken. Als case manager is het beter om verschillende zaken aan te bieden, waar de ouder dan uit kan kiezen. De case manager start in deze fase ook met de coördinatie en de afstemming tussen de verschillende betrokkenen (Bubbels & Babbels, 2003). Zo wordt een ronde tafel georganiseerd. Uit dit onderzoek blijkt dat ouders het waarderen dat alle partijen telkens even worden voorgesteld. Tijdens deze momenten voelen zij ook heel sterk dat de case manager aan hun kant staat. Ze hechten veel waarde aan het feit dat zij mogen bepalen wie aanwezig mag zijn en wat wel en niet mag verteld worden. Als case manager is het van belang om te polsen hoe het zit met de partnerrelatie (Autrique, 2004). Voor sommige ouders is de betrokkenheid van de partner een must, voor de andere dan weer een last. Tijdens deze ronde tafels moeten ouders kunnen voelen dat zij als gelijke kunnen deelnemen (Brindis &

Theidon, 1997). Aandacht hebben voor wat zij te zeggen hebben is dan ook essentieel. Daarnaast is opnieuw de niet veroordelende houding van alle aanwezigen iets om op te letten (Autrique, 2004). De ouder moet kunnen voelen dat hij of zij als een gelijke kan deelnemen aan deze gesprekken. Daarnaast wil de ouder ook het gevoel hebben dat op elk moment inbreng kan gedaan worden en dat hun mening telt. Uit dit onderzoek blijkt dat ouders deze manier van werken ook zouden aanraden aan andere instanties. Het bevordert de duidelijkheid, iedereen weet van elkaar wat zijn of haar taak is. Ouders vinden daarnaast dat het er voor zorgt dat er niks achter de rug wordt gedaan. Het zorgt er voor dat iedereen op de hoogte is van de vorderingen die de ouder maakt en het is een moment waarop moeilijkheden kunnen besproken worden, waarna direct acties kunnen opgemaakt worden. Ook monitoring is een functie die bij Bubbels & Babbels wordt uitgeoefend (Willenbring, 1996). Ouders ervaren dat de case manager de doelen goed blijft opvolgen en dat de case manager de ouder ook steeds op de hoogte houdt van wat allemaal gebeurt. Ook huisbezoeken ervaren ouders als iets positief. De case manager komt in de leefomgeving van de ouder en kan zo vast stellen wat de situatie is. De ouder kan op die manier niks verbergen, dit vinden zij een pluspunt. Het versterkt ook de essentiële relatie tussen de ouder en de case manager (Vanderplasschen & Wolf, 2005). De ouder voelt aan dat de case manager iets voor hen over heeft.

Tijdens de vierde fase komt de monitoring en het linking aan bod (Willenbring, 1996). Dat linking een belangrijke functie is, wordt door heel wat ouders ook zo ervaren. Uit dit onderzoek blijkt dat de ouders instanties leren kennen die hen voorheen onbekend waren en ze hebben daarbij ook het gevoel dat deze instanties geschikt zijn voor hen. De ouders geven aan dat het werken met hun case manager ervoor zorgt dat die contacten ook veel vlotter verlopen. Het wordt voor hen geregeld, waardoor ze minder snel de motivatie verliezen, omdat daar toch heel wat bij komt kijken. Daarnaast zorgt de case manager ook voor een netwerk waarop de ouder kan terug vallen. Van belang bij linking is dat de hulpverleners telkens worden voorgesteld en dat ook hun rol in de begeleiding duidelijk gemaakt wordt. Zo weet de ouder wat hij van wie kan verwachten. Ook in andere onderzoeken naar case management programma's voor drugverslaafde ouders wordt verwezen naar de rol die case management speelt in het verbindend werken met andere instanties (Jansson et al., 2005; Kuerbis et al., 2011).

De vijfde fase ten slotte is de evaluatie (Willenbring, 1996). Nagegaan wordt of de doelen bereikt werden. Uit dit onderzoek blijkt dat ouders vinden dat zij hun doelen grotendeels bereikt hebben dankzij Bubbels & Babbels. Ouders geven aan dat de blijvende steun hiertoe heeft bijgedragen. Ook een telefoontje om te horen hoe het staat of eens langskomen hielp hen. De case manager blijft geloven in het kunnen van de ouder en dit motiveert hen om het zo goed mogelijk te doen.

#### **4.2 De case manager**

In de literatuur is nagenoeg niets te vinden over hoe ouders met een verslaving een begeleiding met case management ervaren. Wat wel te vinden is, is wat case management wil bereiken en wat de taken zijn van een case manager (Vanderplasschen & Wolf, 2005). Zo hebben de meeste programma's voor ouders met een verslaving als doel om de ouders in hun ouderrol te versterken (Magura & Laudet, 1996; Vandenstein et al., 2011). De resultaten van huidig onderzoek geven aan dat de meeste ouders zich inderdaad gesterkt weten als ouder. De ondersteuning die zij ontvangen van hun case manager zorgt dat ze in zichzelf geloven als ouder. Het viel in de resultaten op dat ouders op een andere manier naar andere hulpverlening kijken. Ouders gaven aan dat zij zich door andere hulpverlening nogal snel veroordeeld voelden. Dankzij Bubbels & Babbels wordt één van de belangrijkste barrières die in de literatuur wordt gerapporteerd dan ook grotendeels overbrugd (Brindis & Theidon, 1997; Claeys, 2011). Ouders geven aan dat zij door het programma inzien dat ook andere hulpverlening hen wil helpen. Bij heel veel ouders was er angst om hun kind te verliezen. Zij hechtten veel waarde aan het feit dat dit project er naar streeft om de kinderen zoveel mogelijk in het gezin te laten verblijven. Toch begrijpen de meeste ouders wel dat de combinatie druggebruik en ouderschap niet evident is voor buitenstaanders. Deze ouders zijn dan ook heel erg gemotiveerd om aan hun problemen te werken, misschien net omdat ze de kans krijgen om dit te doen zonder dat hun kind geplaatst wordt.

Voor de ouders is het duidelijk dat een belangrijke taak van de case manager ligt in de coördinatie van alle betrokkenen partijen (Dauber et al., 2012; Vanderplasschen & Wolf, 2005). Ze vinden dit ook een grote meerwaarde omdat het ervoor zorgt dat iedereen weet wat hem of haar te doen staat en dat iedereen van elkaar weet waarmee ze bezig zijn. Uit de resultaten kunnen we dan ook besluiten dat deze doelstelling van case management zeker bereikt is. Daarnaast kunnen we besluiten dat alle functies van case management worden

toegepast en positief ervaren worden door de ouders. Het model dat hier wordt toegepast is intensief case management, maar er zijn ook sporen van het strengths-based case management. Ook in andere studies wordt intensief case management positief ervaren (Vanderplasschen, 2007).

In de literatuur wordt het belang van de relatie tussen de case manager en de cliënt aangehaald (Grant et al., 2011; Vanderplasschen & Wolf, 2005). Sommige onderzoekers opereren voor een duidelijk onderscheid tussen de rollen en verantwoordelijkheden van de case manager en andere betrokkenen (Brindis & Theidon, 1997). Ze stellen daarnaast dat de case manager vaak therapeutische doelen bereikt zonder therapeutische middelen in te zetten. Ook uit dit onderzoek blijkt dit. De case managers nemen zelf geen therapeutische begeleiding op zich (Bubbels & Babbels, 2003), maar door de manier waarop zij met hun cliënt omgaan, dit is op een warme en ondersteunende wijze, wordt de ouder aangesproken om tot inzicht te komen én om verandering in zijn of haar leven te brengen. Hun ouder-zijn is het aangrijpingspunt om tot verandering te komen en dat motiveert hen (Vandenstein et al., 2011). Ze willen zelf ook een veilige omgeving en het zo goed mogelijk doen voor hun kind.

Zoals aangehaald blijkt uit de resultaten dat alle functies worden toegepast binnen dit project (Willenbring, 1996). Naast deze functies heeft case management een aantal doelstellingen dat het wil bereiken (Vanderplasschen & Wolf). Zo wil case management omvattende en gecoördineerde hulp bieden, zo lang als nodig is. Dit blijkt ook in de resultaten. Ouders hebben het gevoel dat de case manager er voor zorgt dat iedereen op de hoogte is en dat iedereen weet wie wat doet. Ze geven zelf aan dat deze manier van werken overlap vermijdt en dat mensen hetzelfde gaan doen. Ouders vinden het daarnaast een grote steun te weten dat ze steeds een beroep kunnen doen op hun case manager, ook als de begeleiding al afgerond is. Ze waarderen het dat ze blijven samen werken met hen, ook als het wat moeilijk gaat. De inzet die hun case manager toont betekent heel veel voor hen. Ouders hebben deze inzet vaak nog niet meegemaakt, weinig onder hen hadden gedacht dat zoveel voor hen zou gedaan worden. Het mag ook duidelijk zijn dat ouders heel sterk ervaren hebben dat deze ondersteuningsvorm probeert om de hulp toegankelijker te maken en dat men barrières probeert weg te werken (Dauber et al., 2012). Daarnaast ervaren

sommige ouders het doel van deze ondersteuningsvorm als het opbouwen van een netwerk waardoor hulpverlening overbodig wordt.

Er kunnen een aantal expliciete aanbevelingen gedaan worden voor de implementatie van case management als ondersteuningsvorm voor drugverslaafde ouders. Van groot belang is dat ouders ervaren dat zij zelf keuzes kunnen maken, dat de doelen van hen komen en dat zij aan het stuur blijven staan in de realisatie ervan. Daarnaast kan men best oog hebben voor de betrokkenheid van de partner. Ouders ervaren in dit onderzoek dat ze aangesproken worden op hun verantwoordelijkheid als ouder, maar sommigen onder hen vinden dit overbodig. Dit neemt niet weg dat ze zich niet bewust zijn van het feit dat de veiligheid van hun kind steeds op de eerste plaats komt. Als hulpverlener is het dan ook van belang om deze boodschap op een manier te brengen die rekening houdt met hun verantwoordelijkheidsgevoel. Daarnaast is het maken van duidelijke afspraken van belang, daarbij kunnen best ook de grenzen aangegeven worden. De case manager schenkt best in de eerste plaats aandacht aan wat goed gaat. Voor ouders is het waardevol als zij de zorg voor hun kunnen blijven opnemen en dat zij de belangrijkste partner in de samenwerking blijven. Boven hun hoofd beslissingen nemen is dan ook uit den boze. Daarnaast moet men steeds aandacht hebben voor de relatie tussen de case manager en de ouder. Deze moet gebaseerd zijn op warmte, gelijkwaardigheid en wederzijds respect. Ook meer initiatieven waarbij verslaafde ouders samen met hun kind in behandeling kunnen gaan, zijn aan te raden, gezien de huidige beperktheid. Ten slotte kan het implementeren van case management in bestaande diensten en samenwerking tussen verschillende diensten aanbevolen worden, omdat dit het meest effectief blijkt en gezien de meervoudige problemen van deze doelgroep.

### **4.3 Beperkingen en aanbevelingen**

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Er is enkel een interview gebruikt als meetinstrument. Het gebruik van meerdere meetinstrumenten komt kwalitatief onderzoek ten goede, maar in dit geval was dit niet haalbaar. Bovendien kunnen de respondenten op een sociaal wenselijke manier geantwoord hebben. Oorspronkelijk werd het bevragen van vijftien respondenten vooropgesteld om de steekproef representatief te houden. Dit is echter niet gelukt. Zoals in de methodologie beschreven waren de contactgegevens van vier ouders niet meer up to date. Dit kan beteken dat hun leefsituatie niet meer zo stabiel is als



toen de begeleiding werd afgerond. Daarnaast waren er ook vier ouders die niet reageerden op de oproep om deel te nemen aan het onderzoek. Dit kan betekenen dat de ouder misschien geen goede ervaring heeft gehad met Bubbels & Babbels, wat de huidige resultaten zou kunnen beïnvloeden. Anderzijds kan dit ook uit desinteresse zijn. Zoals uit de resultaten blijkt is de meerderheid van de ouders zeer positief. De bedenking die hierbij kan gemaakt worden is of deze ouders werkelijk tevreden zijn of dat dit eerder loyaliteit is naar de begeleiding toe. Ook de selectie van de respondenten houdt beperkingen in. Er werd vooropgesteld dat de respondenten een begeleiding moest hebben van zes maanden. De vraag is wat geantwoord zou zijn door de ouders die hier niet aan voldeden. Mogelijks haakten zij af omdat ze niet tevreden waren. Zoals in het hoofdstuk methodologie al werd aangehaald, was er bij één ouder vermoeden van gebruik voor het interview. Dit kan mogelijks een vertekend beeld geven van de resultaten. Deze ouder was namelijk zeer negatief over de begeleiding, de vraag is dan of die negativiteit ook aanwezig zou zijn op een ander moment. De onderzoekster vermoedt van wel omdat de ouder heel duidelijk aangaf wat ze zo negatief vond aan de begeleiding. Er worden weinig tot geen moeilijkheden gerapporteerd. Mogelijks durven ouders geen negatieve kritiek geven uit loyaliteit of kunnen zij zich geen moeilijkheden meer herinneren.

Over de effectiviteit van case management algemeen bestaat vandaag al redelijk wat onderzoek. Toch ontbreekt nog heel wat onderzoek naar de effectiviteit van case management bij drugverslaafde ouders en hun kinderen. Tot nog toe zijn slechts enkele programma's geëvalueerd. In het huidige onderzoek zijn slechts tien ouders bevroegd, een grotere steekproef bevragen kan dan ook wenselijk zijn. Daarnaast kan onderzoek gedaan worden naar de ervaringen van ouders op verschillende tijdstippen in de begeleiding. Ook de ervaringen van kinderen, hulpverleners en case managers kunnen onderzocht worden. Het zou zinvol zijn om andere projecten in Vlaanderen en België te evalueren, dit kan mogelijks een ander resultaat geven. Daarnaast gebruiken deze projecten andere modellen of methodieken, wat andere ervaringen bij de ouders teweeg kan brengen. Zo zou een inventarisatie gemaakt kunnen worden van strategieën en middelen die helpend zijn voor de ouders. In dit onderzoek werden enkel ouders bevroegd die verslaafd zijn of waren aan illegale middelen. Alcoholverslavingen komen daarnaast vaak voor, onderzoek naar de toepassing van case management bij deze doelgroep strekt dan ook tot de aanbevelingen.

## **HOOFDSTUK 5: CONCLUSIE**

Uit dit onderzoek blijkt dat bijna alle ouders zeer tevreden zijn over de begeleiding die ze kregen. Ze waarderen de positieve kijk van de case managers en het feit dat ze steeds benen terecht kunnen. De begeleiding heeft voor de meeste ouders meer gedaan dan ze hadden durven verwachten. De meerwaarde van deze ondersteuningsvorm ligt in het feit dat de case managers alles coördineren waardoor het voor alle betrokkenen duidelijk is wie wat doet en er geen overlap ontstaat. Ouders vinden het belangrijk om in de eerste plaats als ouder benaderd te worden en om serieus genomen te worden. Als case manager ligt de uitdaging dan ook om zoveel mogelijk de ouder zijn stem te laten spreken. Van groot belang is de relatie tussen de case manager en de ouder. Duidelijke boodschappen zijn helpend voor de ouders, net als het duidelijk maken van grenzen. Wederzijdse afspraken maken zorgt dat iedereen weet waar men aan toe is. Ouders hechten toch veel waarde aan de begeleiding. Velen zijn blij dat ze dit project hebben leren kennen en raden dan ook aan om uit te breiden en meer reclame te maken. De principes die tijdens de kennismaking worden uitgelegd (openheid, actieve betrokkenheid,...), worden door de ouders als belangrijk ervaren. Dit project kan dus zeggen dat de doelen die ze voorop stellen ook bereikt worden.

## REFERENTIELIJST

- Ashley, A. S., Marsden, M. E., & Brady, T. M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29(1)*, 19-53.
- Autrique, A. (2004). *Onderzoek naar de ontwikkeling van kinderen van drugverslaafde moeders en het effect van verschillende behandelvormen voor deze doelgroep: een literatuuronderzoek naar aanleiding van twee gevalstudies*. Scriptie. Gent: Universiteit Gent
- Baar, A. L. van. (2000). Drugsverslaafde ouders en kinderen. In A.J.M. Bonnet-Bruesers (Ed.), *Praktijkboek Jeugdgezondheidszorg* (pp. III 3.3-1 – III 3.3-10). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Baarda, D. B., Goede, M. P. M. de, Teunissen, J. (2001). *Basisboek kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Baarda, D. B., Goede, M. P. M. de, Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2<sup>e</sup> ed.). Groningen: Stenfert Kroese.
- Barnard, M., & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction, 99*, 552-559.
- Boel, M. (2002). *Case management voor kinderen van verslaafde ouders*. Nederland: Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.
- Brindis, C. D., & Theidon, K. S. (1997). The role of case management in substance abuse treatment services for women and their children. *Journal of Psychoactive Drugs, 29(1)*, 79-88.
- Broekaert, E. (2005). Drughulpverlening. In E. Broekaert & G. Van Hove (Eds.), *Handboek bijzondere orthopedagogiek* (pp. 301-360). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

- Brun, C., & Rapp, R. C. (2001). Strength-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social Work, 46*(3), 278-288.
- Bubbels & Babbels (2002). *Zorgwijzer: een handleiding voor het werken met (ex-) drugafhankelijke ouders*. Geraadpleegd op 23 april 2011 van <http://users.skynet.be/am275740/publicaties%20b&b/zorgwijzer.pdf>.
- Bubbels & Babbels (2003). *Projectplan 2003*. Antwerpen: Bubbels & Babbels.
- Claeys, N. (2011). Genderspecifieke hulpverlening aan drugverslaafde vrouwen. *Verslaving, 7*(1), 73-82.
- Claus, R. E., Orwin, R. G., Kissin, W., Krupski, A., Campbell, K., & Stark, K. (2007). Does gender-specific substance abuse treatment for women promote continuity of care? *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*, 27-39.
- Conners, N., Bradley, R., Mansell, L., Liu, J., Roberts, T., Burgdorf, K., & Herrel, J. (2004). Children of mothers with serious substance abuse problems: an accumulation of risks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*(1), 85-100.
- Conners, N. A., Bradley, R. H., Whiteside-Mansell, L., & Crone, C. C. (2001). A comprehensive substance abuse treatment program for women and their children: an initial evaluation. *Journal of Substance Abuse Treatment, 21*, 67-75.
- Dauber, S., Neighbors, C., Dasaro, C., Riordan, A., & Morgenstern, J. (2012). Impact of intensive case management on child welfare system involvement for substance-dependent parenting women on public assistance. *Children and Youth Services Review, 34*, 1359-1366.
- Grant, T., Huggins, J., Graham, J. C., Ernst, C, Whitney, N., & Wilson, D. (2011). Maternal substance abuse and disrupted parenting: Distinguishing mothers who keep their children from those who do not. *Children and Youth Services Review, 33*, 2176-2185.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, K., et al. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence, 86*, 1-21.

- Johnson, J. L., & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics, 103*(5), 1085-1099.
- Jansson, M. L., Svikis, D. S., Breon, D., & Cieslak, R. (2005). Intensity of case management services: does more equal better for drug-dependent women and their children? *Social Work in Mental Health, 3*(4), 63-78.
- Kelley, M. L., Klostermann, K., Doane, A. N., Mignone, T., Lam, W. K. K., Fals-Stewart, W., & Padilla, M. A. (2010). The case for examining and treating the combined effects of parental drug use and interparental violence on children in their homes. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 76-82.
- Kelley, S. J. (1998). Stress and coping behaviors of substance abusing mothers. *Journal of the Society of Pediatric Nurses, 3*, 103–110.
- Kuerbis, A. N., Neighbors, C. J., & Morgenstern, J. (2011). Depression's moderation of the effectiveness of intensive case management with substance-dependent women on Temporary Assistance for Needy Families: outpatient substance use disorder treatment utilization and outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*(2), 297-307.
- Lanehart, R. E., Clark, H. B., Rollings, J. P., Haradon, D. K., & Scrivner, L. (1996). The impact of intensive case-managed intervention on substance-using pregnant and postpartum women. *Journal of Substance Abuse, 8*(4), 487-495.
- Magura, S., & Laudet, A. B. (1996). Parental substance abuse and child maltreatment: review and implications for intervention. *Children and Youth Services Review, 18*(3), 193-220.
- Marsh, J. C., & Cao, D. (2005). Parents in substance abuse treatment: implications for child welfare practice. *Children and Youth Services Review, 27*, 1259-1278.
- Marsh, J. C., Ryan, J. P., Choi, S., & Testa, M. F. (2006). Integrated serviced for families with multiple problems: obstacles to family reunification. *Children and Youth Services Review, 28*, 1074-1087.
- Maso, I., & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.

- McLellan, A. T., Hagan, T. A., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencivengo, M., Durell, J., & Jaffe, J. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 55*, 91-103.
- Meier, P. S., Donmall, M. C., & McElduff, P. (2004). Characteristics of drug users who do or do not have care of their children. *Addiction, 99*, 955-961.
- Morgenstern, J., Blanchard, K. A., McCrady, B. S., McVeigh, K. H., Morgan, T. J., & Pandina, R. J. (2006). Effectiveness of intensive case management for substance-dependent women receiving Temporary Assistance for Needy Families. *American Journal of Public Health, 96(11)*, 2016-2023.
- Morgenstern, J., Neighbors, C. J., Kuerbis, A., Riordan, A., Blanchard, K. A., McVeigh, K. H., et al. (2009). Improving 24-month abstinence and employment outcomes for substance-dependent women receiving Temporary Assistance for Needy Families with intensive case management. *American Journal of Public Health, 99(2)*, 328-333.
- National Advisory Committee on Drugs. (2011). *Parental substance misuse: addressing its impact on children. A review of the literature*. Dublin, Stationary Office.
- Niccols, A., Milligan, K., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., & Smith, A. (2012). Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. *Harm Reduction Journal, 9(14)*, 1-22.
- Rapp, R. C., Otto, A. L., Lane, T. D., Redko, C., McGatha, S., & Carlson, R. G. (2008). Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *Drug and Alcohol Dependence, 94*, 172-182.
- Ridgely, S. M. (1996). Practical issues in the application of case management to substance abuse treatment. In H. A. Siegal, & R. C. Rapp (Eds.). (1996). *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp 1-20). New York: Springer Publishing Company.
- Rombouts, D. (2002). Bubbels en Babbels brengt drugafhankelijke ouders en hulpverleners samen rond de tafel, *VAD-periodiek, 1*, 8-9.

- Siegal, H. A., & Rapp, R. C. (Eds.). (1996). *Case management and substance abuse treatment: practice and experience*. New York: Springer Publishing Company.
- Skinner, M. L., Haggerty, K. P., Fleming, C. B., & Catalano, R. F. (2009). Predicting functional resilience among young-adult children of opiate-dependent parents. *Journal of Adolescent Health, 44*, 283-290.
- Stanger, C., Kamon, J., Dumenci, L., Higgins, S. T., Bickel, W. K., Grabowski, J., & Amass, L. (2002). Predictors of internalizing and externalizing problems among children of cocaine and opiate dependent parents. *Drug and Alcohol Dependence, 66*, 199-212.
- Street, K., Whitlingum, G., Gibson, P., Cairns, P., & Ellis, M. (2008). Is adequate parenting compatible with maternal drug use? A 5-year follow-up. *Child: care, health and development, 34*(2), 204-206.
- Suchman, N. E., & Luthar, S. S. (2000). Maternal addiction, child maladjustment and socio-demographic risks: implications for parenting behaviors. *Addiction, 95*(9), 1417-1428.
- Vanderplasschen, W., Autrique, A., & De Wilde, J. (2006). Drugverslaafde ouders. In: *Handboek Kinderen & Adolescenten* (pp 1-16).
- Vanderplasschen, W., Derluyn, I., Broekaert, E., & Rombouts, D. (2003). Case management for substance abusing parents and their children: a view from Europe. *The Source: Newsletter of the National Abandoned Infants Assistance Resource Center, 12*(1), 1-4, 24.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001). Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen. *Orthopedagogische Reeks Gent, 14*.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R., Wolf, J., Alexandre, S., Broekaert, E., & Colpaert, K. (2005). Implementatie en evaluatie van case management voor druggebruikers binnen de verslavingszorg en justitie. In K. Geenens, W. Vanderplasschen, E. Broekaert, B. De Ruyver, & S. Alexandre. (Eds). *Tussen droom en daad: implementatie van case management voor druggebruikers binnen de hulpverlening en justitie* (p. 43). Gent: Academia Press.

- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services, 55*(8), 913-922.
- Vanderplasschen, W., & Wolf, J. (2005). Case management bij drugsverslaafden: ABC voor implementatie en praktijk. *Verslaving, 1*(2), 82-88.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of Psychoactive Drugs, 39*(1), 81-95.
- Vandensteen, F., Traen, A., Aelvoet, G., & Van Bouchaute, J. (2011). HELP Kinderen: hulpverlening en laagdrempelig project voor kinderen van drugverslaafde ouders. *Verslaving, 7*(2), 62-74.
- Vaughn, T., Sarrazin, M. V., Saleh, S. S., Huber, D. L., & Hall, J. A. (2002). Participation and retention in drug abuse treatment services research. *Journal of Substance Abuse Treatment, 23*, 387-397.
- Velleman, R., & Templeton, L. (2007). Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*, 79-89.
- Verkest, K. (2004). *Onderzoek naar de implementatie van case management bij verslaafde ouders en hun kinderen*. Gent: Universiteit Gent.
- Whitty, M., & O'Connor, J. (2007). Opiate dependence and pregnancy: 20-year follow-up study. *The Psychiatrist, 31*, 450-453.
- Willenbring, M.L. (1996). Case management applications in substance use disorders. In H. A. Siegal, & R. C. Rapp (Eds.). (1996). *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 51-75). New York: Springer Publishing Company.
- Wolf, J., Mensink, C., Lubbe, P. van der, & Planije, M. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen*. Nederland: Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.



## **BIJLAGEN**

### **Bijlage één: eerste contactname door B&B**

Case managers contacteren de personen die ze begeleid hebben om te vragen of we hun voornaam en gsm-nr mogen bezorgen aan een onderzoekster (liever dan te spreken over een 'studente'). We maken achternaam en adres aan onderzoekster niet bekend omwille van privacy.

De onderzoekster doet een onderzoek naar de manier waarop de ouders het aanbod van B&B hebben ervaren. We willen jullie stem horen, zodat we de werking van B&B nog kunnen verbeteren.

Het is dus geen onderzoek naar de gezinnen (hoe ze het stellen na de begeleiding door B&B; hoe het met hen en hun kinderen gaat), maar naar de werking van B&B zelf. Het gaat om een interview bij de ouders van +/-1u. Niet bij hen thuis (omwille van de anonimiteit), maar op een neutrale en rustige plaats of als ze elders wonen bv in een café van een cultureel centrum of zo. Onderzoekster bewaart ook de anonimiteit naar de medewerkers van B&B toe. Voor het interview geeft de onderzoekster een vergoeding van 20€.

De onderzoekster heet Marieke Masquelin en zal in de loop van de komende 2 weken contact nemen om een afspraak te maken.

## **Bijlage twee: Geïnfomeerde schriftelijke toestemming**

Titel onderzoek: Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van (ex-)drugverslaafde ouders met case management als ondersteuningsvorm.

Verantwoordelijke onderzoeker: Marieke Masquelin

### *In te vullen door de deelnemer*

Ik verklaar op de hoogte te zijn dat dit interview kadert in de masterproef van Marieke Masquelin, studente aan de Universiteit van Gent.

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik begrijp dat alle gegevens die ik in het kader van dit interview verstrek geheel vertrouwelijk en anoniem zullen worden verwerkt en enkel in functie van dit onderzoek zullen worden gebruikt. Mijn vragen over dit onderzoek zijn allen beantwoord.

Ik stem in met een audio-opname van dit onderzoek.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik weet dat ik mijn deelname aan dit onderzoek op elk ogenblik kan stopzetten zonder opgave van redenen.

Naam deelnemer: .....

Datum: ..... Handtekening deelnemer: .....

### *In te vullen door de uitvoerende onderzoeker*

Ik heb een mondelinge toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal bij een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: .....

Datum: ..... Handtekening onderzoeker: .....

## **Bijlage drie: Vragenlijst**

### Aanmelding

- Hoe bent u bij Bubbels en Babbels terecht gekomen?
  - o Heb je druk ondervonden om de stap te zetten naar deze organisatie?
  
- Hoe heb je de eerste gesprekken ervaren?
  - o Voelde je je als ouder benaderd of eerder als iemand anders?
  - o Was het voor jou duidelijk hoe B&B kijkt naar gezinnen waar ouders drugs gebruiken?
  - o Hoe heeft B&B duidelijk gemaakt wat ze van jou verwachtten?
  - o Wist je tijdens die gesprekken wat je van B&B kon verwachten?
  - o Was het duidelijk wie wat zou doen en bij wie je terecht kon?
  - o Had je de indruk dat jij de controle zou blijven hebben?
  - o Was je op de hoogte van het feit dat B&B de veiligheid van het kind vooropstelt en dat ze indien nodig verdere stappen zouden nemen?
  - o Op welke manier heeft dat de samenwerking beïnvloed?
  - o Had je een voldoende veilig gevoel bij die eerste gesprekken?
  - o Op welke manier keek je naar de werking van B&B na deze eerste gesprekken?
  - o Hoe voelde je jezelf na deze gesprekken?
  
- Zijn er bepaalde zaken waar te weinig rekening mee werd gehouden tijdens die eerste gesprekken?
- Zijn er bepaalde zaken die beter konden volgens jou tijdens deze eerste gesprekken? Heb je nog tips?

### Begeleiding

- Zijn de verwachtingen waarmee je kwam ingelost?
  - o Welke instrumenten kan je je nog herinneren (bvb samenwerkingscontract, doelenschema, stamboom)? Hoe heb je het gebruik daarvan ervaren?
  - o Hoe heb jij het maken van de persoonlijke doelen ervaren?
  - o Vind je dat de werking van B&B helpt om je persoonlijke doelen te bereiken?
  - o Hoe was het voor jou om 'in je keuken' te laten kijken?
  - o Waren er momenten dat je vond dat je veroordeeld of beschuldigd werd, of dat je steeds gecontroleerd werd?
  
- Stond je aan het stuur tijdens de begeleiding?
  - o Werden je eigen ervaringen en inzichten bij de begeleiding gebruikt?

- Hoe heb je de ervaring van de begeleiders van B&B kunnen waarderen?
  - Hebben deze jou kunnen helpen?
  - In welke mate heb je inbreng kunnen doen en heb je je eigen mening en verhaal kunnen geven?
  - Hoe werden je vooropgestelde doelen door B&B benaderd?
- Heb je dingen geleerd door Bubbels en Babbels? Op welke manier?
    - In welke mate voel je je aangesproken op je verantwoordelijkheid als ouder?
    - Één van de centrale doelen is de ontwikkeling van het kind veilig stellen, hoe denk jij dat B&B dat heeft proberen doen?
    - Hoe zou jij het centrale doel van B&B omschrijven?
    - Hoe heeft B&B jou kunnen ondersteunen als ouder?
    - Zijn er momenten geweest waarop je meer verwachtte van B&B?

### Linking

- Waren er voor jou voldoende mensen bij de begeleiding betrokken?
  - Waren degene die betrokken waren de 'juiste' mensen?
  - Hoe sta je tegenover andere hulpverlening en is dit altijd zo geweest?
  - Hoe is je relatie met andere hulpverleners?
  - Is dit veranderd door het contact met B&B?
  - Heb jij zelf mogen meebeslissen wie zou gecontacteerd worden?
  - Is het doorheen de begeleiding duidelijk geweest waarvoor bepaalde mensen of organisaties staan?
- Wat vind je van de samenwerking met B&B?
  - Heb je daar altijd zo naar gekeken?
  - En hoe kijk je daar achteraf naar?
  - Was er ruimte om moeilijkheden door de samenwerking aan te kaarten?
  - Wat vind je van het feit dat B&B je zelf ongevraagd contacteert?
  - Vind je het goed dat B&B zelf initiatieven neemt? (*Waarom wel/niet*)
  - Wat was voor jou het moeilijkste in de samenwerking met B&B?

### Ronde tafel

- Heb je een ronde tafel bijgewoond?
  - Indien ja: Hoe keek je daar vooraf naar? Zijn er zaken die beter konden bij de voorbereiding ervan?
  - Indien nee: Had je dit graag meegemaakt?
- Hoe was het voor jou om een ronde tafel moment bij te wonen?
  - Had je het gevoel dat je inbreng gewaardeerd werd?
  - Heb je zelf mogen beslissen wie daarbij aanwezig mocht zijn?

- Was het duidelijk wie aan de tafel zat en waarom?
- Wat kan beter aan zo'n ronde tafel?
- Heb je het gevoel dat je als gelijke kon deelnemen?
- Waren er vrienden of familie aanwezig bij de ronde tafel?
  - Indien ja: Wat vond je daarvan? Hoe heb je hen daar een plaats in gegeven?
  - Indien nee: Had je dit graag wel gehad?
  - Indien partner betrokken: wat vond je daarvan?
- Zou je deze manier van samen zitten aanraden aan anderen?
  - Was dit een waardevol moment? (*Waarom wel/niet?*)

### Afronding

- Hoe heb je de afronding ervaren? Ben je daar tevreden over?
  - Wat vond je van de duur van de begeleiding? Was die te lang of niet lang genoeg? Of net gepast?

### Evaluatie

- Wat betekent dit project voor jou?
  - Zou je dit project aanraden aan anderen? Waarom wel/niet?
  - Zou je opnieuw de keuze maken om met B&B samen te werken?
  - Hoe zou je leven er uitzien zonder de begeleiding van B&B?
  - Wat vond je van de betrokkenheid van vrienden of familie?
    - Had je dit liever anders gezien?
- Welke raad geef je B&B mee?
  - Wat vind je het belangrijkste pluspunt van B&B?
  - Wat vind je het belangrijkste minpunt van B&B?
  - Wat kan voor jou verbeterd worden aan dit project?