

Tussen hoop en herval: Een hulpverlenersperspectief op chroniciteit en veranderingsresistentie bij cliënten in de langdurige verslavingszorg

Thyra Janssens

Studentennummer: 02305700

Aantal woorden: 15121

Promotor: prof. dr. Olivier Colins

Begeleider: Jürgen Magerman

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad Master of Science in de pedagogische wetenschappen - klinische orthopedagogiek en Disability Studies

Academiejaar 2025-2026

WOORD VOORAF

Deze masterproef gaat over een onderwerp dat me al lang bezighoudt, lang voor ik wist dat het ooit het onderwerp van mijn thesis zou worden.

Tijdens mijn bacheloropleiding orthopedagogiek aan de Hogeschool Gent liep ik stage in een forensisch psychiatrisch centrum. Het was de eerste keer dat ik van dichtbij in aanraking kwam met mensen binnen de forensische zorg, die soms ook worstelen met een verslavingsproblematiek, maar ook met de hulpverleners die hen dagelijks begeleiden. Wat me opviel was niet alleen de complexiteit van de problematiek zelf, maar ook hoe weinig ruimte er in de bacheloropleiding was om dit werkveld echt te verkennen. Verslavingszorg werd er zijdelings aangeraakt, en dat voelde voor mij als een gemiste kans om me hierin te verdiepen.

De master klinische orthopedagogiek en disability studies bood die ruimte wel. Voor mij was het dan ook de uitgelezen kans om me te verdiepen in een domein dat me al jaren fascineert en dat tegelijk maatschappelijk zo urgent is. Want verslavingszorg is niet alleen een klinisch vraagstuk. Het is ook een verhaal over stigma, over barrières, over mensen die keer op keer tegen muren botsen, niet alleen door hun problematiek, maar door de manier waarop de samenleving en soms de zorg zelf naar hen kijkt. Dat stigma, en de impact ervan op wie zorg vraagt én wie zorg geeft, is een thema dat me diep raakt. Het is jammer dat het zo aanwezig is. Het is ook de reden waarom het onderzocht moet worden.

Nadat het thema van mijn thesis vaststond, koos ik bewust voor een stage in het Medisch Sociaal Opvangcentrum van Waasland. Die keuze was geen toeval. De stage bood me de kans mijn interesses in de verslavingszorg van dichtbij te verkennen, mezelf als beginnend hulpverlener te positioneren en te ontwikkelen binnen dit landschap, en tegelijk mijn thesisonderwerp vanuit de praktijk te beleven. Theorie en praktijk liepen zo hand in hand, en dat heeft beide verrijkt.

Ik wilde een onderzoek doen dat ertoe doet. Niet in abstracte zin, maar concreet: een onderzoek dat iets kan bijdragen aan de praktijk, dat inzicht brengt waar er nog te weinig is, dat misschien iets makkelijker maakt voor mensen die elke dag in dit werkveld staan, of voor de mensen die er een beroep op doen. Die ambitie heeft me doorheen het hele proces gedragen, ook in de moeilijkere momenten.

DANKWOORD

Deze masterproef had er nooit gekomen zonder de mensen die mij doorheen het proces hebben gedragen, elk op hun eigen manier.

In de eerste plaats wil ik Jürgen Magerman bedanken. Jürgen begeleidde jaren geleden ook mijn bachelorproef, en sloot die begeleiding af met de woorden: "Als je ooit iemand nodig hebt voor je thesis, bel me maar." Drie jaar later was het zover. Dat hij ja zei, zonder aarzelen, wetende hoe druk zijn agenda al was, betekent meer dan ik hier kan uitdrukken. Hij was er altijd, met feedback, met nieuwe feedback, tot er spijkers in laag water werden gezocht. Het zijn precies die spijkers die deze thesis telkens opnieuw een niveau hoger hebben getild. Ik mocht hem altijd bereiken, hij maakte steeds tijd, en zijn betrokkenheid heeft een blijvende indruk nagelaten. Zonder hem was dit werk niet geworden wat het is. Bedankt om in mij te geloven wanneer ik het zelf even niet deed.

Ook professor Olivier Colins verdient een bijzonder woord van dank. Zijn bereidheid om als promotor op te treden maakte het mogelijk om een eigen onderwerp te kiezen, een onderwerp dat me nauw aan het hart ligt en rechtstreeks verweven is met mijn stage-ervaring. Dankzij zijn nauwgezette feedback, zijn flexibiliteit en zijn geduld bij het navigeren door de soms ondoordringbare wereld van ethische commissies en onderzoeksprocedures, hebben beide promotoren mij door die kluwen gesleurd en me op het goede spoor gehouden.

Dank ook aan mijn partner Robin, die dag na dag luisterde, naar wat ik had geschreven, waar ik vastliep, wat me bezighield. Zijn geduld en betrokkenheid waren een stille maar onmisbare steun.

Tot slot wil ik mijn ouders bedanken. Zij hebben mij door de hele opleiding heen gesteund, door moeilijke momenten en mooie momenten. Wanneer ik het even niet meer zag zitten, waren zij er met relativering, met rust en met vertrouwen. Dankzij hen heb ik de ruimte gekregen om mijn dromen na te jagen en kan ik met trots deze thesis afleveren.

ABSTRACT

Deze masterproef onderzoekt hoe hulpverleners in de chronische Belgische drughulpverlening de veranderingsresistentie en chroniciteit bij cliënten beleven, en welke impact dit heeft op hun zorghouding, werkrelatie en emotioneel welzijn. Hoewel de bestaande literatuur uitgebreid ingaat op stigma en attitudes bij cliënten, blijft het hulpverlenersperspectief onderbelicht.

Via een kwalitatief onderzoeksdesign werden negentien semigestructureerde interviews afgenomen bij hulpverleners uit vijf verslavingszorgsettings: een ambulante voorziening, twee residentiële settings, een CRA-georiënteerde werking en een spoedpsychiatrische context. De data werden geanalyseerd aan de hand van thematische analyse volgens Braun en Clarke (2021), met de COREQ-checklist als kwaliteitskader.

De analyse resulteerde in zeven thema's, van stigma en veranderingsresistentie tot emotionele belasting en structurele uitdagingen. Twee bevindingen springen er analytisch uit. Ten eerste is er de structurele kloof tussen wat hulpverleners conceptueel weten over herval en hoe zij dit emotioneel beleven, een patroon dat zichtbaar werd via impliciete signalen en dat kwantitatief attitudeonderzoek structureel mist. Ten tweede blijken de dimensies verbondenheid, hoop en betekenis, die centraal staan in persoonlijk herstel bij cliënten, ook voor hulpverleners zelf beschermend als bron van professionele veerkracht. Wat cliënten doet herstellen, doet hulpverleners volhouden.

Op basis van de bevindingen werd een empirisch ondersteunde hypothese geformuleerd: naarmate de therapeutische relatie minder diepgaand is, neemt de kans op objectivering en dehumanisering van de cliënt toe. De therapeutische relatie fungeert daarmee als anti-dehumaniseringsmechanisme. De conclusie luidt dat herstelgerichte zorg gelijktijdige investeringen vereist op het niveau van de hulpverlener, de organisatie en het zorglandschap. Individuele veerkracht kan niet als vervanging dienen voor structurele bescherming.

(GAI) TOOLS

In het kader van deze masterproef werden drie AI-tools ingezet op een wijze die in lijn is met de richtlijnen van UGent rond AI-gebruik en met het goedgekeurde Data Management Plan.

ChatGPT (OpenAI) werd uitsluitend gebruikt om door de onderzoeker zelf geschreven teksten te herformuleren, met name in het literatuuronderzoek en de methodologie. Daarnaast werd aan ChatGPT gevraagd of er aanvullende internationale en recente bronnen beschikbaar waren die een meerwaarde zouden kunnen betekenen voor dit onderzoek. Wanneer er voorstellen werden gedaan, werden deze bronnen grondig doorgelezen en kritisch beoordeeld op bruikbaarheid alvorens ze al dan niet op te nemen.

Claude AI (Anthropic) werd ingezet om bestaande, door de onderzoeker geschreven teksten in de data-analyse, resultaten en discussie te herschrijven en naar een hoger academisch niveau te brengen. Beide tools werden tevens geconsulteerd voor aanbevelingen ter verbetering van de tekst, die steeds kritisch werden geëvalueerd door de onderzoeker zelf.

Whisper AI werd ingezet voor de automatische transcriptie van de fysieke interviews. Het gebruik van deze tool was opgenomen in het informed consent dat deelnemers voorafgaand aan het interview ontvingen. Na de transcriptie werden alle bestanden door de onderzoeker handmatig gecontroleerd en gecorrigeerd aan de hand van de originele audio opnames.

De transcripties werden uitsluitend verwerkt door Whisper AI voor automatische omzetting van spraak naar tekst, conform het goedgekeurde informed consent en Data Management Plan. Inhoudelijke data zoals het codeboek, de participantentabel en de pseudonimisatietabel werden in geen geval ingevoerd in een AI-tool. Alle intellectuele analyse, interpretatie en argumentatie zijn het werk van de onderzoeker. Het gebruik van AI-tools beperkte zich tot tekstuele ondersteuning en geautomatiseerde transcriptie, en heeft de wetenschappelijke integriteit van het onderzoek niet aangetast.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	2
Dankwoord.....	3
Abstract.....	4
(GAI) tools.....	5
1. Literatuuronderzoek	9
1.1 Wat is verslaving?.....	9
1.1.1 Motieven voor middelengebruik.....	9
1.1.2 Verslaving als continuüm.....	9
1.2. De weg naar herstel	11
1.2.1 Meerdimensionaal herstel	11
1.2.2 Terugval als inherent onderdeel naar herstel.....	13
1.2.3 Herstel binnen de organisatie van de drughulpverlening in België.....	13
1.2.4 Veranderingsresistentie binnen complexe trajecten.....	14
1.3 Stigma	14
1.3.1 Hoe een kennislacune stigma initieert	14
1.3.2 Effecten van stigma op herstel	14
1.3.3 Mechanismen van zelfstigma	15
1.3.4. Stigma bij hulpverleners en structurele versterkers	16
1.3.5 Anti-stigma interventies	18
1.3.6 Impact van de organisatie van de zorg.....	18
1.4 Probleemstelling	20
1.5 Onderzoeksvraag	22
2. Methodologie	23
2.1 Onderzoeksdesign.....	23
2.1.1 Empirisch onderzoek.....	23
2.1.2 Epistemologische verantwoording	24
2.2 Setting	24
2.2.1 Beschrijving van de onderzoekscontext	24
2.3 De steekproef	24
2.3.1 Wervingstrategie	24
2.3.2 Steekproefkenmerken	25
2.4 Dataverzameling.....	25
2.4.1 Procedure van dataverzameling.....	25
2.4.2 Ethische implicaties.....	26
2.4.3 Topiclijst	27
2.5 Data analyse	28

2.5.1 Analysemethode.....	28
2.5.2 COREQ-criteria	29
3. Resultaten.....	30
3.1 Inleiding.....	30
3.2 Thema 1: Verslaving als chronische en complexe problematiek	30
3.2.1 Chroniciteit van verslaving en hervat als onderdeel van herstel.....	30
3.2.2 Verslaving als levenslange kwetsbaarheid met multifactoriële wortels.....	30
3.3 Thema 2: Percepties van veranderingsresistentie	31
3.3.1 Frustratie en machteloosheid bij hervat	31
3.3.2 Realistische verwachtingen en alternatieve invulling van de term	32
3.3.3 Kleine vooruitgang waarderen en hoop bewaren.....	32
3.4 Thema 3: Stigma	32
3.4.1 Stigma in de samenleving en gezondheidszorg	33
3.4.2 Stigma via massamedia, sociale media en stereotypering	33
3.4.3 Zelfstigma: verslaving als identiteitslabel.....	33
3.5 Thema 4: De therapeutische relatie als kern van herstel	34
3.5.1 Vertrouwen opbouwen en niet oordelen	34
3.5.2 De relatie als tegenwicht voor stigmatisering en bron van continuïteit	35
3.6 Thema 5: Emotionele belasting van hulpverleners.....	35
3.6.1 Bronnen van werkplezier en zingeving	35
3.6.2 Signalen van hulpmoedigheid en risico op uitputting.....	36
3.6.3 Nood aan zelfzorg en de balans tussen nabijheid en afstand	36
3.7 Thema 6: Teamondersteuning als beschermende factor.....	37
3.7.1 Collegiale steun en warm teamklimaat	37
3.7.2 Supervisie, intervisie en gedeelde visie op herstel	37
3.7.3 Samen moeilijke trajecten dragen	38
3.8 Thema 7: Structurele uitdagingen	38
3.8.1 Lange wachtlijsten en beperkte capaciteit	39
3.8.2 Fragmentatie van het zorglandschap en tekort aan nazorg	39
4. Discussie	40
4.1 Bespreking van de resultaten	40
4.1.1 Onderzoeksvraag 1: Welke factoren beïnvloeden hoe hulpverleners omgaan met chroniciteit, veranderingsresistentie en stigma?	40
4.1.2 Onderzoeksvraag 2: Welke ervaringscomponenten spelen een rol bij werkplezier, werkbelasting en psychisch welzijn?	42
4.1.3 Onderzoeksvraag 3: Welke strategieën ondersteunen hulpverleners bij het behouden van een empathische houding?.....	43
4.1.4 De therapeutische relatie als tegenwicht voor dehumanisatie	45
4.2 Beperkingen van de studie	46

4.2.1 Beperkingen van het onderzoeksdesign.....	46
4.2.2 Beperkingen van de steekproef.....	47
4.2.3 Reflectie op de dataverzameling	48
4.3 Implicaties voor de praktijk	49
4.3.1 Erkenning van de kloof tussen weten en voelen als structureel gegeven	49
4.3.2 Investeren in de kwaliteit en continuïteit van de therapeutische relatie	49
4.3.3 Meer ruimte voor harm reduction en gecontroleerd gebruik	49
4.3.4 Teamondersteuning differentiëren en zorglandschap integreren.....	50
4.4 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.....	50
4.4.1 Kwantitatieve toetsing en cliëntenperspectief	50
4.4.2 Longitudinaal, comparatief en interventieonderzoek.....	51
5. Algemene conclusie	52
6. Referenties	53
7. Bijlagen.....	59
7.1 Bijlage 1 : Criteria van stoornissen in gebruik van drugs (DSM-V):	59
7.2 Bijlage 2: Beschrijving van de onderzoekssettingen	60
7.3 Bijlage 3: Informed Consent.....	62
7.4 Bijlage 4: Topiclijst	71
7.5 Bijlage 5: COREQ-criteria	75
7.6 Bijlage 6: Gepseudonimiseerde participantentabel	81

1. LITERATUURONDERZOEK

1.1 Wat is verslaving?

1.1.1 Motieven voor middelengebruik

Middelengebruik vormt wereldwijd een belangrijk maatschappelijk en volksgezondheidsvraagstuk. Het gebruik van psychoactieve middelen draagt naar schatting bij aan ongeveer 4% van de globale sterfte en 5,4% van de totale ziektelast (World Health Organization, 2009, 2010). Ondanks deze aanzienlijke impact vindt slechts een minderheid van de mensen met problematisch middelengebruik de weg naar professionele hulp. Factoren zoals stigma, schaamte en beperkte toegankelijkheid van zorg spelen hierbij een belangrijke rol (Hasin et al., 2007; Van Boekel et al., 2013). Deze cijfers onderstrepen de complexiteit van middelengebruik als maatschappelijk fenomeen, waarbij individuele, sociale en structurele dimensies samenkomen.

Middelengebruik is een complex en veelzijdig fenomeen dat in vrijwel alle samenlevingen voorkomt en verschillende functies kan vervullen (Room, 2005; Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017). Het gebruik is vaak ingebed in sociale, culturele en persoonlijke contexten en heeft niet noodzakelijk een problematisch karakter. Zo kan het historisch of ritueel verankerd zijn, maar ook een praktisch of medisch doel dienen. Vanderplasschen en Vander Laenen (2017) onderscheiden vier centrale motieven: (1) symbolisch gebruik, verwijzend naar gebruik in religieuze contexten of overgangsrituelen; (2) functioneel gebruik, gericht op het ondersteunen van prestaties; (3) hedonistisch gebruik, waarbij plezier of gemoedsverandering centraal staat; en (4) medisch gebruik, dat dient ter pijnstilling of het verlichten van psychisch ongemak. In de praktijk overlappen deze motieven vaak of kunnen ze in de tijd verschuiven.

Naast individuele motieven spelen contextuele factoren een belangrijke rol, zoals sociale netwerken, culturele normen en beleid (Chantry et al., 2023; De Ruyscher et al., 2024). Deze omgevingsfactoren kunnen zowel risicovol zijn, bijvoorbeeld door sociale druk tot middelengebruik, als beschermend, bijvoorbeeld door toegang tot informatie en preventieprogramma's.

1.1.2 Verslaving als continuüm

Tot voor kort maakte de DSM-IV een onderscheid tussen middelenmisbruik en afhankelijkheid. In de DSM-V werd dit onderscheid opgeheven en samengebracht onder de diagnose *stoornis in het gebruik van middelen* (Federatie Medisch Specialisten, z.d.). Deze wijziging weerspiegelt een verschuiving in het denken over verslaving: middelengebruik wordt niet langer opgevat als een dichotome toestand, maar als een continuüm met verschillende ernstgraden. Deze benadering sluit beter aan bij de klinische realiteit en weerspiegelt de

heterogeniteit en veranderlijkheid van verslavingsgedrag (American Psychiatric Association, 2017).

Volgens de DSM-V wordt een stoornis in het gebruik van middelen gedefinieerd als “een problematisch patroon van drugsgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit minimaal twee van de volgende kenmerken die zich binnen een periode van twaalf maanden voordoen”. De diagnose is gebaseerd op elf criteria (zie bijlage 1), waarbij de ernst wordt ingedeeld in een lichte (2–3 criteria), matige (4–5) of ernstige stoornis (6 of meer criteria) (American Psychiatric Association, 2017). Hoewel de term *verslaving* formeel niet wordt gebruikt binnen de DSM-V, wordt hij in zowel klinische als maatschappelijke contexten vaak gehanteerd als aanduiding voor een ernstige stoornis in middelengebruik (Volkow et al., 2016).

Deze diagnostische benadering sluit aan bij hoe middelengebruik zich in de praktijk vaak ontwikkelt. In lijn met het continuümdenken beschrijft De Druglijn (2024) middelengebruik als een proces dat kan evolueren van experimenteel en sociaal-recreatief gebruik naar regelmatig, overmatig en uiteindelijk afhankelijk gebruik. Overgangen tussen deze fasen verlopen doorgaans geleidelijk en worden beïnvloed door persoonsgebonden factoren, omgevingskenmerken en eigenschappen van het gebruikte middel. Kenmerken zoals craving, controleverlies en toenemende negatieve gevolgen op sociaal, psychisch of financieel vlak markeren vaak de overgang naar afhankelijkheid. Tegelijk kan problematisch gebruik ook voorkomen zonder dat aan alle formele DSM-criteria wordt voldaan (De Druglijn, 2024).

Binnen deze bredere conceptualisering wordt verslaving in de DSM-V omschreven als een stoornis waarbij middelengebruik aanhoudt ondanks schadelijke gevolgen, en waarbij controleverlies, craving en beperkingen in het functioneren centraal staan (Van Deun, 2024). Deze definitie benadrukt het medische en gedragsmatige karakter van verslaving en maakt expliciet dat het geen kwestie is van moreel falen of gebrekkige wilskracht. Tegelijk wordt erkend dat ook personen die niet volledig voldoen aan de diagnostische criteria aanzienlijke problemen kunnen ervaren (Van Deun, 2024). Verslaving ontstaat dan ook uit een complexe interactie tussen biologische kwetsbaarheid, psychologische processen en omgevingsfactoren (Dom, 2025).

Naast de DSM-benadering bestaan alternatieve conceptualisaties die het continuümdenken verder uitwerken. Zo beschouwt het *heavy-use-over-time*-model verslaving minder als een discrete stoornis en meer als een gradueel proces van langdurig intensief gebruik dat gepaard gaat met verhoogde gezondheidsrisico's (Rehm et al., 2013).

Dit model biedt aanknopingspunten voor vroeginterventie en kan minder stigmatiserend werken, al wordt erop gewezen dat kernaspecten zoals craving en compulsief gebruik hierin minder expliciet worden meegenomen (Rice, 2013).

Een andere invloedrijke invalshoek is het hersenziektenmodel, dat verslaving beschouwt als een chronische aandoening waarbij langdurig middelengebruik blijvende veranderingen veroorzaakt in hersengebieden die betrokken zijn bij motivatie, beloning en zelfcontrole. Hierdoor verliezen natuurlijke beloningen aan betekenis, worden middelgerelateerde prikkels uitzonderlijk motiverend en kan het *willen* loskomen van het ervaren *plezier* (Robinson & Berridge, 2008; Volkow et al., 2016; Van Deun, 2024). Deze neurobiologische kwetsbaarheden kunnen rationele beslissingen om te stoppen aanzienlijk bemoeilijken (Dom, 2025).

Hoewel dergelijke modellen bijdragen aan de medicalisering en legitimering van verslaving als aandoening, en daarmee potentieel destigmatiserend werken, besteden ze relatief weinig aandacht aan de sociale context, maatschappelijke opvattingen en stigmafactoren die een cruciale rol spelen in herstelprocessen (Van Boekel et al., 2013). Mechanismen zoals tolerantie, ontwenningverschijnselen, negatieve bekrachtiging en stress- of omgevingsgebonden triggers kunnen craving versterken en het middelengebruik een centrale plaats geven in het dagelijks functioneren, wat het belang onderstreept van tijdige, contextgevoelige en ondersteunende interventies (NIDA, z.d.; Van Deun, 2024; West & Brown, 2013).

1.2. De weg naar herstel

In dit onderzoek wordt verslaving beschouwd als een chronische aandoening: een langdurige, recidiverende toestand die gekenmerkt wordt door herhaalde episoden van gebruik, terugval en herstel, en waarbij blijvende kwetsbaarheid ook na perioden van abstinentie aanwezig blijft (McLellan et al., 2000; Volkow et al., 2016). Chroniciteit verwijst daarmee niet enkel naar de duur van de problematiek, maar ook naar het cyclische karakter ervan, waarbij stabilisatie en destabilisatie elkaar afwisselen en een blijvende kwetsbaarheid ook bij langdurige abstinentie aanwezig blijft.

1.2.1 Meerdimensionaal herstel

Verslaving wordt steeds vaker gezien als een chronisch recidiverende aandoening (Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017). Herstel wordt daarbij niet uitsluitend gekoppeld aan abstinentie, maar omvat bredere veranderingen op het vlak van gezondheid, functioneren en maatschappelijke participatie. Vlaanderen kiest sinds de zesde staatshervorming expliciet voor een herstelgerichte benadering binnen de GGZ en verslavingszorg, waarbij herstel wordt

omschreven als “een individueel proces van positieve verandering” (Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017, p. 48). Internationale definities sluiten hier bij aan: herstel is “een vrijwillig onderhouden levensstijl gekenmerkt door gezondheid, welzijn en sociale integratie” (Betty Ford Institute, 2007; UKDPC, 2008). De focus verschuift van abstinentie als einddoel naar duurzame controle over middelengebruik en het herwinnen van maatschappelijke rollen en verantwoordelijkheden.

Ook na het bereiken van abstinentie blijven uitdagingen bestaan op het gebied van wonen, werk, relaties en psychisch welzijn. Duurzaam herstel vereist daarom ondersteuning op meerdere levensdomeinen en erkenning vanuit de sociale omgeving (Laenen & Vanderplasschen, 2017).

In de literatuur wordt herstel beschreven als een meerdimensionaal proces met vier onderling verbonden dimensies: klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel (Van der Stel, 2012; Aga & Vanderplasschen, 2016).

- **Klinisch herstel:** afwezigheid of vermindering van symptomen via medische of psychologische interventies, waarbij abstinentie centraal kan staan, maar zelden voldoende is (Dekkers et al., 2017; White, 2007).
- **Functioneel herstel:** herwinnen van fysieke, psychische en sociale vaardigheden en het opnieuw opnemen van dagelijkse rollen (Vanderplasschen et al., 2015).
- **Maatschappelijk herstel:** (her)integratie in de samenleving via werk, opleiding en sociale relaties, inclusief omgaan met stigma en uitsluiting (Aga & Vanderplasschen, 2016).
- **Persoonlijk herstel:** hervinden van identiteit, zingeving en hoop, waarmee het individu weer grip krijgt op het eigen leven (Dekkers, 2020; Van der Stel, 2015).

Aanvullend sluit het internationaal gehanteerde CHIME-model aan bij deze herstelbenadering. Dit model omschrijft persoonlijk herstel aan de hand van vijf kernprocessen: *Connectedness*, *Hope*, *Identity*, *Meaning* en *Empowerment* (Leamy et al., 2011). CHIME benadrukt herstel als een subjectief en relationeel proces, waarin verbondenheid, hoop en betekenisgeving centraal staan, en vormt daarmee een waardevol aanvullend kader binnen herstelgericht werken in de verslavingszorg.

Herstel is geen lineair traject, maar een dynamisch en duurzaam proces dat inzet vraagt op meerdere levensdomeinen (White, 2007). Therapeutische interventies richten zich in de praktijk vaak vooral op het verminderen of stoppen van middelengebruik, terwijl dit slechts één component vormt van duurzaam herstel (Vanderplasschen et al., 2015; White, 2007).

1.2.2 Terugval als inherent onderdeel naar herstel

Zoals besproken in 1.2.1, is herstel meerdimensionaal en dynamisch. Het transtheoretisch model beschrijft gedragsverandering als een cyclisch proces waarin terugval geen teken van falen is, maar een normaal onderdeel van leren en opnieuw proberen (Prochaska & DiClemente, 1983). Empirisch onderzoek toont dat het gemiddeld acht jaar duurt om een stabiele abstinente levensstijl te bereiken, vaak pas na meerdere pogingen en hervalepisoden (Scott & Dennis, 2007).

Herstelondersteunende zorg erkent deze fluctuaties en ziet stagnatie of terugval niet als onwil, maar als gevolg van een complexe interactie tussen persoonlijke kwetsbaarheden, contextuele drempels en ambivalentie (Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017). Fragmentatie van zorg kan dit proces bemoeilijken doordat cliënten bij terugval niet altijd adequaat worden ondersteund, met bredere gevolgen voor behandelrelaties en attitudes, zoals verder wordt uitgewerkt in hoofdstuk 3 en 4 (Chantry et al., 2023; De Ruyscher et al., 2024). Geïntegreerde zorgtrajecten kunnen deze knelpunten verminderen door continuïteit en intersectorale samenwerking te versterken.

1.2.3 Herstel binnen de organisatie van de drughulpverlening in België

Naast individuele biologische en psychologische factoren wordt het herstelproces mede vormgegeven door de organisatie van de zorg waarin dit herstel plaatsvindt. In België is de drughulpverlening opgebouwd als een breed en gedifferentieerd zorglandschap, met interventies die variëren van preventie en vroeginterventie tot ambulante en residentiële behandeling, schadebeperking en maatschappelijke re-integratie. Deze hulpverlening wordt aangeboden door zowel algemene welzijns- en gezondheidsvoorzieningen als door gespecialiseerde verslavingszorg (Drughulp, z.d.; VAD, 2024).

Binnen herstelgerichte benaderingen wordt behandeling niet opgevat als een geïsoleerde interventie, maar als onderdeel van een ruimer en langdurig traject. Continuïteit van zorg, afgestemd op de noden en mogelijkheden van de persoon, wordt daarbij als een belangrijk uitgangspunt beschouwd, zeker in het licht van herval en fluctuerende motivatie (Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017).

De manier waarop zorg georganiseerd is, met onderscheiden vormen van hulpverlening en verschillende instroom- en doorstroommogelijkheden, vormt het kader waarbinnen hersteltrajecten zich in de praktijk voltrekken. De implicaties hiervan voor de beleving van zorg en de werkervaring van hulpverleners worden verder uitgewerkt in de volgende hoofdstukken.

1.2.4 Veranderingsresistentie binnen complexe trajecten

Het samengaan van een verslavingsprobleem met een psychiatrische stoornis, vaak aangeduid als dubbeldiagnose, verhoogt de complexiteit van hersteltrajecten aanzienlijk. Deze aandoeningen beïnvloeden elkaar wederzijds en kunnen leiden tot ernstigere symptomen, verminderde therapietrouw en een verhoogd risico op terugval (Dom, 1999; Desleutel, 2012; Dom, 2025). Een beperkt begrip van deze interacties kan ertoe leiden dat stagnatie of terugval verkeerd wordt geïnterpreteerd als een gebrek aan motivatie of onwil, waardoor hulpverleners uitdagingen ervaren bij het ondersteunen van cliënten.

In dit onderzoek wordt deze situatie omschreven als *veranderingsresistentie*: een complex samenspel van persoonlijke kwetsbaarheden, contextuele stressoren en structurele drempels die gedragsverandering kan bemoeilijken. Het begrip verwijst expliciet niet naar onwil, maar beschrijft een realistisch patroon waarin cliënten ondanks ondersteuning beperkte vooruitgang tonen of terugvallen. Een onvoldoende begrip van deze processen vergroot het risico op negatieve percepties en afstandname door hulpverleners, waardoor veranderingsresistentie een cruciaal concept vormt voor onderzoek binnen chronische drughulpverleningstrajecten.

1.3 Stigma

1.3.1 Hoe een kennislacune stigma initieert

Kennis van neurobiologische en gedragsmatige processen is cruciaal voor een adequaat begrip van herstel. Wanneer terugval, beperkte vooruitgang of herhaald middelengebruik niet wordt geïnterpreteerd als onderdeel van een dynamisch herstelproces, maar als uiting van onwil of gebrek aan motivatie, kan dit leiden tot frustratie, machteloosheid en afstand bij hulpverleners. Dergelijke percepties zetten zowel de therapeutische relatie als de motivatie van cliënten onder druk (Luoma et al., 2013; van Boekel et al., 2013).

Het onvoldoende begrijpen van deze processen kan zo indirect bijdragen aan stigma, omdat negatieve houdingen en veroordelende interpretaties van cliëntgedrag worden versterkt. De impact van dergelijke kennislacunes op stigma en herstelprocessen wordt verder uitgewerkt in de volgende hoofdstukken.

1.3.2 Effecten van stigma op herstel

Stigma vormt een fundamentele barrière voor herstel bij personen met een stoornis in het gebruik van middelen. Het verwijst naar sociale processen waarbij een bepaalde eigenschap wordt gelabeld als afwijkend en leidt tot devaluatie, uitsluiting en discriminatie (Luoma, 2013).

Waar onderzoek aanvankelijk vooral focuste op de omvang en schadelijke effecten van stigma (Livingston & Boyd, 2010), is de aandacht in toenemende mate verschoven naar de

mechanismen waarlangs stigma ontstaat en in stand wordt gehouden, en naar interventies die dit kunnen verminderen (Schachter et al., 2008; Weiss et al., 2006).

Stigma manifesteert zich op drie niveaus: publiek, structureel en individueel. Publiek stigma omvat negatieve houdingen en stereotypen in de samenleving, zoals het beeld dat mensen met middelenproblemen gevaarlijk, onverantwoordelijk of moreel zwak zijn (Corrigan, 2009; Livingston et al., 2011). Structureel stigma verwijst naar institutionele regels en praktijken die herstel bemoeilijken, zoals strafrechtelijke benaderingen, beperkte toegang tot huisvesting of zorg, of stigmatiserende voorwaarden rond substitutiebehandeling (Room, 2005; Livingston et al., 2011). Structureel stigma, dat voortkomt uit organisatorische en institutionele factoren, wordt uitgebreider behandeld in sectie 1.3.4.

Op individueel niveau kan stigma geïnternaliseerd worden. Mensen nemen hierbij negatieve maatschappelijke overtuigingen over hun eigen identiteit over, wat zich uit in schaamte, sociale terugtrekking en een verminderd geloof in de mogelijkheid tot herstel (Corrigan et al., 2009; Livingston & Boyd, 2010).

Dit werkt herstel op verschillende levensdomeinen tegen (gezondheid, wonen, werk, sociale integratie) en kan ertoe leiden dat mensen hun middelenprobleem verbergen, wat verdere hulpverlening bemoeilijkt. Identificatie met deze negatieve sociale identiteit verhoogt bovendien de angst voor afwijzing en versterkt sociale isolatie (Luoma et al., 2013), waardoor behandeling en herstel lastiger worden (Livingston & Boyd, 2010).

1.3.3 Mechanismen van zelfstigma

Volgens het sociaal-cognitieve model van Corrigan et al. (2009) doorlopen mensen vier fasen: blootstelling aan negatieve stereotypen, gedeeltelijke onderschrijving ervan, identificatie met de gestigmatiseerde groep, en ten slotte het toepassen van deze oordelen op zichzelf. Zelfstigma hangt sterk samen met lager zelfrespect, verminderde zelfeffectiviteit en pessimisme over herstel (Yamaguchi et al., 2022; Jahn et al., 2020).

Het functioneel-contextuele model (Luoma et al., 2013) benadrukt dat niet alleen de inhoud van deze overtuigingen schadelijk is, maar vooral de manier waarop mensen ermee omgaan. Pogingen om stigmatiserende gedachten te vermijden of onderdrukken, zogenoemde 'ervaringsvermijding', versterken psychisch lijden en kunnen leiden tot depressie, sociale terugtrekking en meer middelengebruik (Hayes et al., 2006; Luoma et al., 2013).

Bovendien worden middelenproblemen vaak geassocieerd met hiv/aids, armoede, dakloosheid of criminaliteit, wat leidt tot extra lagen van gestigmatiseerde identiteiten (Crisp et al., 2000; Livingston et al., 2011).

1.3.4. Stigma bij hulpverleners en structurele versterkers

Negatieve attitudes, stereotiepe opvattingen en moraliserende interpretaties komen regelmatig voor in zowel eerstelijnszorg als bredere GGZ (Van Boekel et al., 2015; Gilchrist et al., 2011; Duvar, 2024). Cliënten kunnen dan gezien worden als manipulatief, onbetrouwbaar of moeilijk, vooral bij herval of wanneer ze niet voldoen aan behandelverwachtingen (Duvar, 2024).

Deze percepties beïnvloeden de therapeutische relatie en de bereidheid van hulpverleners om langdurig te investeren in herstelgerichte zorg (Gilchrist et al., 2011), wat kan leiden tot lagere verwachtingen, vermijdingsgedrag en emotionele afstand, en daarmee de zorgcontinuïteit en behandelresultaten ondermijnt (Van Boekel et al., 2015).

Herval, een normaal onderdeel van herstel (zie 2.2), wordt vaak geïnterpreteerd als gebrek aan motivatie, wat gevoelens van frustratie of machteloosheid bij hulpverleners versterkt en kan bijdragen aan cynisme of ‘hulpmoetheid’ (Maslach et al., 2001; Luoma et al., 2013). Van Boekel et al. (2015) ontwikkelden het concept ‘regard’, dat zowel affectieve houding als bereidheid tot engagement omvat. Hun onderzoek toont dat regard significant lager ligt bij cliënten met illegaal druggebruik dan bij cliënten met alcoholproblematiek, depressie of diabetes. Professionals in gespecialiseerde verslavingszorg scoren doorgaans hoger op regard dan collega’s in eerstelijnszorg of algemene psychiatrie, omdat zij meer vertrouwd zijn met herstelgerichte, op maat gemaakte interventies (VAD, 2024; Drughulp.be, 2023).

In de literatuur worden twee verwante maar conceptueel onderscheiden fenomenen beschreven die relevant zijn voor hulpverleners in de chronische verslavingszorg. Burnout, zoals beschreven door Maslach et al. (2001), ontstaat primair vanuit structurele werkstressoren zoals hoge werkdruk, gebrek aan autonomie en onvoldoende ondersteuning, en manifesteert zich in emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderd gevoel van persoonlijke bekwaamheid. Compassion fatigue daarentegen, zoals geconceptualiseerd door Figley (1995), is specifiek verbonden aan de emotionele belasting van empathisch engagement met lijdende cliënten, gekenmerkt door een geleidelijke erosie van het empathisch vermogen en een afname van het gevoel van professionele voldoening. Hoewel beide fenomenen overlappen, is compassion fatigue theoretisch bijzonder relevant in de verslavingszorg, waar hulpverleners langdurig geconfronteerd worden met complexe trauma- en hersteltrajecten (Bride et al., 2007). In dit onderzoek wordt de term hulpmoetheid gehanteerd als overkoepelend begrip dat elementen van beide fenomenen kan omvatten.

Deze negatieve attitudes en moraliserende interpretaties maken dat hulpverleners onbewust gedrag van cliënten door een moreel kader beoordelen, wat de perceptie van de “verslaafde”

versterkt en herstel bemoeilijkt (Luoma et al., 2013; Corrigan, 2009; Jahn et al., 2020). Naast deze percepties beïnvloeden de emotionele belasting en intensiteit van zorgcontacten de therapeutische relatie. Onvoorspelbaar gedrag, beperkte behandelrespons en frequente terugval wekken gevoelens van frustratie, machteloosheid en relationele afstand bij hulpverleners (McGillion et al., 2000). Wanneer dergelijke emoties niet worden herkend of professioneel worden opgevangen, kan dit leiden tot hulpmoedheid, gekenmerkt door verminderd empathisch engagement, verhoogde irritatie en afstandelijkheid (Luoma et al., 2013; Corrigan et al., 2009). Zo ontstaat een vicieuze cirkel waarin emotionele belasting, negatieve verwachtingen en relationele terugtrekking elkaar versterken, met een verzwakte therapeutische alliantie als gevolg.

Het doorbreken van deze dynamiek vereist structurele ondersteuning. Zowel Maslach et al. (2001) als Reyre et al. (2017) benadrukken het belang van organisatorische voorwaarden die emotionele belasting erkennen en bescherming bieden, zoals regelmatige supervisie, intervisie, collegiale ondersteuning en een cultuur waarin zorg voor de zorgverlener even vanzelfsprekend is als zorg voor de cliënt.

Ford (2008) toont aan dat zorg voor cliënten met middelenproblemen vaak gepaard gaat met gevoelens van angst en onveiligheid, zeker bij intoxicatie of ontwenning, wat relationele spanning en frustratie kan versterken. Ford et al. (2008) tonen dat een gebrek aan professionele ondersteuning, meer dan individuele opvattingen, de belangrijkste voorspeller is van negatieve houdingen. Hulpverleners die zich voldoende gesteund en competent voelen, ontwikkelen daarentegen vaker een constructieve houding ten opzichte van deze doelgroep.

Structurele factoren binnen de zorgorganisatie kunnen deze dynamiek verder versterken. Fragmentatie van zorg, rigide toelatingscriteria en beperkte laagdrempelige voorzieningen beperken zowel toegang als continuïteit van herstelgerichte ondersteuning (Room, 2005; Livingston et al., 2011; De Ruyscher et al., 2024; Chantry et al., 2023). Diagnostische labels en verschillen in behandelvisies, zoals strikte abstinentievoorwaarden versus schadebeperking of medicamenteuze ondersteuning, kunnen leiden tot uitsluiting, hiërarchische percepties van zorgtrajecten en negatieve attitudes bij zowel cliënten als hulpverleners (Livingston et al., 2012; Free Clinic, z.d.; Stad Gent, z.d.).

Gebrek aan opleiding over middelenstoornissen in de brede GGZ versterkt onzekerheid en machteloosheid bij professionals, wat vermijdingsgedrag en stigma in stand houdt (McLaughlin et al., 2006; Duvar, 2024). Positieve verandering in attitudes is echter mogelijk wanneer hulpverleners cliënten leren kennen buiten stereotype beelden, inzicht krijgen in hun trauma, levensverhaal en sociaal-maatschappelijke context, en verslaving erkennen als psychische aandoening (McLaughlin et al., 2006; Duvar, 2024).

Publiek en structureel stigma kunnen ertoe leiden dat mensen zorg vermijden of trajecten voortijdig beëindigen uit angst voor oordeel of discriminatie (Livingston et al., 2011; Van Boekel et al., 2013; Corrigan et al., 2014). Om deze drempels te doorbreken is een inclusieve, herstelgerichte en geïntegreerde zorgorganisatie noodzakelijk, waarin sectoren beter op elkaar aansluiten en diagnostische categorieën geen mechanismen van in- of exclusie vormen (Livingston et al., 2011; Corrigan et al., 2014; Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017).

1.3.5 Anti-stigma interventies

Het belang van gerichte anti-stigma strategieën bij cliënten is groot, omdat negatieve percepties en zelfstigma herstelprocessen kunnen bemoeilijken. Interventies zoals Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en beroepsgerichte begeleiding blijken effectief in het verminderen van zelfstigma en het bevorderen van copingstrategieën (Livingston et al., 2011).

Voor het brede publiek hebben contactgerichte benaderingen, waarbij mensen in contact komen met personen in herstel, een sterker effect op het doorbreken van stereotypen dan louter educatieve programma's. Dit geldt eveneens voor trainingen van medische studenten, politie en zorgprofessionals (Livingston et al., 2011).

Omdat stigma een multilevel fenomeen is, reiken effectieve interventies verder dan het individuele niveau. Rao et al. (2019) benadrukken dat acties die enkel op één niveau mikken vaak beperkte reikwijdte hebben. Structurele en maatschappelijke maatregelen, zoals beleid, training van professionals en publieke voorlichting, zijn daarom essentieel om stigma op macroniveau te verminderen.

Om duurzame effecten te bereiken, moeten interventies expliciet gericht zijn op het verminderen van geïnternaliseerd stigma. Programma's die zich enkel richten op kennis of attitudes missen een cruciale component. Interventies die acceptatie, zelfcompassie en hoop bevorderen, worden daarom sterk aanbevolen (Jahn et al., 2020; Luoma et al., 2013).

1.3.6 Impact van de organisatie van de zorg

In België functioneert het verslavingszorglandschap vaak als een reeks losse eilanden, waarbij geestelijke gezondheidszorg, gespecialiseerde verslavingszorg en eerstelijnszorg onvoldoende op elkaar zijn afgestemd (De Ruyscher et al., 2024; Chantry et al., 2023). Doorverwijzingen verlopen daardoor niet altijd vlot, waardoor cliënten minder consistente ondersteuning ervaren en het risico op terugval of voortijdig beëindigen van trajecten toeneemt. Diagnostische labels en toelatingscriteria bepalen bovendien wie toegang krijgt tot welke voorziening: sommige cliënten worden van reguliere GGZ-diensten uitgesloten omdat hun verslavingsproblematiek als primaire diagnose geldt, terwijl anderen niet worden

toegelaten tot gespecialiseerde verslavingszorg omwille van psychiatrische co-morbiditeit. Dit treft vooral cliënten met een dubbeldiagnose, bij wie de complexe wisselwerking tussen verslaving en psychiatrische stoornissen hersteltrajecten reeds aanzienlijk bemoeilijkt (Dom, 1999; Desleutel, 2012; De Ruysscher et al., 2024).

Publiek en structureel stigma kunnen er bovendien toe leiden dat mensen zorg vermijden of trajecten voortijdig beëindigen uit angst voor oordeel of discriminatie, wat verdere hulpverlening bemoeilijkt (Livingston et al., 2011; Corrigan et al., 2014; Van Boekel et al., 2013).

Binnen voorzieningen bestaan daarnaast aanzienlijke verschillen in behandelvisies die de continuïteit van zorg verder onder druk zetten. Sommige trajecten hanteren strikte abstinentievoorwaarden als toelatings- of verblijfs criterium, terwijl andere inzetten op schadebeperking of medicamenteuze ondersteuning zoals methadononderhoud (Livingston et al., 2012; Free Clinic, z.d.; Stad Gent, z.d.). Deze variatie kan leiden tot een hiërarchie van behandeltrajecten en tot onzekerheid of conflicten tussen hulpverleners over wat als effectieve zorg wordt beschouwd, met indirect negatieve gevolgen voor de percepties van zowel cliënten als professionals (Livingston et al., 2011). Om deze barrières te doorbreken is een inclusieve, geïntegreerde en flexibele zorgorganisatie noodzakelijk, waarin diagnostische categorieën geen mechanismen van in- of uitsluiting vormen en behandeltrajecten beter op elkaar aansluiten (Livingston et al., 2011; Corrigan et al., 2014; Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017).

Voor de behandeling zelf heeft fragmentatie directe gevolgen. Continuïteit van zorg, afgestemd op de noden en mogelijkheden van de persoon, wordt beschouwd als een fundamenteel principe binnen herstelgerichte benaderingen, zeker in het licht van herval en fluctuerende motivatie (Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017). De therapeutische alliantie, die een robuuste predictor is van behandelretentie en -uitkomsten in de verslavingszorg, staat onder druk wanneer doorverwijzingen haperen en wachtlijsten lang zijn (Meier et al., 2005; Joe et al., 2001). Geïntegreerde zorgtrajecten kunnen deze knelpunten verminderen door continuïteit en intersectorale samenwerking te versterken (Chantry et al., 2023; De Ruysscher et al., 2024).

Voor hulpverleners vertaalt diezelfde fragmentatie zich in een eigen vorm van professionele belasting. Hoge werkdruk, gebrek aan interprofessionele afstemming en onvoldoende opleiding over chronische verslavingszorg dragen bij aan gevoelens van stress, onzekerheid en vermoeidheid, wat het risico op vermijdingsgedrag, verminderde inzet en burn-out verhoogt (Chantry et al., 2023; De Ruysscher et al., 2024; Oser et al., 2013). Ford et al. (2008) tonen aan dat een gebrek aan professionele ondersteuning, meer dan individuele opvattingen of attitudes, de sterkste voorspeller is van negatieve houdingen bij hulpverleners. Wanneer

hulpverleners zich onvoldoende gesteund en competent voelen, neemt de kans op negatieve attitudes tegenover cliënten toe, wat de zorgkwaliteit en de continuïteit van hersteltrajecten rechtstreeks ondermijnt (Ford et al., 2008; Reyre et al., 2017).

Positieve verandering is echter mogelijk. Wanneer hulpverleners cliënten leren kennen buiten stereotype beelden en inzicht krijgen in hun levensverhaal, trauma en sociaal-maatschappelijke context, verandert de professionele houding aantoonbaar (McLaughlin et al., 2006; Duvar, 2024). Erkenning van verslaving als psychische aandoening, gecombineerd met gerichte scholing en interprofessionele samenwerking, versterkt het vermogen van professionals om langdurig herstelgericht te werken (McLaughlin et al., 2006; Duvar, 2024; Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017). Samengevat tonen deze bevindingen dat de organisatie van de zorg niet neutraal is: structurele keuzes rond toegang, continuïteit en behandelvisie bepalen mee de effectiviteit van hersteltrajecten én de draagkracht van de hulpverleners die ze uitvoeren. Deze vaststellingen vormen het directe vertrekpunt voor de probleemstelling in de volgende sectie.

1.4 Probleemstelling

De zorg voor mensen met een chronische middelenstoornis wordt gekenmerkt door aanzienlijke complexiteit. Veel cliënten bevinden zich in een samenloop van langdurig middelengebruik, psychiatrische co-morbiditeit, armoede, dakloosheid of justitiële betrokkenheid. Factoren die elkaar wederzijds versterken en de stabiliteit van het dagelijks leven onder druk zetten (Vanderplasschen & Laenen, 2017; Dom, 1999; De Ruyscher et al., 2024). Hierdoor verlopen zorgtrajecten vaak lang, gefragmenteerd en moeilijk voorspelbaar, met terugkerende patronen van ambivalentie, beperkte motivatie en herval (Meier et al., 2005; Joe et al., 2001). Binnen deze trajecten worden hulpverleners geconfronteerd met precare motivatie, ambivalentie en terugkerende hervalpatronen, in dit onderzoek beschreven als veranderingsresistentie.

Tegelijkertijd wordt van voorzieningen verwacht dat ze herstelgericht, cliëntgericht en integraal werken, met aandacht voor eigen regie en empowerment. Dat vraagt van hulpverleners niet alleen klinische expertise, maar ook relationele nabijheid, morele veerkracht en het vermogen om hoop te blijven uitdragen in complexe omstandigheden (Reyre et al., 2017). Dit blijkt echter niet vanzelfsprekend in een context waarin hulpverleners regelmatig geconfronteerd worden met manipulatief gedrag, herval of afwijzing van hulp.

Onderzoek toont aan dat negatieve attitudes, morele oordelen en gevoelens van machteloosheid frequent voorkomen, vooral wanneer cliënten niet voldoen aan klassieke behandelverwachtingen (Van Boekel et al., 2015; Duvar, 2024; Gilchrist et al., 2011).

Structurele factoren zoals onderbezetting, een hoge caseload, gebrek aan training en beperkte supervisie versterken deze spanningen, en dragen bij aan werkdruk, emotionele belasting en relationele uitputting (Ford et al., 2008; Oser et al., 2013). Binnen dit spanningsveld dreigt de therapeutische relatie, een kerncomponent van herstelgerichte zorg, onder druk te komen staan.

Wanneer hulpverleners hun vertrouwen verliezen in de veranderbaarheid van cliënten, kan dit leiden tot afstandelijkheid, cynisme of 'hulpmoetheid' (Luoma et al., 2013; Maslach et al., 2001). Zo ontstaat een vicieuze cirkel waarin negatieve verwachtingen en structureel stigma elkaar versterken, met nefaste gevolgen voor zowel cliënt als hulpverlener.

Hoewel de literatuur uitgebreid ingaat op stigma, attitudes en motivatie bij cliënten, blijft een fundamentele vraag onderbelicht: *hoe beleven hulpverleners in de chronische verslavingszorg veranderingsresistentie van hun cliënten, en wat is de impact daarvan op hun percepties, werkrelatie en emotioneel welzijn?*

Er is nog weinig bekend over hoe zij omgaan met de morele, emotionele en professionele spanningen die zulke langdurige en vaak moeizame zorgtrajecten oproepen. Ook beschermende factoren blijven onderbelicht: wat helpt hen om verbonden, hoopvol en professioneel betrokken te blijven, ondanks terugval, ambivalentie en complexe noden?

Daarom is het essentieel dat attitudes en belevingen van hulpverleners ten aanzien van cliënten met middelenproblematiek expliciet onderzocht worden, om gericht te kunnen inzetten op personeelsontwikkeling en beleidsmaatregelen die de kwaliteit van zorg versterken (Gilchrist et al., 2011).

Om deze lacune te verhelderen, staat in dit onderzoek de volgende vraag centraal: *“Hoe beleven hulpverleners in chronische Belgische drughulpverlening de veranderingsresistentie en chroniciteit bij cliënten, en welke impact heeft dit op hun zorghouding, werkrelatie en emotioneel welzijn?”*

Door de ervaringen van hulpverleners centraal te stellen, wil dit onderzoek niet alleen bijdragen aan een beter begrip van de dynamieken binnen chronische zorgrelaties, maar ook handvatten aanreiken voor beleid en praktijk. Inzicht in deze beleving is cruciaal om de duurzaamheid van zorgrelaties, het psychisch welzijn van hulpverleners en de kwaliteit van herstelgerichte verslavingszorg te versterken.

1.5 Onderzoeksvraag

Het doel van deze masterproef is inzicht te verwerven in de beleving, professionele attitudes en beschermende en belastende factoren van hulpverleners in de langdurige verslavingszorg, met het oog op zowel theoretische verdieping als beleids- en praktijkaanbevelingen die het welzijn van hulpverleners bevorderen en de kwaliteit van herstelgerichte zorg voor cliënten met een stoornis in het gebruik van middelen versterken. Centraal staat de volgende onderzoeksvraag:

Hoe beleven hulpverleners in de chronische Belgische drughulpverlening de veranderingsresistentie en chroniciteit bij cliënten, en welke impact heeft dit op hun zorghouding, werkrelatie en emotioneel welzijn?

Deze centrale vraag wordt uitgewerkt aan de hand van drie deelvragen:

1. Welke factoren beïnvloeden hoe hulpverleners in de verslavingszorg omgaan met chroniciteit, veranderingsresistentie en stigma bij cliënten?
2. Welke percepties, attitudes en ervaringscomponenten spelen een rol bij het werkplezier, de werkbelasting en het psychisch welzijn van deze hulpverleners?
3. Welke organisatorische, relationele en persoonlijke strategieën ondersteunen hulpverleners bij het behouden van een empathische en herstelgerichte houding, ondanks terugkerende weerstand of complexe zorgsituaties?

2. METHODOLOGIE

2.1 Onderzoeksdesign

2.1.1 Empirisch onderzoek

Dit onderzoek hanteert een kwalitatieve benadering om inzicht te verkrijgen in hoe hulpverleners binnen de chronische drughulpverlening omgaan met de chroniciteit en veranderingsresistentie van cliënten, en welke impact dit heeft op hun percepties, emotioneel welzijn en de therapeutische relatie. Bijzondere aandacht gaat uit naar de rol van stigma, zowel op individueel als structureel niveau, en naar factoren die hulpverleners helpen betrokken, hoopvol en herstelgericht te blijven binnen langdurige en complexe zorgtrajecten.

Een kwalitatieve aanpak is bijzonder geschikt voor dit onderzoek, omdat de focus ligt op het begrijpen van de ervaringen, betekenissen en emoties van hulpverleners in de context van chronische verslavingszorg, in plaats van op het verzamelen van generaliseerbare cijfers. Door middel van kwalitatieve interviews kunnen de complexiteit van hun werk, de dagelijkse uitdagingen bij cliënten met veranderingsresistentie en chronische problematiek, en de invloed van stigma op hun professionele handelen en welzijn diepgaand worden verkend (Braun & Clarke, 2021; Van Hove, 2014).

Zoals Howitt (2014) benadrukt, zijn kwalitatieve interviews geschikt voor onderzoeksvragen die gericht zijn op beleving, interpretatie en betekenisgeving. In dit onderzoek laten ze toe om inzicht te krijgen in hoe hulpverleners hun handelingsstrategieën, morele oordelen en copingmechanismen vormgeven in hun dagelijkse praktijk, en hoe deze processen samenhangen met percepties van cliënten, stigma en organisatorische factoren.

Semigestructureerde interviews zijn gekozen als dataverzamelingsmethode. Deze bieden structuur om kernonderwerpen zoals veranderingsresistentie, stigma en de beleving van chronische trajecten te verkennen, terwijl ze ruimte laten voor persoonlijke verhalen, onverwachte perspectieven en contextuele factoren. In lijn met Opdenakker (2006) wordt hierbij gewerkt met een interviewgide die richting geeft aan het gesprek, maar geen rigide vragenlijst vormt; de interviewer gebruikt deze enkel om te bewaken dat alle relevante thema's aan bod komen. Tegelijk vergen kwalitatieve interviews volgens Howitt specifieke vaardigheden, zoals actief luisteren, doorvragen en het kunnen volgen van het perspectief van de deelnemer, zodat betekenisgevende processen tijdens het gesprek naar voren komen. Deze methode van data-verzameling stelt de onderzoeker in staat betekenissen en subjectieve belevingen bloot te leggen binnen hun context. Op deze manier kan worden onderzocht welke elementen bijdragen aan hulpmoetheid en emotionele belasting, en welke factoren professionele veerkracht en relationele veiligheid ondersteunen (Van Hove, 2014).

2.1.2 Epistemologische verantwoording

Het onderzoek is geworteld in het symbolisch interactionisme, dat stelt dat menselijke ervaring ontstaat via interpretatie en betekenisverlening in sociale interacties (Van Hove, 2014). De focus ligt op het begrijpen van het handelen van hulpverleners en de betekenissen die zij daaraan toekennen binnen hun professionele context. Deze aanpak biedt inzicht in de samenhang tussen attitudes, beleving en gedrag, en kan later dienen als basis voor kwantitatief onderzoek, bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van een vragenlijst, waarmee zowel wetenschappelijke als praktische kennis wordt geleverd ter ondersteuning van duurzame, herstelgerichte zorgrelaties (Creswell & Poth, 2018)

2.2 Setting

2.2.1 Beschrijving van de onderzoekscontext

Het onderzoek richt zich op instellingen die langdurige hulpverlening bieden aan personen met een middelenstoornis, waarbij verschillende zorgvormen en benaderingen worden meegenomen om heterogeniteit te waarborgen. Geselecteerde organisaties zijn: MSOC Gent/Waasland, een multidisciplinaire, laagdrempelige ambulante voorziening; P.C. Ariadne, afdeling Limani, een residentiële setting voor volwassenen met afhankelijkheidsproblematiek; P.C. Sint-Jan-Baptiste, VITA Verslavingszorg, residentieel met focus op gedragsverandering en herintegratie; UZ Gent, Spoedpsychiatrie, waar hulpverleners werken met cliënten in crisis en vaak hardnekkige gedragsproblemen ervaren; en de Therapeutische Gemeenschap van De Kiem in Gavere, waar hulpverleners een intens en langdurig hersteltraject aangaan met cliënten.

Deze variatie in instellingen biedt een breed perspectief op hoe hulpverleners omgaan met veranderingsresistentie, emotionele belasting en herstelgericht werken binnen diverse vormen van chronische zorg. Uitgebreide beschrijvingen van de deelnemende instellingen zijn opgenomen in Bijlage 2

2.3 De steekproef

2.3.1 Wervingstrategie

Voor dit onderzoek werden tien tot vijftien semigestructureerde interviews gepland met hulpverleners uit de eerder beschreven voorzieningen (zie 2.2.1). Uiteindelijk werden negentien interviews afgenomen. De betrokken organisaties werden via e-mail en/of telefonisch gecontacteerd met een uitnodiging tot deelname. De eerste communicatie verliep via de afdelingshoofden, die het onderzoeksproject vervolgens intern aan hun teams voorstelden. Vijf van de zes gecontacteerde voorzieningen reageerden positief en verklaarden bereid te zijn om deelname van enkele stafleden mogelijk te maken. De Kiem werd aanvankelijk gecontacteerd maar reageerde aanvankelijk niet. Eind februari 2025 werden via

een contactpersoon alsnog rechtstreekse contactgegevens verkregen, waarna opnieuw contact werd opgenomen.

Na formele bevestiging van de overige voorzieningen werden de vereiste ethische goedkeuringsprocedures opgestart. Voor de afdelingen van P.C. Ariadne en P.C. Sint-Jan-Baptiste werd eerst de lokale ethische commissie van de Broeders van Liefde geconsulteerd. Na enkele herwerkingen werd op 3 oktober 2025 een gunstig advies verkregen. Parallel werd een aanvraag ingediend bij de centrale ethische commissie van het UZ Gent. Beide commissies ontvingen het volledige dossier, bestaande uit het informed consent, het onderzoeksprotocol, het onderzoeksopzet en het data management plan. Zoals Howitt (2014) benadrukt, vergt kwalitatieve werving zorgvuldige planning en soms creativiteit, vooral bij gespecialiseerde groepen. Het opbouwen van vertrouwen bij organisaties en contactpersonen is cruciaal om deelname te faciliteren, aangezien responsafhankelijkheid inherent is aan kwalitatief interviewonderzoek.

2.3.2 Steekproefkenmerken

De steekproef werd samengesteld via een combinatie van doelgerichte selectie en beschikbaarheidssampling (convenience sampling), met als doel een breed spectrum aan perspectieven te verkrijgen. Zo waren sommige functies, zoals artsen, moeilijk te bereiken, wat de functievariatie in de steekproef gedeeltelijk beperkte. Binnen deze beperkingen werd gestreefd naar maximale heterogeniteit door variatie na te streven in functie (bijvoorbeeld verpleegkundigen, begeleiders, therapeuten, casemanagers, psychosociaal medewerkers), geslacht, leeftijd en anciënniteit, zodat verschillende ervaringen met chroniciteit, herval en veranderingsresistentie bij cliënten konden worden verkend. Deze aanpak sluit aan bij kwalitatieve principes waarin diversiteit in de steekproef helpt om fenomenen in hun contextuele rijkdom te begrijpen en de kans op mogelijke transfereerbaarheid van de bevindingen te maximaliseren (Braun & Clarke, 2021). Een overzicht van de steekproefkenmerken is opgenomen in Bijlage 6.

2.4 Dataverzameling

2.4.1 Procedure van dataverzameling

De interviews werden afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst, ontwikkeld op basis van de literatuur en praktijkervaringen, en extern gereviseerd door dhr. Magerman om de inhoudsvaliditeit te versterken. Elk interview duurde tussen de 45 en 60 minuten en werd afgenomen tussen februari en mei 2026. De topiclijst bood voldoende structuur voor onderlinge vergelijking, maar liet tegelijk ruimte voor verdieping en onverwachte perspectieven (Kallio et al., 2016).

Voorafgaand werden pilot-interviews uitgevoerd met drie medewerkers van het MSOC Gent, waarbij de begrijpelijkheid, diepgang en structuur van de vragen werden geëvalueerd. Op basis hiervan werd de topiclijst bijgestuurd. De interviewgide fungeerde daarbij als flexibel ondersteunend instrument, waarbij de focus lag op de perspectieven van de deelnemer eerder dan op een rigide vragenvolgorde (Howitt, 2014). Kwalitatieve interviews maken het mogelijk om ervaringen, betekenisgeving en copingstrategieën te verkennen die in gestandaardiseerde vragenlijsten onzichtbaar blijven (Creswell & Poth, 2018; Van Hove, 2014; Opdenakker, 2006).

2.4.2 Ethische implicaties

De ethische implicaties van het onderzoek werden zorgvuldig afgewogen. Voorafgaand aan de dataverzameling werd ethische goedkeuring aangevraagd bij drie commissies: de lokale ethische commissie van de Broeders van Liefde (gunstig advies op 3 oktober 2025), de centrale ethische commissie van het UZ Gent (referentienummer: THE-2025-0247), en, na een later ingediend amendement voor de toevoeging van De Kiem als vijfde onderzoeksetting, een aanvullende goedkeuring van dezelfde commissie (referentienummer: THE-2025-0247 AM1, goedgekeurd eind maart 2025).

Deelnemers werden geïnformeerd over het doel en verloop van het onderzoek, hun vrijwillige deelname en hun recht om op elk moment zonder gevolgen te stoppen. Schriftelijke geïnformeerde toestemming werd verkregen (Van Hove, 2014).

De deelnemers werden doelgericht gerekruteerd via erkende voorzieningen binnen de chronische drughulpverlening. De interviews vonden plaats op een door de deelnemer gekozen veilige locatie of online via een beveiligd platform. Met toestemming van de respondenten werden de gesprekken opgenomen en letterlijk getranscribeerd. De anonimiteit en vertrouwelijkheid van de data werden gegarandeerd volgens het goedgekeurde Data Management Plan, opgesteld via DMPonline, conform de richtlijnen van de instelling (Kvale & Brinkmann, 2015).

Vertrouwelijkheid en anonimiteit werden gedurende het volledige onderzoeksproces gewaarborgd via pseudonimisering en beveiligde opslag van gegevens. Ruwe data waren uitsluitend toegankelijk voor de onderzoeker; begeleiders ontvingen enkel gepseudonimiseerde transcripties. In rapportages worden uitsluitend geaggregeerde resultaten opgenomen en externe partners hebben geen toegang tot herleidbare data.

De onderzoeker hanteerde een transparante en professionele relatie met deelnemers, met aandacht voor respectvolle communicatie en het vermijden van belangenconflicten. Deze maatregelen waarborgen de ethische integriteit van het onderzoek en de bescherming van de deelnemers, conform geldende richtlijnen (Van Hove, 2014; Kallio et al., 2016; Braun & Clarke,

2021). Na definitieve indiening van de masterproef ontvangen alle deelnemers een exemplaar van de thesis, zodat zij kennis kunnen nemen van de resultaten van het onderzoek waaraan zij hebben bijgedragen.

2.4.3 Topiclijst

De interviews werden afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst, die fungeerde als leidraad voor de semigestructureerde gesprekken. De lijst werd ontwikkeld op basis van een verkenning van de literatuur over chroniciteit, veranderingsresistentie, stigma en de emotionele belasting van hulpverleners (Kallio et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2015) aangevuld met inzichten uit de praktijk van de chronische drughulpverlening. Er is getracht de vragen open en exploratief te formuleren om spontane beleving te stimuleren.

De opzet van een flexibele topiclijst sluit aan bij de aanbeveling van Howitt (2014) om deelnemers voldoende vrijheid te bieden, zodat zij zelf de volgorde en nadruk van onderwerpen kunnen bepalen, terwijl de onderzoeker systematisch kan volgen dat alle relevante thema's worden aangesproken. De topiclijst is te vinden in bijlage 4.

De topiclijst was thematisch opgebouwd en omvatte de volgende domeinen:

1. **Beleving van langdurige zorgtrajecten:** ervaringen met cliënten die herhaaldelijk terugvallen of langdurig in begeleiding zijn.
2. **Perceptie van veranderingsresistentie:** hoe hulpverleners weerstand bij cliënten ervaren en interpreteren.
3. **Impact op zorghouding en therapeutische relatie:** de invloed van motivatie en chroniciteit op het professioneel handelen.
4. **Emotionele belasting en werkdruk:** signalen van hulpmoedheid, stress en copingstrategieën.
5. **Beleving van stigma:** structureel, interpersoonlijk en zelfstigma bij cliënten.
6. **Ondersteuning, team en organisatie:** rol van collega's, supervisie en reflectiemomenten.
7. **Coping en beschermende factoren:** strategieën om betrokken en hoopvol te blijven in langdurige trajecten.
8. **Behoeften en aanbevelingen:** suggesties van hulpverleners voor verbetering van zorgpraktijk en organisatie.

De lijst diende als flexibele leidraad, waarbij de volgorde van de thema's kon variëren afhankelijk van het verloop van het gesprek. Op deze manier konden deelnemers hun ervaringen vrij verwoorden, terwijl de onderzoeker toch systematisch de relevante onderwerpen besprak.

De topiclijst werd iteratief bijgestuurd op basis van inzichten uit de eerste interviews, waardoor nieuwe relevante thema's indien nodig konden worden geïntegreerd (Kallio et al., 2016).

2.5 Data analyse

2.5.1 Analysemethode

De kwalitatieve data van dit onderzoek werden geanalyseerd met thematische analyse, zoals beschreven door Braun en Clarke (2021). Deze methode volgt een systematische, iteratieve aanpak in zes fasen: vertrouwd raken met de data, initiële codes genereren, zoeken naar thema's, herzien van thema's, definiëren en benoemen van thema's, en het produceren van het uiteindelijke rapport. Thematische analyse biedt flexibiliteit en maakt zowel inductieve als deductieve inzichten mogelijk, passend bij het exploratieve karakter van dit onderzoek.

Het inductieve proces bestond uit het genereren van codes en thema's die direct uit het datamateriaal voortkwamen, zonder vooraf opgelegde categorieën. Tegelijkertijd werd een deductief kader gehanteerd: bestaande literatuur over stigma, therapeutische relaties en veranderingsresistentie fungeerde als sensitizing framework, dat richting gaf aan de analyse en hielp relevante concepten te identificeren zonder de data te beperken.

In het kader van de thematische analyse werd gewerkt met een gestructureerd codeersysteem bestaande uit drie afzonderlijke bestanden. Er werd een gepseudonimiseerde participantentabel opgesteld met per deelnemer een unieke code en uitsluitend analytisch relevante demografische en contextuele kenmerken (zie bijlage 6). Daarnaast werd een apart sleutelbestand bijgehouden waarin de toewijzing van de codes aan de identiteit van de deelnemers werd vastgelegd, dit bestand werd strikt vertrouwelijk bewaard en niet betrokken in de analyse. Tot slot werd een inhoudelijk analytisch codeboek ontwikkeld en iteratief verfijnd tijdens het analyseproces, waarin codes systematisch werden gedefinieerd en afgebakend om consistentie in de analyse te waarborgen.

De online interviews werden getranscribeerd via de automatische transcriptiefunctie van Microsoft Teams. De fysieke interviews werden getranscribeerd met behulp van Whisper AI. Na de transcriptie werden de audiobestanden opnieuw beluisterd en systematisch vergeleken met de uitgeschreven tekst om eventuele onnauwkeurigheden te corrigeren. Vervolgens werden de transcripties herhaaldelijk herlezen om een diepgaand en genuanceerd begrip van de data te ontwikkelen. Elk interview werd afzonderlijk en lijn per lijn gecodeerd. Hierbij werden relevante fragmenten geïdentificeerd en gecodeerd op zowel expliciete als impliciete betekenissen, met bijzondere aandacht voor taalnuances, emotionele lading en verwijzingen naar percepties van cliënten en stigma. Per interview werd daarnaast een 'kapstok' opgesteld, waarin de belangrijkste hoofdthema's overzichtelijk werden samengebracht.

Na elke twee interviews werden de codes opnieuw kritisch bekeken en samengebracht tot een meer overkoepelende, gezamenlijke codering en thematische kapstok. Dit iteratieve proces van coderen, hercoderen en clusteren werd systematisch toegepast over alle negentien interviews heen. De codes werden uiteindelijk gegroepeerd in voorlopige thema's, die vervolgens kritisch geëvalueerd werden op interne coherentie en analytische relevantie.

2.5.2 COREQ-criteria

Om de kwaliteit, transparantie en betrouwbaarheid van de analyse te waarborgen, werd expliciet rekening gehouden met de COREQ-criteria (Tong, Sainsbury & Craig, 2007). Deze checklist van 32 items biedt een raamwerk om de onderzoeksprocedures, dataverzameling en analyse systematisch en reproduceerbaar te documenteren. Binnen het domein van onderzoeksteam en reflexiviteit werd aandacht besteed aan de achtergrond en ervaring van de onderzoeker, de relatie met de deelnemers en mogelijke beïnvloeding van de dataverzameling en interpretatie. Interviews werden afgenomen met een actieve luisterhouding in een veilige omgeving, zodat deelnemers openlijk hun ervaringen konden delen (Howitt, 2014; Kvale & Brinkmann, 2015).

Wat betreft onderzoekontwerp en dataverzameling werd gewerkt met een doelgerichte steekproef binnen erkende voorzieningen, met interviews op locatie of online. De vooraf opgestelde topiclijst functioneerde als flexibele leidraad, en werd getest via pilot-interviews bij drie deelnemers van het MSOC Gent. Dit maakte het mogelijk om vragen en volgordes bij te sturen en te evalueren of de beoogde onderzoeksdoelen haalbaar waren, in lijn met de aanbevelingen van Howitt (2014) en Opdenakker (2006). Binnen analyse en rapportage werd systematisch gewerkt met volledige transcripties, inductieve thematische analyse en een sensitizing framework uit de literatuur. Documentatie van codering, thematische ontwikkeling en methodologische keuzes ondersteunde de reproduceerbaarheid van het onderzoek, terwijl reflexiviteit en transparantie de betrouwbaarheid van de resultaten versterkten. De volledige COREQ-checklist, met per criterium een toelichting van hoe dit in het onderzoek werd geoperationaliseerd, is opgenomen als bijlage 5.

3. RESULTATEN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van de thematische analyse gepresenteerd aan de hand van zeven thema's, elk besproken met bijhorende subthema's en representatieve citaten.

3.2 Thema 1: Verslaving als chronische en complexe problematiek

Alle negentien respondenten beschrijven verslaving als een chronische aandoening met een multifactoriële oorsprong. Geen van de bevraagde hulpverleners omschrijft verslaving als een kwestie van wilskracht of morele keuze. Dit gedeelde kader vormt de epistemologische basis waarop de houding tegenover herval, stagnatie en cliënten rust.

3.2.1 Chroniciteit van verslaving en herval als onderdeel van herstel

Respondenten geven aan dat het chronische karakter van verslaving de verwachting van herval normaliseert. Meerdere respondenten verwijzen hierbij naar het transtheoretisch model van gedragsverandering (Prochaska & DiClemente, 1983) als conceptueel kader, en koppelen dit expliciet aan hun eigen emotionele draagkracht: wie herval begrijpt als onderdeel van het leerproces, neemt het minder snel persoonlijk.

Abstinentie wordt door de meerderheid niet als enige of primaire behandeldoelstelling gehanteerd. Kwaliteit van leven en kleine stappen gelden als maatstaf voor vooruitgang, wat de definitie van succes fundamenteel verschuift en hulpverleners beschermt tegen de demotiveringsval van herhaaldelijk herval.

“Het grootste ding om ermee te leren omgaan is gewoon weten dat herval deel van een verslaving is. Als je dat niet kunt loslaten, dat je niet verantwoordelijk bent voor een herval, dan lukt dat gewoon niet.”

(H06)

3.2.2 Verslaving als levenslange kwetsbaarheid met multifactoriële wortels

Respondenten beschrijven verslaving als het resultaat van een samenspel van biologische kwetsbaarheid, traumatische levensgeschiedenissen en omgevingsinvloeden. Vroegkindelijk trauma en onveilige hechting worden het meest frequent aangehaald. Middelengebruik wordt daarbij consistent omschreven als een maladaptieve copingstrategie, niet als een morele keuze.

Respondenten vermelden daarnaast genetische aanleg, de sociale omgeving en de beschikbaarheid van middelen als bijkomende factoren die het ontstaan en het voortbestaan van verslaving beïnvloeden. Meerdere respondenten geven aan dat langdurig gebruik ook neurofysiologische veranderingen teweegbrengt die het stopzetten bemoeilijken.

Respondenten met meer werkervaring beschrijven vaker een geïntegreerd biopsychosociaal beeld dan jongere collega's. Dit suggereert dat de visie op verslaving niet enkel een kwestie van opleiding is, maar ook van geaccumuleerde praktijkervaring binnen een herstelgerichte context.

3.3 Thema 2: Percepties van veranderingsresistentie

Respondenten geven uiteenlopende omschrijvingen van het concept veranderingsresistentie. Een meerderheid koppelt het begrip niet aan onwil maar aan onvermogen. Meerdere respondenten uiten expliciete reserve tegenover de term zelf, wat analytisch significant is: de term draagt een impliciet moreel oordeel dat haaks staat op het herstelgerichte kader dat respondenten zeggen te hanteren.

3.3.1 Frustratie en machteloosheid bij herval

Hoewel herval conceptueel als normaal wordt beschouwd, beschrijven meerdere respondenten dat herhaaldelijke terugval bij dezelfde cliënt frustratie, teleurstelling en zelftwijfel oproept. De frustratie verplaatst zich daarbij niet zelden naar zelftwijfel over het eigen handelen.

“Dan denk ik soms, dju hebben we niet genoeg gedaan? Was de cliënt nog niet klaar om eigenlijk op ontslag te gaan?”

(H09)

Dit patroon toont een structurele spanning: respondenten weten conceptueel dat herval niet hun verantwoordelijkheid is, maar voelen dit emotioneel anders wanneer het zich concreet voordoet. Die discrepantie heeft een directe weerslag op de begeleiding: de emotionele investering in een cliënt neemt af naarmate herval zich herhaalt, ook bij hulpverleners met een sterk uitgewerkt herstelgericht kader.

Als copingstrategie beschrijven respondenten het loskoppelen van de eigen rol van de uitkomst van het traject, en indien nodig het overdragen van de begeleiding aan een collega. Deze bevinding wijst erop dat percepties van herval en stagnatie niet losstaan van de emotionele belasting die hulpverleners ervaren. Hoewel respondenten herval conceptueel kaderen als onderdeel van het herstelproces, blijkt uit de data dat herhaaldelijke terugval in de praktijk een directe impact heeft op hun emotionele betrokkenheid en draagkracht. De omgang met zogenaamde veranderingsresistentie is daarmee niet enkel een kwestie van visie, maar ook van emotionele verwerkingscapaciteit.

3.3.2 Realistische verwachtingen en alternatieve invulling van de term

Een deel van de respondenten stelt de term veranderingsresistentie expliciet in vraag. Zij beschrijven stagnatie als het gevolg van angst voor verandering, beperkte copingvaardigheden of de overweldigende realiteit van een leven zonder middelen, niet als onwil. Respondenten die stagnatie herformuleren als ‘nog niet klaar zijn’ beschrijven meer stabiliteit in hun betrokkenheid dan collega's die weerstand interpreteren als vrijwillige houding. De harm reduction-benadering fungeert daarbij als beschermend kader: het tempo en de doelen van de cliënt zijn leidend, en de eigen definitie van vooruitgang is daaraan ondergeschikt.

“Ik vind het een term waar ik een beetje ambivalent tegen sta. Ze zitten vast, ze zijn overweldigd, ze zitten in een vermijdingsgedrag die niet werkt, maar die op korte termijn wel werkt.”

(H11)

3.3.3 Kleine vooruitgang waarderen en hoop bewaren

Meerdere respondenten beschrijven dat zij kleine stappen als betekenisvolle vooruitgang beschouwen, ook wanneer die stappen risico op herval inhouden of niet overeenkomen met het behandeldoel van de hulpverlener. Tegelijkertijd tonen de data een nuance die analytisch relevant is: hoop wordt door sommige respondenten niet beleefd als een authentieke overtuiging, maar als een bewuste professionele strategie die moeite kost.

“Ik probeer tot op een niveau dat de hopeloosheid die ik soms ervaar, niet mee te geven aan hen. Aan die boodschap hebben zij niks. Maar wel proberen naar het minuscule lichtje in de duisternis te zoeken.”

(H05)

De kwetsbaarheid van hoop als professionele grondhouding is daarmee tweeledig bepaald: intern, door de emotionele tol van herhaaldelijk herval, en extern, door de structurele mogelijkheden die het zorglandschap al dan niet biedt. Wanneer wachtlijsten en fragmentatie hulpverleners machteloos maken, is hoop bewaren geen vrije professionele keuze meer, maar een opgave die zij alleen dragen. Hoop is in die zin geen persoonlijkheidskenmerk, maar een hulpbron die actief gevoed moet worden vanuit zowel de persoon als de organisatie.

3.4 Thema 3: Stigma

Alle respondenten beschrijven dat cliënten met een verslavingsproblematiek geconfronteerd worden met stigmatisering op meerdere levensdomeinen, zowel in de samenleving als binnen de gezondheidszorg zelf. Daarnaast beschrijven respondenten hoe cliënten dit stigma internaliseren, wat de hulpverleningsrelatie van binnenuit bemoeilijkt.

3.4.1 Stigma in de samenleving en gezondheidszorg

Op maatschappelijk niveau beschrijven respondenten hoe cliënten worden uitgesloten van arbeid, huisvesting en reguliere zorg. Binnen de gezondheidszorg onderscheiden de data drie lagen van stigmatisering. Een eerste is kennisgebrek: hulpverleners die verslaving niet begrijpen als chronische aandoening interpreteren cliëntgedrag sneller moralistisch. Een tweede laag betreft het onbegrepen gedrag van cliënten op niet-gespecialiseerde afdelingen, zoals veeleisendheid of herhaaldelijk terugkomen, dat zonder kader wordt geduid als onwil of lastigheid. Een derde laag is institutioneel: stigmatiserende attitudes zitten niet alleen bij individuen, maar zijn ingebed in de cultuur van afdelingen. Onderstaand citaat bevat twee lagen: de openlijk stigmatiserende opmerking, en de verholde bewondering die impliciet bevestigt dat de doelgroep als onwenselijk wordt beschouwd. Beide worden door cliënten herkend en als kwetsend ervaren.

“Er zijn heel veel patiënten die opmerkingen hebben gekregen, van die verslaafde is hier weer. Of dat andere afdelingen zeggen ik vind het knap dat je met die mensen kan werken want ik zou het niet kunnen.”

(H13)

3.4.2 Stigma via massamedia, sociale media en stereotypering

Respondenten beschrijven massamedia en sociale media als dragers van negatief en eenzijdig taalgebruik over mensen met een verslavingsproblematiek. Opvallend is het contrast dat meerdere respondenten maken met berichtgeving over suïcide: daar bestaat een expliciete gedragscode die sensatieberichtgeving tegengaat, terwijl een vergelijkbare reflex bij verslavingsproblematiek volledig ontbreekt. Respondenten signaleren dat dit taalgebruik doordringt in zowel somatische als GGZ-contexten, en dat cliënten het meenemen in hun contact met de verslavingszorg.

“Als er over ons centrum berichtgeving is, noemen ze ons de methadonkliniek, drugskliniek, of staan mensen vol in beeld in de krant. En ik zie dat eigenlijk alleen maar een beetje toenemen.”

(H11)

3.4.3 Zelfstigma: verslaving als identiteitslabel

Respondenten beschrijven hoe cliënten de negatieve blik van de buitenwereld geleidelijk overnemen als onderdeel van hun zelfbeeld. Dit zelfstigma wordt zichtbaar in drie patronen in de hulpverlening. Ten eerste verzwijgen cliënten herval uit schaamte, wat gerichte begeleiding bemoeilijkt. Ten tweede gaan cliënten bij voorbaat uit van uitsluiting, wat hen weerhoudt om stappen te zetten. Ten derde kan het geïnternaliseerde label ‘verslaafde’ herval actief uitlokken.

“Mijn omgeving vindt mij toch een junk. Wel, kan dat beter zorgen dat ik er effectief in ben. En voor sommige mensen is dat dan net hetgene dat de deur openzet om toch zwaarder terug in gebruik te beginnen.”

(H03)

De aanwezigheid van zowel extern stigma als zelfstigma vormt een belangrijke context waarbinnen de therapeutische relatie zich ontwikkelt. Respondenten geven impliciet aan dat het opbouwen van een vertrouwensband niet alleen gericht is op gedragsverandering, maar ook op het doorbreken van geïnternaliseerde negatieve overtuigingen bij cliënten. De therapeutische relatie fungeert in die zin niet enkel als werkmiddel, maar ook als tegengewicht voor de stigmatiserende ervaringen waarmee cliënten geconfronteerd worden. Ten slotte beschrijven respondenten hoe cliënten zich aanpassen aan het veronderstelde beeld van de ‘ideale cliënt’, door hun hulpvraag te minimaliseren of hun verhaal bij te sturen uit angst voor afwijzing. Wanneer cliënten hun werkelijke situatie niet durven tonen, blijft het zelfstigma onbesproken en onbehandeld.

3.5 Thema 4: De therapeutische relatie als kern van herstel

Respondenten beschrijven de therapeutische relatie als de centrale pijler van hun begeleidingspraktijk. De data tonen daarbij een wederzijds versterkende dynamiek: niet-oordelen is een noodzakelijke voorwaarde om de relatie op te bouwen, terwijl de relatie op haar beurt het niet-oordelen verdiept en duurzamer maakt.

3.5.1 Vertrouwen opbouwen en niet oordelen

Respondenten geven aan dat cliënten een begeleidingsrelatie binnenstappen met de verwachting opnieuw te worden afgewezen, op basis van ervaringen thuis, in de samenleving en in de zorg. Die verwachting maakt de eerste fase van vertrouwensopbouw bijzonder delicaat. Hulpverleners beschrijven hoe zij bij cliënten met lage motivatie bewust trager werken en prioriteit geven aan de vertrouwensband boven inhoudelijke interventies.

“Bij mensen die minder bereid zijn tot verandering, ga ik veel trager werken en veel meer eerst op de vertrouwensband. En dan van daaruit meer confronterend.”

(H08)

De vertrouwensband is daarmee niet alleen een middel om verandering te bereiken, maar ook een voorwaarde die de bereidheid tot verandering zelf vergroot. Naarmate hulpverleners de cliënt als individu leren kennen, zijn verhaal, krachten en doelen, beschrijven zij een beweging van object naar subject: de cliënt is niet langer de vertegenwoordiger van een categorie, maar een persoon met een eigen levensverhaal. Tegelijkertijd suggereren de data dat deze sterke

relationele betrokkenheid ook een bron kan zijn van emotionele belasting, zeker wanneer herval zich herhaaldelijk voordoet.

3.5.2 De relatie als tegenwicht voor stigmatisering en bron van continuïteit

Respondenten in gespecialiseerde verslavingszorgsettings rapporteren minder stigmatiserende attitudes dan collega's buiten hun werkveld, en koppelen dit expliciet aan het contact dat zij met cliënten opbouwen. Wie de cliënt persoonlijk kent, vindt categoriserende etiketten moeilijker houdbaar.

Naast dit anti-stigma effect beschrijven respondenten ook het aanhouden van de begeleidingsrelatie bij herval of lage motivatie als een expliciete professionele keuze. De continuïteit van de relatie laat cliënten toe terug te keren zonder schaamte. Grenzen bewaken en niet-oordelen staan daarbij niet in tegenstelling tot elkaar: hulpverleners die erkennen dat hun eigen emotionele reactie een zorgrelatie kan beschadigen, kiezen bewust voor overdracht aan een collega, juist om de niet-veroordelende houding te beschermen.

“En dat maakt ook waarom je toch ziet zitten om nieuwe cliëntenrelaties aan te gaan en opnieuw zaken te proberen. Om dat een beetje te ontkoppelen van wie ben ik als hulpverlener.”

(H03)

3.6 Thema 5: Emotionele belasting van hulpverleners

Alle respondenten beschrijven dat het werk in de chronische verslavingszorg gepaard gaat met emotionele belasting. Tegelijkertijd beschrijven zij ook positieve ervaringen en bronnen van zingeving. Die tweezijdigheid is kenmerkend voor het werkveld en onderling verbonden.

3.6.1 Bronnen van werkplezier en zingeving

De voornaamste bronnen van werkplezier zijn de persoonlijke relatie met cliënten, het meemaken van zichtbare, ook tijdelijke, verbeteringen, en het gevoel iets bij te dragen aan het leven van mensen die elders weinig steun ervaren. Zingeving wordt daarbij niet ontleend aan definitief herstel, maar aan aanwezigheid.

“Je bent voor die patiënten de plek of de persoon waar zonder stigma of zonder oordeel gesproken kan worden over hun probleem. Daar rol kunnen inspelen, geeft mij voldoening.”

(H11)

Meerdere respondenten beschrijven een evolutie: bij aanvang van hun loopbaan vertrokken zij vanuit een redderskader, dat zij gaandeweg hebben losgelaten ten voordele van een realistischer perspectief. Wie dit redderskader loslaat, beschrijft een stabielere en duurzamere vorm van zingeving. De voldoening verschuift daarmee van uitkomst naar aanwezigheid.

3.6.2 Signalen van hulpmoetheid en risico op uitputting

Signalen van hulpmoetheid manifesteren zich op drie niveaus. Op gedragsniveau: verminderde inzet, minder initiatief, en fysieke klachten zoals hoofdpijn. Op taalniveau: cynisch of neerhalend taalgebruik over cliënten, waarbij meerdere respondenten de term 'draaideurpatiënten' benoemen als voorbeeld van geïnstitutionaliseerd categoriserend taalgebruik. Op cognitief niveau: verlies van hoop en pessimisme over de veranderbaarheid van specifieke cliënten.

Respondenten onderscheiden cynisch taalgebruik als ventilatie van cynisme als werkelijke overtuiging. Dit onderscheid is echter niet stabiel: ventilatie kan evolueren naar een negatieve teamspiraal wanneer zij onbegeleid blijft. De grens tussen de twee wordt mede bepaald door het object van het cynisme, cynisme over structurele onmacht wordt als begrijpelijk beschouwd, cynisme over de cliënt als persoon als een alarmsignaal.

Twee respondenten beschrijven een eigen burn-outtraject waarbij de omgeving de signalen zag maar zichzelf niet. De combinatie van persoonlijke betrokkenheid, onvoldoende grenzen stellen en gebrek aan tijdige signaalherkenning wordt als samenspelende factoren beschreven. Hulpmoetheid verloopt daarmee niet altijd spectaculair: soms manifesteert zij zich sluipend in kleine verschuivingen, zoals meer consequent worden naar cliënten of het gevoel dat aanwezigheid een verplichting is geworden.

"Ik ben de 200 per uur tegen de muur geknald. Iedereen zag het aankomen. Ik liep er ook helemaal niet goed in mijn vel. En zelf zag ik het niet. Ik heb tien maanden thuisgezeten. Ben heel traag terug begonnen met 20 procent. Nu zit ik aan 80. En ik merk wel dat ik af en toe opnieuw gas moet terug nemen. In het begin was dat na elke shift onmiddellijk naar huis. Vroeger ging ik nooit naar huis."

(H14)

3.6.3 Nood aan zelfzorg en de balans tussen nabijheid en afstand

Respondenten omschrijven professionele afstand niet als emotionele onverschilligheid, maar als het bewust loskoppelen van de uitkomst van het traject van de eigen identiteit als hulpverlener. Het scheiden van werk en privé via kleine rituelen is een veelgenoemde eerste lijn van bescherming, maar respondenten erkennen dat dit het onderliggende spanningsveld niet oplost. Een tweede strategie is het cognitief loskoppelen van de begeleiding van het eigen functioneren: respondenten weten dat cliëntengedrag en -motivatie geen maatstaf zijn voor de kwaliteit van hun begeleiding, maar merken dat lage motivatie hun inzet en energie toch beïnvloedt. Die spanning wordt niet weggewerkt maar bewust beheerd, soms via reflectie, soms via overdracht.

De spanning tussen weten en voelen die respondenten hier beschrijven, is geen geïsoleerd verschijnsel: hetzelfde patroon keert terug in de data over herval en veranderingsresistentie. Hulpverleners die conceptueel herval normaliseren, blijven er emotioneel door verrast. Dit suggereert dat een herstelgericht kader de emotionele impact van chronische trajecten niet volledig opvangt, en dat professionele strategieën, individueel en collectief, blijvende aandacht vereisen.

3.7 Thema 6: Teamondersteuning als beschermende factor

Respondenten beschrijven teamondersteuning als de meest genoemde beschermende factor naast de therapeutische relatie. Teamondersteuning is daarbij geen eenduidig begrip: de data tonen verschillende lagen met elk een eigen functie.

3.7.1 Collegiale steun en warm teamklimaat

Respondenten onderscheiden drie vormen van informele collegiale steun. De eerste is emotionele ventilatie: het kunnen uitspreken van frustratie bij een collega zonder dat dit hoeft te leiden tot formele actie. De tweede is bevestiging en normalisering: het horen dat collega's vergelijkbare ervaringen hebben, vermindert het gevoel van professionele isolatie. De derde is inhoudelijke input: een andere blik op een vastgelopen traject helpt de eigen tunnelvisie te doorbreken.

“Dat je informeel ook zorgen kunt delen die er zijn. Omdat ik heel fijne collega's heb, omdat het een warme werkplek is. En dat zorgt voor een bepaalde veilige basis.”

(H03)

Respondenten beschrijven ook hoe een warm teamklimaat indirect de cliënt ten goede komt: wanneer het team een niet-veroordelende houding aanneemt tegenover zowel cliënten als teamleden, ervaren cliënten minder druk om herval te verbergen. Een veilig team wordt daarbij omschreven als een team dat beslissingen gezamenlijk draagt, ook naar cliënten toe, en ruimte maakt voor persoonlijke kwetsbaarheid.

3.7.2 Supervisie, intervisie en gedeelde visie op herstel

Respondenten beschrijven supervisie en intervisie als instrumenten met twee onderscheiden functies. De eerste is emotioneel: het benoemen van wat een casus persoonlijk teweegbrengt, en het onderzoeken of de eigen reactie de meest helpende is. De tweede is methodisch: samen nadenken over welke aanpak werkt en welke alternatieven mogelijk zijn. Beide functies zijn noodzakelijk maar vallen niet altijd samen in dezelfde structuur.

"Je hebt bij voorkeur iemand nodig die weet van intervisie én die weet van onze doelgroep. Niet iemand die ook intervisie geeft aan bankdirecteuren. We doen iets zo specifiek dat dat niet zo evident is om daar gelijk wie intervisie over te laten geven."

(H05)

De beschikbaarheid van supervisie en intervisie verschilt sterk tussen de deelnemende settings. Respondenten met toegang tot gestructureerde reflectiemomenten beschrijven meer houvast bij complexe casussen; respondenten zonder die structuur dragen moeilijke trajecten vaker alleen. Dit verschil is niet louter organisatorisch: het beperkt ook het vermogen van hulpverleners om hun eigen aandeel in vastgelopen trajecten te herkennen, te benoemen en te verwerken. Waar die ruimte ontbreekt, missen hulpverleners het kader om hun eigen reacties op cliënten te onderscheiden van wat de begeleiding werkelijk vraagt.

3.7.3 Samen moeilijke trajecten dragen

Respondenten beschrijven het overdragen van een cliënt aan een collega als een professioneel-ethische keuze, geen tekortkoming. Overdracht vindt vrijwel altijd plaats binnen de eigen organisatie en wordt ingezet bij twee triggers: aanhoudende weerstand of ergernis tegenover de cliënt die de zorgkwaliteit aantast, of het gevoel dat een frisse blik van een collega de cliënt meer ten goede zou komen dan continuïteit van de bestaande relatie.

"Als ik het gevoel heb dat ik zoveel weerstand heb tegen die cliënt, dat die niet meer krijgt wat die recht op heeft van mij, dan doen we dat ook gewoon: die bij een ander begeleider laten komen, om dat terug te doorbreken. Omdat ik nog altijd vind dat iedereen recht heeft op dezelfde hulp."

(H04)

Tegelijkertijd tonen de data dat deze emotionele belasting niet louter individueel gedragen wordt. De mate waarin hulpverleners toegang hebben tot collegiale steun, supervisie en informele ventilatiemomenten, lijkt een belangrijke rol te spelen in hoe zij deze belasting ervaren en hanteren. Emotionele draagkracht blijkt daarmee niet enkel een persoonlijke eigenschap, maar ook een product van de teamcontext waarin hulpverleners functioneren.

3.8 Thema 7: Structurele uitdagingen

Respondenten uit alle vijf de deelnemende settings beschrijven structurele knelpunten in het Belgische verslavingszorglandschap die een rechtstreekse impact hebben op hun dagelijks werk en op de continuïteit van zorg voor cliënten.

3.8.1 Lange wachtlijsten en beperkte capaciteit

De meest frequent vermelde klacht betreft lange wachtlijsten voor opname in residentiële of therapeutische settings. Cliënten die gemotiveerd zijn voor behandeling wachten soms maanden op een opnameplek, waardoor hun motivatie fluctueert en zij door andere diensten ten onrechte als ‘niet gemotiveerd’ worden bestempeld. De emotionele impact hiervan op hulpverleners is opvallend: meerdere respondenten beschrijven de wachtlijsten als zwaarder dan het herval zelf.

“Ik ga naar die huisbezoeken en heb niks van hoop om te geven, want er is niks. En dan hoor ik: ja, ik heb wel weer gebruikt. En dan denk ik ja, ik versta u wel jong. Maar ik heb er geen oplossing voor.”

(H05)

3.8.2 Fragmentatie van het zorglandschap en tekort aan nazorg

Respondenten beschrijven het Belgische verslavingszorglandschap als gefragmenteerd, met weinig coördinatie tussen diensten. Cliënten worden soms geweigerd door andere zorgdiensten omwille van hun verslavingsproblematiek of het gebruik van substitutiemedicatie. Tekort aan nazorg na residentiële behandeling vergroot het risico op terugval en legt meer druk op ambulante hulpverleners.

“In België functioneert het zorglandschap als losse eilandjes waarbij verschillende diensten onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Als er middelengebruik is, willen sommige diensten hem niet.”

(H04)

Respondenten geven aan dat deze structurele beperkingen op twee niveaus doorwerken. Voor cliënten beperken ze de toegankelijkheid en continuïteit van zorg, met een verhoogd risico op terugval en voortijdig afhaken. Voor hulpverleners verhogen ze de emotionele belasting: wie cliënten niet kan doorverwijzen naar gepaste vervolgzorg, moet een groter deel van de zorg zelf opvangen en ervaart een machteloosheid die niet voortkomt uit persoonlijk tekortschieten maar uit tekorten in het systeem zelf. Wie beschikt over een sterk teamnetwerk en persoonlijke veerkracht draagt deze structurele beperkingen beter, maar voor wie minder ondersteuning ervaart vergroot die onmacht het risico op emotionele uitputting. Structurele onmacht en individuele draagkracht blijken daarmee nauw met elkaar verweven.

4. DISCUSSIE

4.1 Bespreking van de resultaten

Dit onderzoek exploreert de vraag hoe hulpverleners in de chronische Belgische drughulpverlening de veranderingsresistentie en chroniciteit bij cliënten beleven en welke impact dit heeft op hun zorghouding, werkrelatie en emotioneel welzijn. Op basis van negentien semigestructureerde interviews met hulpverleners uit vijf verslavingszorgsettings werden zeven thema's geïdentificeerd. In de onderstaande paragrafen worden de bevindingen per onderzoeksvraag besproken en gekoppeld aan de bestaande literatuur.

4.1.1 Onderzoeksvraag 1: Welke factoren beïnvloeden hoe hulpverleners omgaan met chroniciteit, veranderingsresistentie en stigma?

De conceptuele visie op verslaving is de meest bepalende factor in hoe hulpverleners omgaan met chroniciteit en veranderingsresistentie. Hulpverleners die verslaving begrijpen als een biopsychosociaal fenomeen, waarbij neurobiologische kwetsbaarheid, vroegkinderlijk trauma en contextuele stressoren samenkomen, beschrijven herval als een verwacht onderdeel van het herstelproces en zijn minder geneigd tot moralistisch oordelen over stagnatie. Dit bevestigt wat Van Boekel et al. (2015) eerder vaststelden: hulpverleners in gespecialiseerde verslavingszorg behalen hogere scores op '*regard*', dat wil zeggen de affectieve bereidheid en het therapeutisch engagement tegenover cliënten, dan collega's in de eerstelijnszorg of algemene GGZ. Dit onderzoek toont dat hogere regard hangt niet louter samen met de werksetting, maar met de mate waarin een hulpverlener het biopsychosociale kader werkelijk heeft geïntegreerd in zijn of haar professionele blik. Respondenten met meer werkervaring beschrijven dit kader als iets dat steeds vanzelfsprekender aanvoelt, wat suggereert dat het niet de setting op zich is, maar de geaccumuleerde ervaring binnen een herstelgerichte context die de visie op verslaving geleidelijk omvormt van een bewust aangeleerde houding naar een intuïtieve manier van werken (McLaughlin et al., 2006; Duvar, 2024).

Een tweede centrale bevinding is de kloof tussen weten en voelen (Thema 2, sectie 3.3.1; Thema 5, sectie 3.6.3). Respondenten erkennen cognitief dat herval inherent is aan het herstelproces, maar beschrijven dat zij bij concreet herval toch frustratie, zelftwijfel en verminderde betrokkenheid ervaren. De kennis neutraliseert de emotionele impact dus niet. Een verklaring biedt het onderscheid tussen expliciete en impliciete verwerking van cliëntgedrag en herval (Strack & Deutsch, 2004): de bewuste, rationele verwerking is vatbaar voor opleiding en kaderontwikkeling, maar de onmiddellijke emotionele reactie op concreet gedrag van een cliënt laat zich niet via cognitieve sturing bijsturen. Kwantitatief attitudeonderzoek capteert dit impliciete niveau niet, wat precies de methodologische meerwaarde van deze kwalitatieve studie verklaart.

Kennis is daarmee noodzakelijk maar onvoldoende. Ford et al. (2008) tonen aan dat structurele professionele ondersteuning, zoals regelmatige supervisie, intervisie en een teamklimaat waarin emotionele belasting bespreekbaar is, de sterkste beschermende factor is, sterker dan individuele opvattingen of theoretische kennis alleen. Regard is in die zin geen stabiel persoonskenmerk maar een dynamische hulpbron die schommelt in functie van emotionele belasting en beschikbare ondersteuning. Concreet betekent dit dat dezelfde hulpverlener bij dezelfde cliënt meer of minder therapeutisch engagement kan opbrengen, afhankelijk van hoe zwaar het werk op dat moment weegt en of er voldoende ondersteuning aanwezig is. Dit patroon keert in de huidige studie duidelijk terug: respondenten die toegang hebben tot gestructureerde reflectiemomenten en collegiale steun beschrijven aanzienlijk meer draagkracht bij herhaaldelijk herval dan collega's die die ondersteuning missen (Thema 6, sectie 3.7).

Stigma bleek circulair en systemisch van aard. Negatieve houdingen tegenover personen met een verslavingsproblematiek in de bredere gezondheidszorg leiden ertoe dat cliënten minder goed worden geholpen, wat hun situatie verslechtert en hun gedrag op niet-gespecialiseerde afdelingen moeilijker maakt, wat op zijn beurt de stigmatiserende attitudes aldaar verder versterkt. Hulpverleners in de gespecialiseerde verslavingszorg functioneren als buffer in dit systeem. Wanneer het zorglandschap echter te gefragmenteerd is om cliënten tijdig door te verwijzen of adequaat te ondersteunen, slaat die bufferrol om in machteloosheid bij de hulpverlener zelf. Room (2005) en Livingston et al. (2011) tonen aan dat structureel stigma, stigma dat ingebed is in institutionele regels, toelatingscriteria en organisatorische praktijken, niet enkel een barrière vormt voor cliënten, maar ook de emotionele draagkracht van hulpverleners ondermijnt. De wisselwerking met de kloof tussen weten en voelen is daarbij cruciaal: wanneer wachtlijsten en fragmentatie hulpverleners beletten om te bieden wat het herstelgerichte kader belooft, is die spanning niet langer een individueel psychologisch probleem maar een systemisch probleem. Concreet vraagt dit om beleidsingrepen op het niveau van het zorglandschap zelf, zoals betere afstemming tussen GGZ, gespecialiseerde verslavingszorg en eerstelijnszorg, voldoende capaciteit in residentiële settings en gegarandeerde nazorg na behandeling, maar ook op organisatieniveau, via structurele teamondersteuning en bewaking van caseloads. Deze implicaties worden verder uitgewerkt in sectie 4.3.

4.1.2 Onderzoeksvraag 2: Welke ervaringscomponenten spelen een rol bij werkplezier, werkbelasting en psychisch welzijn?

De resultaten tonen dat hulpverleners een breed spectrum van emoties beschrijven: van diepgaande voldoening en zingeving tot frustratie, machteloosheid en vermoeidheid. Dit tweezijdige beeld is consistent met eerder onderzoek van Reyre et al. (2017), die beschrijven hoe de intensiteit van de zorgrelatie in chronische verslavingstrajecten zowel een bron van motivatie als van uitputting kan zijn.

Werkplezier vloeit voort uit kleine stappen vooruitgang, langdurige relaties en het gevoel bij te dragen aan mensen die elders weinig steun ervaren. Dit sluit aan bij het CHIME-model van Leamy et al. (2011): de dimensies connectedness, hope en meaning, die centraal staan in persoonlijk herstel bij cliënten, blijken ook voor hulpverleners zelf beschermend als bron van professionele veerkracht. Dit verband wordt in de bestaande literatuur zelden expliciet gelegd, maar wordt door de huidige data sterk ondersteund. De bevinding dat verbondenheid, hoop en betekenis niet alleen cliënten helpen te herstellen maar ook hulpverleners veerkrachtig houden, kan worden beschouwd als een originele empirische bijdrage van dit onderzoek die verder kwantitatief en longitudinaal onderzoek verdient. Wat cliënten doet herstellen, doet hulpverleners volhouden.

Naarmate hulpverleners langer in het werkveld staan, verschuift zingeving van een redderskader naar aanwezigheid als primaire bron van voldoening, de voldoening verschuift van uitkomst naar contact (Thema 5, sectie 3.6.1). In de burn-outliteratuur wordt het loslaten van het redderskader doorgaans als risicofactor beschreven (Maslach et al., 2001), maar de huidige data tonen dat het in een herstelgerichte context juist beschermend werkt en leidt tot een duurzamere vorm van betrokkenheid die professionele afstand en therapeutische nabijheid niet als tegenstellingen beschouwt.

Een belangrijke bevinding betreft de signalen van hulpmoetheid die respondenten beschrijven, zowel bij zichzelf als bij collega's. Hulpmoetheid manifesteert zich op drie niveaus: gedragsmatig in verminderde inzet en minder initiatief, talig in cynisch of neerhalend taalgebruik over cliënten, en cognitief in verlies van hoop en pessimisme over de veranderbaarheid van specifieke cliënten (Thema 5, sectie 3.6.2). Deze patronen vertonen kenmerken van zowel burnout als compassion fatigue. Waar burnout primair voortkomt uit structurele werkstressoren zoals hoge caseload en gebrek aan ondersteuning (Maslach et al., 2001), is compassion fatigue (Figley, 1995) specifiek verbonden aan de emotionele tol van empathisch engagement met lijdende cliënten. De sluipende verschuiving in betrokkenheid die respondenten beschrijven, en de hopeloosheid die ontstaat na herhaaldelijk herval bij cliënten met wie een langdurige relatie is opgebouwd, sluiten theoretisch nauwer aan bij compassion fatigue dan bij klassieke burnout, hoewel beide fenomenen in de praktijk kunnen

overlappen. De huidige studie voegt daarnaast een nuance toe die in de kwantitatieve literatuur minder zichtbaar is: respondenten onderscheiden expliciet tussen cynisch taalgebruik als ventilatie, het uitspreken van frustratie bij een collega zonder dat dit een werkelijke overtuiging weerspiegelt, en cynisme als diepere professionele grondhouding.

Dit onderscheid is klinisch relevant, omdat onbesproken ventilatie geleidelijk kan evolueren naar een negatieve teamcultuur waarin cliënten structureel worden gereduceerd tot hun gedragsproblemen (Luoma et al., 2013). Bepalend is daarbij het object van het cynisme: cynisme gericht op structurele onmacht is begrijpelijk en kan zelfs functioneel zijn als ventilatiemechanisme, maar cynisme gericht op de cliënt als persoon is een alarmsignaal dat vraagt om supervisie.

De resultaten bevestigen ook dat de motivatie van de cliënt de houding van de hulpverlener beïnvloedt, ook wanneer hulpverleners weten dat dit geen maatstaf is voor zorgkwaliteit. Respondenten herkennen dit zelf als een risico op ongelijke behandeling. Als professioneel-ethische respons beschrijven zij het bewust doorgeven van een cliënt aan een collega voor verdere opvolging: wanneer de eigen emotionele betrokkenheid te belastend wordt om kwaliteitsvolle zorg te bieden, heeft de cliënt recht op iemand die die betrokkenheid nog wel kan opbrengen. Dit is een bevinding die in de bestaande literatuur weinig expliciete aandacht krijgt maar beleidsmatig relevant is, omdat het individuele emotionele regulatie rechtstreeks verbindt met zorgkwaliteit.

Tot slot overstijgen de resultaten de bevindingen van Ford et al. (2008). Niet enkel het ontbreken van professionele ondersteuning, maar ook de concrete incongruentie tussen het herstelgerichte kader en de structurele werkelijkheid vormt een eigen bron van belasting. Wanneer hulpverleners gemotiveerde cliënten maandenlang niet kunnen doorverwijzen naar gepaste zorg, ervaren zij een onmacht die niet voortkomt uit persoonlijk tekortschieten maar uit tekorten op het niveau van het zorglandschap zelf. Respondenten beschrijven wachtlijsten daarbij als zwaarder dan herval: herval past in het herstelgerichte kader en kan worden geduid, maar structurele onmacht doorbreekt dat kader en laat hulpverleners zonder professioneel houvast.

4.1.3 Onderzoeksvraag 3: Welke strategieën ondersteunen hulpverleners bij het behouden van een empathische houding?

De resultaten wijzen op twee complementaire en elkaar actief versterkende beschermingsniveaus: de therapeutische relatie op relationeel niveau en teamondersteuning op organisatorisch niveau. Een warm teamklimaat beschermt de therapeutische relatie ook wanneer die onder druk staat; omgekeerd geeft een sterke therapeutische relatie de zingeving die hulpverleners motiveert om in het team te investeren. Beide niveaus zijn onderdelen van een zichzelf versterkend systeem dat in de literatuur onvoldoende als zodanig is beschreven.

Op relationeel niveau beschrijven respondenten de therapeutische relatie als de meest centrale beschermende factor, zowel voor de cliënt als voor de hulpverlener zelf. Cruciaal is daarbij niet het contact op zich, maar de kwaliteit en continuïteit van de therapeutische relatie die het verschil maakt. Respondenten met langdurige, vertrouwensvolle cliëntrelaties hanteren aanzienlijk minder stereotyperende taal over cliënten (Livingston et al., 2011). Het mechanisme dat hierachter schuilt is circulair van aard: een niet-oordelende houding maakt het mogelijk om een echte relatie op te bouwen, die relatie maakt de cliënt zichtbaar als individu met een eigen verhaal en krachten, en die zichtbaarheid maakt categoriserende oordelen op haar beurt moeilijker vol te houden. Categoriele percepties worden immers in stand gehouden zolang er geen individuele kennis is die ze weerspreekt (Corrigan et al., 2009; Jahn et al., 2020). De huidige studie suggereert dat die kennis niet primair via opleiding wordt verworven, maar via de dagelijkse herstelgerichte zorgpraktijk zelf. Dit bevestigt wat Livingston et al. (2011) beschrijven: contactgerichte benaderingen waarbij hulpverleners cliënten leren kennen als individuen, hebben een sterker anti-stigma effect dan louter educatieve programma's. De harm reduction-benadering sluit hier direct op aan: het loskoppelen van abstinentie als enige behandeldoelstelling beschermt de therapeutische alliantie ook bij herval en maakt de relatie structureel minder kwetsbaar voor terugslag.

Op organisatorisch niveau beschrijven respondenten teamondersteuning als de meest geciteerde beschermende factor naast de therapeutische relatie. Teamondersteuning vervult daarbij drie onderscheiden functies die elk een eigen structuur vragen en niet zonder verlies kunnen worden samengevoegd: emotionele ventilatie, bevestiging en normalisering van ervaringen, en methodische reflectie op vastgelopen trajecten (Thema 6). Dit stemt overeen met wat Reyre et al. (2017) beschrijven: van hulpverleners wordt verwacht dat zij herstelgericht, empathisch en hoopvol blijven werken, ook in contexten van chronisch herval en structurele machteloosheid, maar het opvangen van die spanning kan niet de exclusieve verantwoordelijkheid van de individuele hulpverlener zijn. Het moet verankerd zijn in de organisatorische context via supervisie, reflectieruimte en collegiale ondersteuning.

De bevindingen van dit onderzoek bevestigen dit: respondenten met toegang tot gestructureerde intervisie en een warm teamklimaat beschrijven meer professionele veerkracht en een stabiel gevoel van zingeving, ook in moeilijke trajecten (Maslach et al., 2001; Ford et al., 2008).

Beleidsmatig verontrustend is de vaststelling dat precies de hulpverleners in de meest uitdagende contexten, met hoge caseloads en beperkte doorverwijzingsmogelijkheden, vaak het minst beschikken over deze beschermende structuren. Individuele copingstrategieën zoals het scheiden van werk en privé, zelfreflectie en herbronning worden door alle respondenten beschreven, maar als onvoldoende ervaren wanneer er geen bredere

ondersteuning is vanuit het team of de organisatie, zoals supervisie, intervisie of een klimaat waarin frustratie bespreekbaar is. Wanneer een hulpverlener zich uitsluitend op die individuele strategieën moet verlaten, bestaat het risico dat hij of zij zich steeds verder afschermt van het werk. Die afscherming kan aanvankelijk functioneel zijn, maar evolueert zonder correctief naar een houding waarbij de cliënt niet langer als individu wordt gezien maar als een geval dat beheerd moet worden. Op dat punt is de vertrouwensband, de kern van herstelgericht werken, niet langer mogelijk. Dit is geen persoonlijk falen van de hulpverlener, maar het voorspelbare gevolg van een systeem dat te veel vraagt van individuen zonder hen voldoende te ondersteunen.

Concreet betekent dit dat beleid moet investeren in haalbare caseloads, gestructureerde reflectiemomenten en een organisatiecultuur waarin emotionele belasting erkend wordt, niet als zwakte maar als inherent aan het werk. Hoe die investering er concreet uit ziet, wordt verder uitgewerkt in de implicaties voor de praktijk (sectie 4.3) en de aanbevelingen voor toekomstig onderzoek (sectie 4.4). Wanneer de therapeutische relatie en teamondersteuning samen aanwezig zijn, beschermen ze iets essentieels: de niet-oordelende, empathisch betrokken houding van de hulpverlener die het voor een cliënt mogelijk maakt om zich gezien te voelen. De hypothese hieronder werkt uit wat er gebeurt wanneer precies dat beschermende mechanisme wegvalt.

4.1.4 De therapeutische relatie als tegenwicht voor dehumanisatie

Op basis van de resultaten kan een hypothese worden geformuleerd die in dit onderzoek empirisch wordt ondersteund: naarmate de therapeutische relatie minder aanwezig of minder diepgaand is, neemt de kans op objectivering en dehumanisering van de cliënt toe. Objectivering verwijst daarbij naar het proces waarbij de cliënt niet langer als individu maar als vertegenwoordiger van een categorie wordt gezien, 'de verslaafde', 'de draaideurpatiënt', 'de ongemotiveerde'. Dehumanisering gaat een stap verder: de cliënt wordt gereduceerd tot zijn aandoening of zijn gedrag, waardoor zijn menselijke kwetsbaarheid, zijn verhaal en zijn herstelcapaciteit buiten beeld raken (Haslam, 2006).

Haslam (2006) onderscheidt twee vormen van dehumanisering. Bij animalistische dehumanisering worden mensen herleid tot instinctief, irrationeel of gevaarlijk gedrag. Bij mechanistische dehumanisering worden mensen beschouwd als passief, voorspelbaar en weinig eigen initiatief tonend. Beide vormen zijn herkenbaar in de data van dit onderzoek: de 'gevaarlijke junk' verwijst naar het animalistische patroon, terwijl de 'hopeless case die toch nooit zal veranderen' een mechanistisch patroon weergeeft. Van Boekel et al. (2015) bevestigen dat hulpverleners in niet-gespecialiseerde settings cliënten vaker beschrijven in termen van onbetrouwbaarheid, manipulatie en gebrek aan motivatie, kenmerken die overeenkomen met beide vormen die Haslam (2006) beschrijft. Corrigan et al. (2009) tonen

aan dat dergelijke categoriale percepties gepaard gaan met lagere verwachtingen over herstel en een verminderde bereidheid tot therapeutisch engagement.

Bijzonder relevant zijn de bevindingen van Fontesse et al. (2019, 2020), die als eersten systematisch onderzochten hoe dehumanisering wordt ervaren door cliënten zelf. Zij introduceren daarvoor het concept metadehumanisering: de subjectieve perceptie van een persoon dat hij of zij door anderen als minder dan menselijk wordt beschouwd. Het gaat dus niet om de attitude van de hulpverlener, maar om wat de cliënt ervaart als hij merkt dat hij niet als volwaardig persoon wordt behandeld. Fontesse et al. (2019) tonen aan dat dit bij cliënten met een verslavingsproblematiek bijzonder sterk speelt, en dat metadehumanisering gepaard gaat met disfunctionele coping, verminderd zelfrespect en een verhoogd hervalrisico. Dit is geen toeval: kernkenmerken van verslaving zoals verlies van zelfcontrole, irrationeel gedrag en herhaaldelijk terugkomen zijn precies de eigenschappen die in dehumaniseringsmodellen als 'niet-menselijk' worden gecategoriseerd, waardoor cliënten met verslavingsstoornissen bijzonder kwetsbaar zijn voor dit mechanisme. Dit sluit direct aan bij de bevinding in thema 3 (sectie 3.4.3) dat het geïnternaliseerde label 'verslaafde' herval actief kan uitlokken: zelfstigma bij de cliënt en metadehumanisering als gevolg van hulpverlenersattitudes zijn twee zijden van hetzelfde mechanisme.

De huidige studie ondersteunt de hypothese dat de therapeutische relatie dit mechanisme actief doorbreekt. Respondenten die een langdurige, vertrouwensvolle relatie beschrijven met hun cliënten, gebruiken aanzienlijk minder categoriserende taal en beschrijven hun cliënten consequent als individuen met een eigen verhaal, eigen krachten en eigen doelen. Respondenten die door de aard van hun setting of door hoge werkdruk minder gelegenheid hebben om een echte relatie op te bouwen, beschrijven vaker categoriale percepties en een neiging tot afstandelijkheid bij herval. Het persoonlijk kennen van de cliënt doorbreekt categoriale percepties op een manier die opleiding of training niet kan, dit bevestigt wat Livingston et al. (2011) beschrijven over contactgerichte anti-stigma benaderingen. Investeren in de kwaliteit en continuïteit van de therapeutische relatie via lage caseloads, stabiele teambezetting en een herstelgerichte organisatiecultuur is daarmee niet enkel een kwestie van hulpverlenerswelzijn, maar een directe investering in behandeluitkomsten. De bevinding dat metadehumanisering het hervalrisico verhoogt, maakt dit beleidsargument des te belangrijker.

4.2 Beperkingen van de studie

4.2.1 Beperkingen van het onderzoeksdesign

Het kwalitatieve onderzoeksdesign levert rijke, contextgebonden inzichten op maar geen representatieve uitspraken over de volledige populatie (Van Hove, 2014; Braun & Clarke, 2021). Een specifiek reflexief aandachtspunt betreft de positie van de onderzoeker: hoewel zij

over acht maanden stage-ervaring in de verslavingszorg beschikt, loopt deze niet parallel met de brede ervaringswereld van hulpverleners die meerdere jaren tot decennia actief zijn. Subtiele beroepsculturele aspecten kunnen daardoor minder volledig zijn herkend tijdens de codering. Om dit risico te beperken werd de topiclijst extern gereviseerd door de promotor en werden de pilotinterviews en eerste transcripties doorgestuurd om de interviewtechniek bij te sturen. Dit onderzoek werd uitgevoerd door één coder. Hoewel thematische analyse volgens Braun en Clarke (2021) geen dubbele codering als vereiste stelt wanneer de reflexiviteitsprocedures rigoreus worden toegepast, vormt de afwezigheid van een tweede coder een beperking van dit onderzoek. Deze beperking werd gecompenseerd door structureel overleg met de begeleider doorheen het volledige analyseproces, waarbij de thematische ontwikkeling en methodologische keuzes systematisch werden besproken en bijgestuurd. Daarnaast werden de concepten burnout en compassion fatigue in dit onderzoek niet systematisch onderscheiden in de interviewvragen; de data laten bijgevolg geen scherp onderscheid toe tussen beide fenomenen op het niveau van de individuele respondent. De COREQ-checklist van Tong et al. (2007) werd gehanteerd als leidraad doorheen alle fasen; de volledige ingevulde checklist is opgenomen als bijlage 5.

4.2.2 Beperkingen van de steekproef

De steekproef werd doelgericht samengesteld om een breed perspectief te verkrijgen op de ervaringen van hulpverleners in de langdurige drughulpverlening. Vijf settings werden opgenomen, ambulant (MSOC Gent), residentieel (Dienst VITA, Sint-Jan-Baptiste), spoedpsychiatrie (UPSIE, UZ Gent), residentieel (Afdeling Limani, P.C. Ariadne) en de Therapeutische Gemeenschap van De Kiem in Gavere, met bewuste variatie in functie, geslacht, leeftijd en anciënniteit, in lijn met de principes van maximum variation sampling (Braun & Clarke, 2021). Drie beperkingen verdienen aandacht bij de interpretatie van de bevindingen.

Ten eerste kan zelfselectie een rol hebben gespeeld: hulpverleners die bereid waren deel te nemen zijn mogelijk reflectiever of meer betrokken bij het thema dan collega's die afzagen van deelname, waardoor cynischere of meer afstandelijke perspectieven mogelijk ondervertegenwoordigd zijn. Om dit risico te beperken werden deelnemers bij aanvang van elk interview expliciet geïnformeerd dat negatieve en ambivalente ervaringen even waardevol zijn als positieve, en dat deelname op geen enkele wijze een beoordeling van professioneel functioneren inhoudt. Zelfselectie impliceert bovendien dat de bevindingen over hulpmoetheid en stigmatiserende attitudes eerder een onderschatting dan een overschatting zijn van wat in de bredere populatie leeft.

Ten tweede heeft hoge werkdruk de bereikbaarheid van artsen bemoeilijkt. Hoewel drie artsen hebben deelgenomen, blijft deze beroepsgroep op het totaal van de negentien interviews

ondervertegenwoordigd, waardoor de functievariatie in de steekproef niet volledig kon worden gerealiseerd.

Ten derde kunnen hiërarchische structuren binnen de deelnemende organisaties subtiel invloed hebben gehad op de openheid van respondenten. Om dit te beperken verliepen individuele contacten na een initiële interessebetuiging rechtstreeks tussen de onderzoeker en de deelnemer, zonder verdere tussenkomst van het afdelingshoofd. Vertrouwelijkheid en anonimisering werden bij elke stap expliciet benadrukt.

4.2.3 Reflectie op de dataverzameling

Sociale wenselijkheid vormt een bijzonder reëel risico: deelnemers spraken over eigen attitudes, cynisme en emotionele belasting, gevoelige onderwerpen in een beroepscontext met impliciete normen over goed hulpverlenerschap. De kans dat respondenten hun beleving positiever voorstelden dan werkelijk ervaren, kan negatieve attitudes en hulpmoetheid in de data hebben afgezwakt. Concrete maatregelen om dit te beperken waren: anonimiteitsgarantie zonder terugkoppeling naar de organisatie, een niet-oordelende interviewhouding, en vrije keuze van interviewlocatie in lijn met COREQ-criterium 22.

De variatie tussen face-to-face en online afname werd in dit onderzoek beschouwd als een vorm van datatriangulatie: beide afnamevormen bieden complementaire toegang tot ervaringen, waarbij online interviews mogelijk meer openheid faciliteren over gevoelige thema's, terwijl face-to-face gesprekken meer non-verbale informatie opleveren. Pilotinterviews bij MSOC Gent leidden tot bijsturing van de topiclijst en werden nagelezen door de begeleider, wat een eerste vorm van onderzoekertriangulatie mogelijk maakte.

Thematische analyse is interpretatief. Subjectiviteit werd beperkt via lijn-voor-lijn codering per interview, samenvoeging na elke twee interviews en een iteratief codeboek. Onderzoekertriangulatie werd verder gerealiseerd door structureel overleg met de begeleider doorheen het volledige analyseproces (COREQ-criterium 32). Samen vormen datatriangulatie en onderzoekertriangulatie de kwaliteitswaarborgen waarmee de betrouwbaarheid van de bevindingen werd versterkt. De centrale bevinding over de kloof tussen weten en voelen was zichtbaar via impliciete signalen, taalgebruik, intonatie, contradictoire uitspraken, die gestandaardiseerde vragenlijsten structureel missen. Thematische saturatie werd bereikt na het twaalfde à veertiende interview; aanvullende interviews bij De Kiem leverden geen nieuwe thema's op (COREQ-criterium 17). Sociale wenselijkheid en zelfselectie impliceren dat de bevindingen eerder een onderschatting zijn, wat hun beleidsrelevantie versterkt.

4.3 Implicaties voor de praktijk

De bevindingen vertalen zich in vier concrete implicaties die samen een beleidsmatig argument vormen op drie niveaus: hulpverlener, organisatie en zorglandschap.

4.3.1 Erkenning van de kloof tussen weten en voelen als structureel gegeven

De kloof tussen conceptuele kennis en emotionele beleving is geen individueel tekort maar een structureel kenmerk (Thema 2 en 5). Kennis over verslaving als chronische aandoening is noodzakelijk maar onvoldoende: dezelfde respondenten die het biopsychosociale kader het meest geïnternaliseerd hebben, beschrijven evengoed frustratie bij herhaald herval. Concrete kennisverhoging via onderwijs over het transtheoretisch model (Prochaska & DiClemente, 1983), casusbesprekingen en inzet van ervaringsdeskundigen (Livingston et al., 2011) vermindert negatieve attitudes (McLaughlin et al., 2006; Duvar, 2024), maar beschermt niet automatisch tegen de emotionele tol. Supervisie en intervisie moeten dan ook niet uitsluitend methodisch zijn maar ook expliciet de emotionele respons adresseren.

Cynisch taalgebruik gericht op de cliënt als persoon (Thema 5, sectie 3.6.2) biedt teams een concreet observatiekader voor vroegtijdige herkenning van hulpmoedheid. Ford et al. (2008) en Reyre et al. (2017) bevestigen dat structurele ondersteuning de sterkste beschermende factor is.

4.3.2 Investeren in de kwaliteit en continuïteit van de therapeutische relatie

De therapeutische relatie als anti-dehumaniseringsmechanisme (Thema 4) vraagt om lage caseloads, stabiele teambezetting en een herstelgerichte cultuur die niet-lineaire trajecten als norm beschouwt. Tijdsstudies laten zien hoe urgent dit is: Westbrook et al. (2011) stelden vast dat verpleegkundigen slechts 20-37% van hun werktijd aan direct patiëntcontact besteden; Hendrich et al. (2008) vonden in een studie bij 767 verpleegkundigen op 36 afdelingen dat directe patiëntzorg slechts 19,3% van de werktijd innam terwijl documentatie 35% opslokte. Respondenten in dit onderzoek beschreven tijdsgebrek impliciet als belemmering voor relatieopbouw. Concrete aanbevelingen richting het management zijn dan ook: registratieverplichtingen beperken tot klinisch relevante informatie, administratieve ondersteuning voor niet-klinische taken, relationeel werken als kwaliteitsindicator, en actief bewaken van caseloads. De bevinding dat metadehumanisering hervallrisico verhoogt (Fontesse et al., 2020) maakt investeren in de therapeutische relatie een directe investering in behandeluitkomsten.

4.3.3 Meer ruimte voor harm reduction en gecontroleerd gebruik

Respondenten die expliciet de harm reduction-benadering hanteren en abstinentie loskoppelen als enige behandeldoelstelling, beschrijven meer stabiliteit in therapeutische betrokkenheid en minder categoriserende percepties (Thema 2, sectie 3.3.2; Thema 4). De

SUMHIT-studie (Chantry et al., 2023) toont dat abstinentie als enige succesnorm in veel Belgische settings sterk aanwezig is, waarbij herval impliciet als falen wordt beschouwd, wat openheid bij cliënten en doelflexibiliteit bij hulpverleners ondermijnt. De kern hiervan is dat de hulpvraag van de cliënt moet leidend zijn, ook als die ingaat tegen de abstinentiewens van de hulpverlener. Harm reduction is empirisch onderbouwd als effectieve strategie (NIAAA, 2023) en beschermt de therapeutische alliantie. Gecontroleerd drinken/gebruiken als behandeldoel vraagt van hulpverleners tolerantie voor ambiguïteit, precies het vermogen dat de meest veerkrachtige hulpverleners in dit onderzoek kenmerkt. Hieruit volgt een implicatie op opleidingsniveau: kennis over harm reduction-methoden combineren met bewustwording over de invloed van eigen abstinentieovertuigingen op de relatie.

4.3.4 Teamondersteuning differentiëren en zorglandschap integreren

Teamondersteuning vervult drie onderscheiden functies die elk een eigen structuur vragen (Thema 6): emotionele ventilatie vraagt een veilig informeel klimaat, methodische reflectie vraagt een gestructureerd intervisie-moment met een domeinvertrouwde supervisor. Wanneer beide worden samengevoegd in één overlegstructuur wordt geen van beide adequaat vervuld, wat de effectiviteit ondermijnt (Maslach et al., 2001; Ford et al., 2008). Beleidsmatig verontrustend is dat hulpverleners in de meest uitdagende contexten, hoge caseloads, beperkte doorverwijzing, precies het minst toegang hebben tot deze structuren, wat de ongelijkheid in draagkracht tussen settings vergroot.

Het gefragmenteerde zorglandschap vormt de vijfde en meest structurele implicatie (Thema 7). Wanneer een hulpverlener een gemotiveerde cliënt maandenlang niet kan doorverwijzen, verliest het professionele kader zijn dragende functie. Concrete beleidsingrepen zijn: betere afstemming tussen GGZ, gespecialiseerde verslavingszorg en eerstelijnszorg, voldoende capaciteit in residentiële settings, gegarandeerde nazorg en structurele financiering van doorverwijzingstrajecten (De Ruyscher et al., 2024; Chantry et al., 2023). Individuele interventies kunnen het structurele tekort niet wegdragen.

4.4 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

4.4.1 Kwantitatieve toetsing en cliëntenperspectief

De kloof tussen weten en voelen werd zichtbaar via kwalitatieve signalen die kwantitatief attitudeonderzoek structureel mist. Vervolgonderzoek kan expliciet en impliciet verwerkingsniveau vergelijken via gevalideerde attitudevragenlijsten gecombineerd met impliciete associatietests (IAT) of fysiologische stressmaten. Daarnaast bleef de beleving van de cliënt onbeantwoord. De hypothese over metadehumanisering is theoretisch onderbouwd (Fontesse et al., 2019, 2020) maar niet empirisch getoetst vanuit cliëntenstandpunt. Toekomstig onderzoek dat hulpverleners- en cliëntenperspectieven combineert, kan nagaan in welke mate cliënten metadehumanisering ervaren in de Belgische context, hoe dit

samenhangt met zelfstigma (Thema 3) en hervalgedrag, en in hoeverre de therapeutische relatie dit dempt.

4.4.2 Longitudinaal, comparatief en interventieonderzoek

Dit cross-sectionele onderzoek kan geen uitspraken doen over hoe attitudes evolueren doorheen een loopbaan. Twee bevindingen vragen longitudinale opvolging: de geïnternaliseerde visie bij ervaren hulpverleners (Thema 1) en de geleidelijke verschuiving van redderskader naar aanwezigheid als zingeving (Thema 5, sectie 3.6.1).

Longitudinaal kwalitatief onderzoek kan nagaan wanneer deze verschuiving plaatsvindt en welke factoren haar versnellen. Comparatief onderzoek dat settings met een expliciet harm reduction-kader vergelijkt met abstinentericht werkende settings, op het vlak van hulpverlenersattitudes, hulpmoeheid en therapeutische alliantie, kan de hypothese onderbouwen dat doelflexibiliteit, de bereidheid om behandeldoelen af te stemmen op wat de cliënt zelf nastreeft in plaats van te sturen op abstinentie als enige uitkomst, de professionele veerkracht van hulpverleners beschermt (Chantry et al., 2023). Toekomstig interventieonderzoek kan nagaan of expliciete differentiëring van teamondersteuning naar de drie functies aantoonbaar effect heeft op hulpmoeheid en zorgkwaliteit, in het bijzonder in de meest kwetsbare settings.

Samen vormen deze aanbevelingen een onderzoeksagenda die de bevindingen van deze studie kan verbreden, verdiepen en methodologisch aanvullen, met de kloof tussen weten en voelen als centraal vertrekpunt.

5. ALGEMENE CONCLUSIE

Deze masterproef vertrok vanuit een vraag die in de bestaande literatuur te weinig centraal heeft gestaan: hoe beleven hulpverleners in de langdurige Belgische drughulpverlening de veranderingsresistentie en chroniciteit bij hun cliënten, en welke impact heeft dit op hun zorghouding, werkrelatie en emotioneel welzijn? Op basis van negentien semigestructureerde interviews uit vijf verslavingszorgsettings werden zeven thema's geïdentificeerd.

De meest originele bevinding is de structurele kloof tussen weten en voelen. Hulpverleners normaliseren herval conceptueel, maar beschrijven bij concreet herval toch frustratie, zelftwijfel en verminderde betrokkenheid, ook zij met decennialange ervaring. Dit onderscheid blijft onzichtbaar voor kwantitatief attitudeonderzoek.

Een tweede kernbevinding betreft de bronnen van veerkracht. De dimensies verbondenheid, hoop en betekenis, die centraal staan in persoonlijk herstel bij cliënten, blijken ook voor hulpverleners zelf beschermend. Wat cliënten doet herstellen, doet hulpverleners volhouden. Naarmate hulpverleners langer werken, verschuift zingeving van redderskader naar aanwezigheid, de voldoening van uitkomst naar contact.

De visie op verslaving als biopsychosociaal fenomeen is de meest bepalende beschermende factor, geïnternaliseerd via professionele socialisatie. Stigma bleek circulair en systemisch, waarbij zelfstigma bij cliënten de therapeutische relatie van binnenuit ondermijnt. De vraag welk mechanisme dit doorbreekt, beantwoorden de data eenduidig: de therapeutische relatie.

Op basis van de bevindingen werd een empirisch ondersteunde hypothese geformuleerd: naarmate de therapeutische relatie minder diepgaand is, neemt de kans op objectivering en dehumanisering toe. Cliënten die zich als minder dan menselijk beschouwd voelen lopen een hoger hervalrisico. Investeren in de therapeutische relatie is daarmee een directe investering in behandeluitkomsten.

De meest urgente beleidsmatige bevinding is dat structurele onmacht en ontbrekende teamondersteuning zich ophopen bij dezelfde hulpverleners in de meest uitdagende contexten. Herstelgerichte zorg vereist gelijktijdige investeringen op drie niveaus: kennisversterking en collectieve verwerkingsruimte voor de hulpverlener, structurele bescherming van de therapeutische relatie op organisatieniveau, en een geïntegreerd zorglandschap dat harm reduction legitimeert.

Dit onderzoek maakt het impliciete verwerkingsniveau zichtbaar en positioneert de therapeutische relatie als anti-dehumaniseringsmechanisme dat de individuele zorgrelatie verbindt met de bredere dimensies van stigma en zorgorganisatie. Individuele veerkracht kan niet als vervanging dienen voor structurele bescherming. Dat is, in essentie, de kernboodschap van dit onderzoek.

6. REFERENTIES

Aga, N., & Vanderplasschen, W. (2016). De schone en het beest: Werken aan persoonlijk herstel binnen een forensische context [Online hoofdstuk]. In *Sterktes van mensen: Sterktegerichte strategieën voor het ondersteunen van mensen met een psychiatrische problematiek die strafbare feiten pleegden* (pp. 149–168). Department of Special Needs Education, Universiteit Gent. <https://backoffice.biblio.ugent.be/download/8123226/8511997>

American Psychiatric Association. (2017). *DSM-5: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen* (5e ed., Nederlandse vertaling). De Tijdstroom.

Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.06.001>

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.

Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155–163.

Chantry, M., Magerman, J., Fernandez, K., De Ruysscher, C., Sinclair, D. L., Goethals, I., Antoine, J., De Maeyer, J., Gremaux, L., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Delespaul, P., & Nicaise, P. (2023). *Substance use and mental health care integration (SUMHIT): A study of service networks in mental health and substance use disorders in Belgium, their accessibility, and users' needs*. Belgian Science Policy Office. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25601.67685>

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>

Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A., & O'Shaughnessy, J. (2009). The public stigma of mental illness and drug addiction. *Journal of Social Work*, 9(2), 139–147. <https://doi.org/10.1177/1468017308101818>

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>

De Druglijn. (z.d.). Waarom is een verslaving moeilijk te doorbreken? Geraadpleegd op 25 juli 2025, van <https://www.druglijn.be/drugs-abc/veelgestelde-vragen/waarom-is-een-verslaving-moeilijk-te-doorbreken/>

De Druglijn. (2024, 29 juli). Wanneer is iemand verslaafd? <https://www.druglijn.be/veelgestelde-vragen-naasten/wanneer-is-iemand-verslaafd-verslaving-definitie-betekenis/>

De Kiem. (z.d.). Residentieel programma. Geraadpleegd op 21 april 2026, van <https://www.dekiem.be/index.php/residentieel>

De Ruysscher, C., Magerman, J., Goethals, I., Chantry, M., Sinclair, D. L., Delespaul, P., De Maeyer, J., Nicaise, P., & Vanderplasschen, W. (2024). Islands in the stream: A qualitative study on the accessibility of mental health care for persons with substance use disorders in

Dekkers, A., De Ruyscher, C., & Vanderplasschen, W. (2020). Perspectives on addiction recovery: Focus groups with individuals in recovery and family members. *Addiction Research & Theory*, 28(6), 526–536. <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1714037>

Desleutel. (2012, 16 november). Prof. Geert Dom: "We moeten investeren in trajectwerking, tewerkstelling en aangepaste woonvormen". *De Sleutel*. <https://desleutel.be/2012/11/16/prof-geert-dom-we-moeten-investeren-in-trajectwerking-tewerkstelling-en-aangepaste-woonvormen/>

Dom, G. (1999). *Dubbeldiagnose: Als verslaving en psychische problemen samen gaan*. Epo Uitgeverij.

Dom, G. (2025). *Verslaafd... Waarom jij wel en ik niet?* Epo Uitgeverij.

Drughulp.be. (z.d.). Hulpverlening bij drugproblemen. <https://www.drughulp.be/hulpverlening-drugproblemen>

Duvar, T. (2024). Attitudes of healthcare professionals toward individuals with substance use disorders. *Journal of Awareness*, 9(2), 101–112. <https://doi.org/10.26809/joa.2514>

Federatie Medisch Specialisten. (z.d.). Drugsmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen: Anamnese bij drugsmisbruik. *Richtlijnendatabase*. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/drugsmisbruik_in_het_kader_van_rijgeschiktheidskeuringen/anamnese_bij_drugsmisbruik.html

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.

Fontesse, S., Demoulin, S., Stinglhamber, F., & Maurage, P. (2019). Dehumanization of psychiatric patients: Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addictive Behaviors*, 89, 216–223. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.041>

Fontesse, S., Stinglhamber, F., Demoulin, S., Chevallereau, T., de Timary, P., Cappeliez, B., Bon, F., Geus, C., Talent, J., Ayache, L., & Maurage, P. (2020). Metadehumanization in severe alcohol-use disorders: Links with fundamental needs and clinical outcomes. *Addictive Behaviors*, 107, Article 106425. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106425>

Ford, R., Bammer, G., & Becker, N. (2008). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2452–2462. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02266.x>

Free Clinic. (z.d.). Spuitenruil Vlaanderen. <https://free-clinic.be/free-clinic/spuitenruil/spuitenruil-vlaanderen>

Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users: A European multi-centre study. *Addiction*, 106(6), 1114–1125. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03407.x>

Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830–842. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.7.830>

- Haslam, N. (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 252–264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hendrich, A., Chow, M. P., Skierczynski, B. A., & Lu, Z. (2008). A 36-hospital time and motion study: How do medical-surgical nurses spend their time? *The Permanente Journal*, 12(3), 25–34. <https://doi.org/10.7812/TPP/08-021>
- Howitt, D. (2014). Thematic analysis and data analysis. In G. Van Hove (Ed.), *Qualitative research for educational sciences* (2nd custom ed.). Pearson.
- Jahn, D. R., Muralidharan, A., Brown, C. H., Hack, S., Leith, J., Drapalski, A. L., & Lucksted, A. (2020). The influence of experiences of stigma on recovery: Mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(2), 97–105. <https://doi.org/10.1037/prj0000377>
- Joe, G. W., Simpson, D. D., Dansereau, D. F., & Rowan-Szal, G. A. (2001). Relationships between counseling rapport and drug abuse treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(4), 221–229. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(04\)00076-5](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(04)00076-5)
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). Sage Publications.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2011). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 43–53. <https://doi.org/10.1037/a0026070>
- Luoma, J. B., Nobles, R. H., Drake, C. E., Hayes, S. C., O'Hair, A., Fletcher, L., & Kohlenberg, B. S. (2013). Self-stigma in substance abuse: Development of a new measure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(2), 223–234. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9323-4>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). *Job burnout*. Annual Review of Psychology, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McGillion, J., Wanigaratne, S., Feinmann, C., Godden, T., & Byrne, A. (2000). GPs' attitudes towards the treatment of drug misusers. *British Journal of General Practice*, 50(454), 385–386.

- McLaughlin, D. F., McKenna, H. P., Leslie, J. C., & Moore, K. D. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: Perceptions and experiences of health and social care professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 682–686. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00984.x>
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness. *JAMA*, 284(13), 1689–1695.
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304–316. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2023). Incorporating harm reduction into alcohol use disorder treatment and recovery. *NIAAA Spectrum*, 15(3). <https://www.niaaa.nih.gov/news-events/spectrum/volume-15-issue-3-fall-2023/incorporating-harm-reduction-alcohol-use-disorder-treatment-and-recovery>
- Opdenakker, R. (2006). Advantages and disadvantages of four interview techniques in qualitative research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 7(4), Art. 11. <https://doi.org/10.17169/fqs-7.4.175>
- Oser, C. B., Biebel, E. P., Pullen, E., & Harp, K. L. H. (2013). Causes, consequences, and prevention of burnout among substance abuse treatment counselors: A rural versus urban comparison. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(1), 17–27. <https://doi.org/10.1080/02791072.2013.763558>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Psychiatrisch Centrum Ariadne. (2025, 13 juni). Behandeling. *Psychiatrisch Centrum Ariadne*. <https://pcariadne.be/landingspagina-dienst/>
- Rao, D., Elshafei, A., Nguyen, M., Hatzenbuehler, M. L., Frey, S., & Go, V. F. (2019). A systematic review of multi-level stigma interventions: State of the science and future directions. *BMC Medicine*, 17, Article 41. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1244-y>
- Schachter, H. M., Girardi, A., Ly, M., Lacroix, D., Lumb, A. B., & van Berkomp, J. (2008). Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: A systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, Article 18. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-18>
- Scott, C. K., & Dennis, M. L. (2007). Chronic addiction and recovery management: Implications for clinical practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(1), 45–55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6345257/pdf/nihms961829.pdf>
- Spiedpsychiatrie. (z.d.). Spiedpsychiatrie. *UZ Gent*. <https://www.uzgent.be/nl/patient/zoek-eeen-arts-of-dienst/volwassenenpsychiatrie/spiedpsychiatrie>
- Stad Gent. (z.d.). Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) Gent. *Stad Gent*. <https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/medisch-sociaal-opvangcentrum-msoc-gent>
- Strack, F., & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8(3), 220–247. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0803_1

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

UK Drug Policy Commission Recovery Consensus Group. (2008). *A vision of recovery: UKDPC recovery consensus group*. UKDPC. <https://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Policy%20report%20-%20A%20vision%20of%20recovery%20UKDPC%20recovery%20consensus%20group.pdf>

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2015). Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6), 539–549. <https://doi.org/10.1177/0020764014562051>

Van Deun, P. (2024). *Het gekaapte brein: Verslavingsgedrag beter begrijpen*. Houtekiet.

Van der Stel, J. (2012). *Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen* (1e editie). Boom Lemma.

Van der Stel, J. C. (2015). Functioneel herstel en zelfregulatie: Opgaven voor cliënten én psychiaters. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(11), 815–822.

Vanderplasschen, W., Dekkers, A., Vandeveld, S., & Broekaert, E. (2015). Orthopedagogiek en verslavingsonderzoek aan de UGent: Een zoektocht naar methoden en interventies om herstel en kwaliteit van leven te bevorderen. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 54(6–7), 258–269.

Vanderplasschen, W., & Vander Laenen, F. (Reds.). (2017). *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg: Zorg en ondersteuning in praktijk en beleid*. Acco.

Van Hove, G. (2014). *Qualitative research for educational sciences* (2nd custom ed.). Pearson.

VAD. (2024). Toelichting bij figuur interventies bij middelengebruik. VAD. <https://vad.be/content/uploads/2024/03/Toelichting-bij-figuur-interventies-bij-middelengebruik.pdf>

Vita Verslavingszorg. (2018). *Onthaalbrochure Vita verslavingszorg* [Brochure]. <https://www.pcsintjanbaptist.be/wp-content/uploads/2018/01/Onthaalbrochure-Vita-Verslavingszorg-versie-Januari-2018.pdf>

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1511480>

Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 277–287. <https://doi.org/10.1080/13548500600595053>

West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

Westbrook, J. I., Duffield, C., Li, L., & Creswick, N. J. (2011). How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution

and interactions with health professionals. *BMC Health Services Research*, 11, Article 319. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-319>

White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229–241. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>

World Health Organization. (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization.

World Health Organization. (2010). *ATLAS on substance use (2010): Resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. World Health Organization.

Yamaguchi, S., Mizuno, M., Sekiya, Y., Sawamura, K., & Hayashi, K. (2022). Self-stigma, hope for future, and recovery: An exploratory study of men with early-onset substance use disorder. *Indian Psychiatric Journal*, 31(1), 45–50. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_52_21

7. BIJLAGEN

7.1 Bijlage 1 : Criteria van stoornissen in gebruik van drugs (DSM-V):

(American Psychiatric Association, 2017).

Een problematisch patroon van drugsgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit minstens twee van de volgende kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:

1. Drugs wordt vaak gebruikt in grote hoeveelheden of langduriger dan de betrokkene van plan was.
2. Er is een persisterende wens of er zijn vergeefse pogingen om het druggebruik te minderen of in de hand te houden.
3. Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan drugs te komen, drugs te gebruiken, of te herstellen van de effecten ervan.
4. Hunkering, of een sterke wens of drang tot druggebruik.
5. Recidiverend drugsgebruik, met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
6. Aanhoudend drugsgebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van drugs.
7. Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het drugsgebruik.
8. Recidiverend drugsgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
9. Het drugsgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de drugs.
10. Tolerantie, zoals gedefinieerd door één van de volgende kenmerken:
 - a) Behoefte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid drugs om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken.
 - b) Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid drugs.
11. Onttrekkingssymptomen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
 - a) Het kenmerkende onttrekkingssyndroom van drugs (zie criteria A en B voor drugsonttrekkingssyndroom).
 - b) Drugs (of een zeer verwante stof) wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

7.2 Bijlage 2: Beschrijving van de onderzoekssettingen

Het onderzoek richt zich op instellingen die langdurige hulpverlening bieden aan personen met een middelenstoornis. De geselecteerde organisaties zijn:

MSOC Gent/Waasland (Medisch Sociaal Opvangcentrum) biedt multidisciplinaire, laagdrempelige ambulante hulp aan mensen die illegale drugs gebruiken. De behandelingsprogramma's richten zich op medische en psychosociale begeleiding en advies, met als doel de lichamelijke, psychische en sociale situatie van cliënten en hun omgeving te verbeteren en het druggebruik veilig te laten verlopen, beperken of stoppen, afhankelijk van de vraag van de cliënt. Het centrum hanteert een motiverende aanpak, waarbij het tempo en de mogelijkheden van de cliënt centraal staan. Het team bestaat uit artsen, verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, orthopedagogen, sociaal-cultureel werkers, administratieve medewerkers, projectmedewerkers, een psychosociale coördinator en de directie (Stad Gent, z.d.). Historisch focuste het MSOC voornamelijk op mensen met een opiaatproblematiek, in het bijzonder door het aanbieden van substitutiebehandeling via methadon. In de voorbije jaren is de werking echter verbreed in functie van veranderende drugtrends in de regio. Naast opioïdenproblematiek wordt nu ook psychosociale begeleiding voorzien voor personen met afhankelijkheidsproblemen rond andere illegale middelen, zoals cocaïne of cannabis. Hierdoor evolueert het centrum van een voornamelijk substitiegerichte setting naar een breder herstel- en ondersteuningsgericht aanbod dat aansluit bij actuele noden in de lokale drugsceen (Stad Gent, z.d.).

P.C. Ariadne – afdeling Limani richt zich op de opname en behandeling van volwassenen met een afhankelijkheidsproblematiek van alcohol en/of medicatie, al dan niet in comorbiditeit met andere stoornissen. Residentieel biedt de afdeling plaats aan 23 cliënten. Het therapeutisch programma is gebaseerd op motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie en het duaal procesmodel, en beslaat een doorlooptijd van tien weken (Psychiatrisch Centrum Ariadne, 2025). Deze residentiële setting vormt een essentieel onderdeel binnen de bredere verslavingszorgketen en contrasteert met de laagdrempelige, ambulante werking van het MSOC, waardoor beide voorzieningen relevante perspectieven bieden op chronische zorg, motivatie en veranderingsprocessen.

P.C. Sint-Jan-Baptiste – afdeling VITA Verslavingszorg biedt zorg aan gemotiveerde volwassenen met problemen door alcohol, drugs, medicatie of gecombineerd gebruik. De setting combineert groepstherapie met individuele begeleiding en familiewerking. Het doel is een middelenvrij leven met herintegratie in leef-, woon- en werksituaties. De behandeling volgt de Community Reinforcement Approach (CRA), een cognitief-gedragstherapeutische methode die cliënten helpt een alternatieve, belonende levensstijl op te bouwen en hen te ondersteunen bij integratie in de gemeenschap (Vita Verslavingszorg, 2018). Omdat

hulpverleners in deze residentiële context intensief en langdurig met cliënten samenwerken, biedt deze setting een waardevol perspectief op hoe zij omgaan met complex gedrag, herval, veranderingsresistentie en de emotionele belasting die hiermee gepaard gaat, centrale thema's binnen deze thesis.

UZ Gent – Spoedpsychiatrie (UPSIE) biedt opvang en behandeling van volwassenen in een psychiatrische crisissituatie. Na afloop van de crisis worden cliënten doorverwezen naar ambulante opvolging of opname elders. Hoewel UPSIE geen klassieke verslavingsafdeling is, is deze setting opgenomen vanwege haar vergelijkingswaarde: hulpverleners werken hier met cliënten die meerdere behandelingen hebben doorlopen of gelijktijdig elders in zorg zijn, vaak met hardnekkige gedragspatronen en beperkte veranderingsbereidheid. De afdeling beschikt daarnaast over vier bedden specifiek voor cliënten met een middelengerelateerde stoornis (Spoedpsychiatrie, z.d.).

De opname van deze verschillende instellingen geeft een breed perspectief op hoe hulpverleners omgaan met veranderingsresistentie, emotionele belasting en herstelgericht werken binnen diverse vormen van chronische zorg.

De Kiem, Therapeutische Gemeenschap Gavere, is een residentiële voorziening voor volwassenen met een verslaving aan alcohol, illegale drugs of medicatie. Het programma is opgebouwd als een intensief, langdurig traject waarin niet alleen de verslaving zelf wordt aangepakt, maar ook onderliggende problematiek. Centraal staan de zelfhulpgedachte en een pedagogisch-therapeutische benadering, waarbij veiligheid, wederzijds respect en gedeelde verantwoordelijkheid de voorwaarden vormen voor gedragsverandering. Het traject omvat een onthaalafdeling, een therapeutische gemeenschap en een halfweghuis, waarna nazorg de overgang naar zelfstandig leven begeleidt. De Kiem maakt deel uit van het zorgcircuit middelenmisbruik van Oost-Vlaanderen en vertegenwoordigt daarmee een langdurige, herstelgerichte residentiële benadering binnen het Belgische verslavingszorglandschap (De Kiem, z.d.).

Naast deze vijf deelnemende voorzieningen werd ook De Sleutel bevraagd voor deelname, aangezien deze organisatie een belangrijke ketenpartner vormt in ver- en doorverwijzing voor cliënten met een drugproblematiek en een centrale rol speelt binnen de residentiële en ambulante verslavingszorg in Vlaanderen. Door de hoge werkdruk en beperkte personeelscapaciteit kon De Sleutel echter niet participeren aan deze studie, wat illustratief is voor de structurele druk binnen het veld en de uitdagingen rond onderzoeksparticipatie in deze sector.

7.3 Bijlage 3: Informed Consent

Informatiebrief voor deelnemers aan een klinische studie

Titel van de studie: Beleving van chroniciteit en veranderingsresistentie

Officiële titel: Tussen hoop en herval: de beleving van chroniciteit en veranderingsresistentie bij hulpverleners in de chronische drughulpverlening

Opdrachtgever: Faculteit psychologische en pedagogische wetenschappen

Universiteit Gent

Onderzoeker(s):

Student: Thyra Janssens, Faculteit psychologische en pedagogische wetenschappen

Promotor: Olivier Colins, Faculteit psychologische en pedagogische wetenschappen

Universiteit Gent

Begeleider: Jurgen Magerman, Faculteit psychologische en pedagogische wetenschappen

DPO U(Z) Gent:

Katya Van Driessche, dpo@uzgent.be **OF** Hanne Elsen, privacy@ugent.be

No fault verzekering: Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00

Deelnemen aan een studie

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een wetenschappelijke studie (verder "studie" genoemd). Voor u akkoord gaat, vragen we u om de volgende pagina's aandachtig te lezen, zodat u hierover een geïnformeerde beslissing kan nemen.

Indien gewenst kan u de studie bespreken met de onderzoeker of haar vertegenwoordiger, of met andere personen van uw keuze. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelikheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst.

Indien u wenst deel te nemen aan de studie, vragen we u om bijgevoegd deelnameformulier te ondertekenen. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat u de noodzakelijke informatie over deze studie ontvangen heeft. U krijgt zelf ook een getekend exemplaar.

Dit document bestaat uit 3 delen: 1) basisinformatie over de studie, 2) aanvullende informatie en 3) het deelnameformulier.

Basis informatie

Mijn naam is Thyra Janssens en ik ben masterstudent Klinische Orthopedagogiek en Disability Studies aan de Universiteit Gent. In het kader van mijn masterproef doe ik onderzoek naar de beleving van hulpverleners in de chronische drughulpverlening, met bijzondere aandacht voor hun percepties van veranderingsresistentie bij cliënten. Met *veranderingsresistentie* bedoelen we het verschijnsel dat cliënten gedurende langere tijd weinig of geen vooruitgang tonen in hun herstelproces, ondanks verschillende vormen van ondersteuning. Dit kan bijvoorbeeld gaan om herhaald herval, lage motivatie of een moeizaam hersteltraject.

Met dit onderzoek wil ik beter begrijpen hoe hulpverleners deze langdurige trajecten ervaren en welke rol factoren zoals stigma, therapeutische relaties, werkdruk, teamwerking en reflectiemogelijkheden (zoals intervisie of moreel beraad) hierin spelen. De bedoeling is om inzichten te verwerven die kunnen bijdragen aan een beter begrip van de werkervaringen van hulpverleners en om aanbevelingen te formuleren voor beleid en praktijk.

U wordt uitgenodigd voor een individueel semigestructureerd interview van 45–60 minuten, af te nemen op een moment en locatie die voor u het meest geschikt zijn. Het gesprek wordt opgenomen om te kunnen transcriberen en analyseren.

Deelname is volledig vrijwillig. U mag op elk moment stoppen met het interview, zonder opgave van reden. Aan deelname zijn geen directe voordelen verbonden, en sommige thema's kunnen persoonlijk of emotioneel belastend zijn.

Hartelijk dank voor uw tijd en vertrouwen.

Met vriendelijke groet

Thyra Janssens

1.1 Wat is het doel van het onderzoek?

Het onderzoek richt zich op de ervaringen van hulpverleners die werken met cliënten in langdurige en complexe zorgtrajecten rond middelengebruik. Contexten zoals MSOC's, diensten rond verslavingszorg (VITA) en acute settings zoals UPSIE, Onthaal- en therapeutische gemeenschap De Kiem (Gavere) worden meegenomen. Hoewel UPSIE een spoedpsychiatrische dienst is, hebben hulpverleners hier vaak contact met cliënten die meerdere behandel pogingen of langdurige trajecten achter de rug hebben.

In dit onderzoek staat centraal hoe hulpverleners omgaan met trajecten die vaak gekenmerkt worden door herval en cliënten die soms als veranderingsresistent worden ervaren. Dit brengt uitdagingen met zich mee zoals emotionele belasting, werkdruk en het omgaan met stigma.

Het onderzoek wil inzicht geven in factoren die bijdragen aan draagkracht en motivatie bij hulpverleners, en welke elementen het moeilijk maken om herstelgericht te blijven werken. De resultaten kunnen leiden tot aanbevelingen die het welzijn van de hulpverleners en de kwaliteit van de drughulpverlening versterken.

1.2 Wat is de duur van deze studie en wie zal deelnemen?

Voor elke deelnemer duurt deze studie tussen 45 en 60 minuten, zijnde de tijdsduur van één semigestructureerd interview. Er zijn geen extra bezoeken aan het ziekenhuis of de instelling vereist, buiten het interviewmoment zelf. De afspraak vindt plaats op een moment en locatie die voor de deelnemer het best past, binnen de voorziening zelf, of desgewenst via een beveiligde online verbinding.

In totaal zullen naar verwachting 10 tot 15 hulpverleners deelnemen aan deze studie. Alle deelnemers zijn professionals die werkzaam zijn binnen de chronische drughulpverlening of gespecialiseerde settings, waaronder het MSOC Gent, UZ Gent (dienst Psychiatrie – UPSIE en Eetstoornissen), Vita en De Kiem. Er wordt gestreefd naar een gevarieerde groep deelnemers qua functie (bijv. verpleegkundigen, casemanagers, begeleiders, therapeuten), werkervaring en teamcontext.

1.3 Kosten en vergoeding

Dit onderzoek maakt deel uit van mijn masterproef en wordt uitgevoerd in het kader van mijn opleiding aan de Universiteit Gent. Vanwege de aard van dit onderzoek worden er geen financiële vergoedingen of beloningen voorzien voor deelname.

Reiskosten worden niet vergoed, maar het interview kan plaatsvinden binnen uw eigen instelling op een voor u geschikt moment. Uw deelname wordt bijzonder gewaardeerd en draagt bij aan een beter begrip van de werkervaringen van hulpverleners in de drughulpverlening.

aanvullende informatie

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Gent en de Universiteit Gent. Daarnaast wordt het onderzoeksprotocol ook voorgelegd en goedgekeurd door de lokale ethische commissies van de betrokken hulpverleningsinstanties (MSOC Gent, dienst UPSIE UZ Gent, dienst VITA Sint-Jan-Baptiste en P.Z. Ariadne).

De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de Verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen die aan studies deelnemen. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een verplichting om deel te nemen.

Risico's en voordelen bij deelname aan de studie

Risico's: Deelname brengt geen fysieke of langdurige emotionele risico's met zich mee. Mocht u zich ongemakkelijk voelen tijdens het interview, kunt u op elk moment stoppen zonder nadelige gevolgen. Uw privacy wordt te allen tijde gewaarborgd door pseudonimisering en beveiligde opslag van gegevens.

Voordelen: Deelname biedt u de mogelijkheid uw ervaringen te delen over het werken met cliënten in langdurige zorgtrajecten. Dit kan bijdragen aan erkenning van uitdagingen en beschermende factoren in uw werk. Voor de organisatie en het beleid kunnen de inzichten helpen om ondersteuning, teamwerking en herstelgericht werken te verbeteren. Daarnaast levert het onderzoek wetenschappelijke kennis op over hoe hulpverleners chroniciteit,

veranderingsresistentie en stigma ervaren, wat kan bijdragen aan toekomstige beleidsontwikkelingen en opleidingen binnen de verslavingszorg.

Uw rechten

Deelnemen aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren deel te nemen of zich op elk moment terugtrekken, zonder opgave van redenen en zonder dat dit gevolgen heeft voor uw relatie met de onderzoeker.

De verzamelde gegevens worden gepseudonimiseerd: uw naam en andere identificeerbare gegevens worden vervangen door een unieke code. Alleen de onderzoeker beschikt over de koppellijst; voor iedereen anders blijven de gegevens anoniem.

Indien u zich terugtrekt uit de studie, kunt u aangeven of de reeds verzamelde gegevens verwijderd mogen worden.

Als u dat wenst, kunt u na afloop van het onderzoek een samenvatting van de belangrijkste resultaten ontvangen. U kunt dit aanduiden op het toestemmingsformulier of dit nadien nog aanvragen via e-mail bij de onderzoeker (thyra.janssens@ugent.be).

Bescherming van uw persoonsgegevens

Deelname aan de studie betekent dat uw persoonsgegevens verwerkt worden voor het doel van deze studie. Deze verwerking van uw persoonsgegevens is noodzakelijk voor de uitvoering van een taak in het algemeen belang en dit met het oog op wetenschappelijk onderzoek¹.

Uw persoonsgegevens² zullen steeds beschermd worden. U kan toegang vragen tot de over u verzamelde gegevens. Elk gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent³.

Voor de transcriptie van interviews wordt gebruikgemaakt van het door UGent goedgekeurde AI-programma Whisper. Dit programma gebruikt beveiligde servers en waarborgt anonimiteit; gegevens worden niet gebruikt voor algoritmische training. Na transcriptie worden alle identificerende gegevens vervangen door een unieke code; alleen de onderzoeker heeft toegang tot de koppellijst. De originele bestanden worden niet gedeeld. De gepseudonimiseerde transcripties worden uitsluitend gedeeld met de promotor (prof. Olivier Colins) en begeleider (Jurgen Magerman) voor wetenschappelijke begeleiding. Hergebruik van gegevens in toekomstig academisch onderzoek kan alleen na goedkeuring door een ethisch comité of Data Access Comité.

De geanalyseerde gegevens worden in de masterproef opgenomen in de vorm van een samenvatting van bevindingen, aangevuld met illustratieve fragmenten uit de interviews. Deze

¹ Volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming en de Gecoördineerde Wet op de Ziekenhuizen van 10 juli 2008.

² In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

³ Zie: <https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm>

citaten zijn steeds volledig anoniem en bevatten geen verwijzingen die u rechtstreeks of onrechtstreeks identificeerbaar maken. De masterproef zelf wordt publiek toegankelijk, en de resultaten kunnen desgevallend worden teruggekoppeld naar uw afdeling of organisatie. Wanneer uw gegevens in het kader van toekomstig onderzoek gebruikt zouden worden voor commerciële doeleinden en partners dan dient u hiervoor uw toestemming⁴ te geven in het toestemmingsformulier.

In rapporten of publicaties over deze studie (zoals in medische tijdschriften of congressen) zullen de gegevens zodanig verwerkt worden dat u als individu op geen enkele manier herkenbaar bent, noch rechtstreeks noch onrechtstreeks. Ook wanneer (geanonimiseerde) datasets binnen dit onderzoek openbaar gemaakt zouden worden op een online platform, zullen er geen persoonsgegevens worden gedeeld waarmee u geïdentificeerd kan worden. Uw persoonsgegevens zullen op gepaste wijze beschermd en vertrouwelijk behandeld worden.

Zowel uw persoonsgegevens als gevoelige persoonsgegevens (gezondheidsgegevens) zullen binnen deze studie verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie.

Wanneer uw gegevens overgemaakt worden aan een land buiten de Europese Economische Ruimte (EER), dan zal U(Z) Gent nagaan of het land van bestemming een passend beschermingsniveau van de gegevens biedt. Wanneer dat land geen passende waarborgen biedt, zal U(Z) Gent bijvoorbeeld via modelovereenkomsten zelf passende waarborgen afdwingen. Hiervoor zal uw toestemming gevraagd worden in het toestemmingsformulier.

Wanneer de procedures en/of de verzamelde gegevens binnen de studie dienen gecontroleerd te worden door vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek of de bevoegde overheden, dan kunnen deze partijen toegang krijgen tot uw dossier. Deze personen zullen de vertrouwelijkheid niet schenden.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam. De Data Protection Officer kan u ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens (Katya Van Driessche, dpo@uzgent.be OF Hanne Elsen, privacy@ugent.be). Daarnaast heeft u het recht om een klacht in te dienen bij een toezichthoudende autoriteit. In België is dit de Gegevensbeschermingsautoriteit⁵.

Verzekering

Ook al achten we de kans zeer klein dat uw deelname aan dit interview enig letsel of schade kan veroorzaken, is het een standaardpraktijk dat dit onderzoek verzekerd wordt. De opdrachtgever voorziet daarom in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze studie. Daarom is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid⁶. Indien de onderzoeker van mening is dat er mogelijk een verband bestaat met de studie, zal hij/zij de aangifteprocedure bij de

⁴ Deze verwerking van uw gegevens gebeurt op basis van toestemming (zoals vermeld in GDPR, artikel 6, paragraaf 1(a)).

⁵ Contact Gegevensbeschermingsautoriteit: Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel – Tel +32 2 274 48 00 – mail: contact@apd-gba.be – website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

⁶ Conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik, de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen en de Belgische Wet van 15 juni 2022 betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek (Allianz Global Corporate & Specialty – polisnummer opdrachtgever UZ Gent BEL001889 – polisnummer opdrachtgever UGent BEL000862).

verzekering starten. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar. In het geval van onenigheid met de onderzoeker of met de door de verzekeringsmaatschappij aangestelde expert, kunnen u, of in geval van overlijden uw rechthebbenden, de verzekeraar rechtstreeks in België dagvaarden.

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DEELNEMERS

Referentienummer van de deelnemer	
-----------------------------------	--

Ik heb het document "Informatiebrief voor deelnemers aan een klinische studie" pagina 1 tot en met 8 gelezen en begrepen en ik heb een exemplaar ontvangen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een antwoord gekregen.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit een invloed zal hebben op mijn relatie met de onderzoeker. Ik begrijp dat ik kan aangeven of mijn reeds verzamelde gegevens verwijderd moeten worden.
Ik begrijp dat vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek of de bevoegde overheden mijn gegevens kunnen controleren. Deze personen zullen de vertrouwelijkheid niet schenden.
Ik ben mij ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door de relevante ethische commissies, waaronder de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent, en de Toetsingscommissie Ethiek van de Broeders van Liefde. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de Verklaring van Helsinki, die zijn opgesteld ter bescherming van mensen die aan onderzoek deelnemen. Het feit dat de studie is goedgekeurd betekent niet dat ik verplicht ben om deel te nemen.
Men heeft mij ingelicht dat persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens, worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van de studie. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor de huidige studie.
Ik ben mij ervan bewust dat mijn gepseudonimiseerde gegevens kunnen worden gebruikt voor toekomstig academisch onderzoek dat verenigbaar is met dit onderzoek. Elk nieuw onderzoek wordt steeds ingediend bij en goedgekeurd door een ethische commissie of Data Access Comité. Als ik niet wil dat mijn gegevens hergebruikt worden, kan ik dit op elk moment laten weten aan de onderzoeker van deze studie. Voor toekomstig gebruik voor commerciële doeleinden wordt altijd mijn expliciete toestemming gevraagd via een apart formulier. In rapporten of publicaties zullen mijn gegevens zodanig verwerkt worden dat ik niet herkenbaar ben. Ook bij openbaarmaking van (geanonimiseerde) datasets worden geen persoonsgegevens gedeeld. Mijn gegevens worden vertrouwelijk en beschermd behandeld.

Door het toestemmingsformulier te ondertekenen ga ik akkoord met deelname aan de studie die de volgende interventies omvat:

- Deelname aan een individueel semigestructureerd interview van ongeveer 45- 60 minuten;
- Het interview kan worden opgenomen via een versleuteld apparaat, zowel audio- als video-opnames, afhankelijk van het online of fysieke karakter van het gesprek. De opnames zijn uitsluitend toegankelijk voor de student-onderzoeker en worden enkel gebruikt voor het opstellen van een transcriptie.
- Transcriptie van het interview, gevolgd door pseudonimisatie, waarbij identificerende gegevens worden vervangen door neutrale codes;
- De koppeling tussen uw identiteit en het pseudoniem wordt apart en beveiligd bewaard, en is enkel toegankelijk voor de student-onderzoeker (Thyra Janssens);
- De gepseudonimiseerde transcripties kunnen worden gedeeld met de promotor (Olivier Colins) en begeleider (Jürgen Magerman), uitsluitend voor begeleiding van het wetenschappelijk proces;
- Beveiligde opslag van de opnames zolang als nodig is voor de verwerking van de studie, met verwijdering nadien. De gepseudonimiseerde transcripties worden 10 jaar bewaard op de beveiligde servers van UGent.
- Eventuele contactopname via e-mail om het interviewmoment af te spreken of een samenvatting van de resultaten te bezorgen (indien ik hierom vraag).

Voor meer informatie over deze studie of om uw rechten als deelnemer uit te oefenen, kunt u contact opnemen met het studieteam. Voor vragen over de bescherming van uw persoonsgegevens kunt u contact opnemen met de Data Protection Officer: Katya Van Driessche (dpo@uzgent.be) en Hanne Elsen (privacy@ugent.be)

Daarnaast heeft u het recht een klacht in te dienen bij een onafhankelijke toezichthoudende autoriteit. In België is dit de Gegevensbeschermingsautoriteit:

- Adres: Drukpersstraat 35, 1000 Brussel
- Telefoon: +32 2 274 48 00
- E-mail: contact@apd-gba.be
- Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

U kunt contact opnemen met deze autoriteit voor vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens in dit onderzoek

2 exemplaren dienen te worden vervolledigd. De onderzoeker dient een origineel te bewaren gedurende minstens 10 jaar, de deelnemer ontvangt ook een exemplaar.

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum

Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

*Door het toestemmingsformulier te ondertekenen als onderzoeker

- verklaar ik dat ik mondeling de nodige informatie over de studie (de aard, het doel en de te voorziene effecten) heb gegeven en dat de deelnemer een exemplaar van de informatiebrief en deelnameformulier heeft ontvangen.
- bevestig ik dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen deelnemen aan de studie en toon ik mijn bereidheid om op alle bijkomende vragen te antwoorden.

7.4 Bijlage 4: Topiclijst

TOPICLIJST – Interview masterproef: Beleving van veranderingsresistentie en chroniciteit in de chronische drughulpverlening

1. Inleiding vooraf aan het interview

• Doel interview

Dit interview maakt deel uit van mijn masterproef aan de Universiteit Gent. Het doel is om inzicht te krijgen in hoe jij als hulpverlener de veranderingsresistentie en chroniciteit bij cliënten in de chronische verslavingszorg ervaart, en wat de impact hiervan is op jouw dagelijkse werk, de therapeutische relatie en je emotioneel welzijn.

Er zijn geen goede of foute antwoorden, ik ben vooral benieuwd naar jouw ervaring in deze complexe en uitdagende zorgcontext.

• Informed consent

Ik wil bevestigen dat je geïnformeerd bent over de voorwaarden van dit interview en dat je vrijwillig deelneemt. Je kan op elk moment stoppen zonder gevolgen. Alles wat je zegt wordt vertrouwelijk behandeld en volledig geanonimiseerd.

2. Beleving van langdurige zorgtrajecten

- Hoe ervaar jij het werken met cliënten die langdurig in begeleiding zijn of herhaaldelijk terugvallen?
 - Wat maakt deze zorgtrajecten voor jou (emotioneel) uitdagend?
 - Wat maakt deze zorgtrajecten voor jou (emotioneel) waardevol?
- Hoe ga je om met cliënten die weinig motivatie tonen of herhaaldelijk afhaken?

2A. Visie op verslaving

- Wat is jouw algemene kijk op verslaving in het werk met cliënten?
- Wat is jouw visie op het ontstaan van een verslaving?
 - Welke factoren spelen volgens jou een rol in het ontstaan of onderhouden van verslaving?
- Op welke manier beïnvloedt jouw visie op verslaving hoe je met cliënten omgaat?
- Welke ideeën of overtuigingen kom je tegen bij collega's over verslaving?
- Wat betekent het voor jou als een cliënt worstelt met terugval of langdurig gebruik?

3. Perceptie van veranderingsresistentie

- Hoe zou jij 'veranderingsresistentie' omschrijven in de context van jouw werk?
 - In welke mate kom je dit tegen in je dagelijkse praktijk?
- Wat roept dat bij jou op, professioneel of persoonlijk?

- Heb je het gevoel dat er voldoende ruimte is om met deze weerstand om te gaan?

4. Quotes over stigma en stereotypering

Ik ga een paar uitspraken voorleggen die soms circuleren in de sector, of blijken uit literatuur. Ze dienen enkel om het gesprek open te trekken.

- Soms hoor je wel eens waaien van *‘eens een junk, altijd een junk’*
 - Kom jij zulke uitspraken of denkbeelden tegen?
 - Hoe kijk jij daar zelf naar?
 - Hoe ga jij daar zelf mee om?
- Wat denk je van de uitspraak: *Met alcohol komen ze terug op de been, maar met heroïne? No way.*
 - Kom jij zulke uitspraken of denkbeelden tegen?
 - Hoe kijk jij daar zelf naar?
 - Hoe ga jij daar zelf mee om?
- In sommige teams leeft soms het idee dat een herval betekent dat iemand gefaald heeft. *Na een maand clean en nu herval... het is precies alsof we terug bij af zijn.*
 - Als je dit hoort, wat is jouw visie hierop?
- Sommige collega's vertellen dat bepaalde uitspraken of houdingen op de werkvloer hun motivatie beïnvloeden.
 - Zijn er uitspraken of reacties die bij jou blijven hangen of iets oproepen?
- Als ik jou nu de uitspraak zou voorleggen: *Hij belooft vaak van alles, maar uiteindelijk gebeurt er niets.*
 - Kom jij zulke uitspraken of denkbeelden tegen?
 - Hoe kijk jij daar zelf naar?
 - Hoe ga jij daar zelf mee om?
- Daarnaast leg ik jou graag het voorbeeld voor: *“Als er middelengebruik is, willen sommige diensten hem niet.”*
 - Ben jij dit al tegengekomen in het werkveld?

4. Impact op zorghouding en werkrelatie

- In welke mate beïnvloedt de motivatie of veranderingsbereidheid van een cliënt jouw houding tegenover hem/haar/het?
 - Heb je soms het gevoel dat je je meer terugtrekt, of net harder gaat zorgen?

- Zijn er situaties waarin je moeite had om hoopvol of betrokken te blijven?
→ Wat hielp je toen, of wat had je nodig gehad?
- Wat zijn momenten waarop je wel hoop, verbinding of voldoening ervaart in langdurige trajecten?
- Wat helpt jou om in verbinding te blijven met cliënten in langdurige trajecten?
- Zijn er momenten waarop je het gevoel hebt dat de structuur of organisatie je beperkt in wat je zou willen betekenen voor cliënten?

5. Emotionele belasting en werkdruk

- Hoe zwaar ervaar jij dit werk, emotioneel of mentaal?
- Wat zijn voor jou de signalen van 'hulpmoetheid'?
→ Hoe ga je hiermee om, en waar vind je ondersteuning?
- Zijn er momenten waarop je je machteloos, moe of cynisch voelt?
→ En zo ja, op welke momenten dan?

6. Beleving van stigma (structureel en interpersoonlijk)

- Heb je het gevoel dat collega's of andere hulpverleners stigma hebben naar cliënten toe?
- Hoe merk je dat cliënten zelf stigma ervaren of internaliseren?
- Speelt maatschappelijk stigma (bijvoorbeeld beeldvorming in media of samenleving) een rol in jouw dagelijkse werk?
- Worden cliënten met middelenproblematiek volgens jou anders bekeken dan andere cliënten, bijvoorbeeld door collega's of artsen?
→ Op welke manier merk je dat cliënten met middelenproblematiek anders worden bekeken dan andere cliënten, en door wie of wat vooral
- Ervaar je soms druk om 'resultaat' te boeken met cliënten, en wat doet dat met je houding?
- Hoe ga jij om met collega's die negatief of afstandelijk staan tegenover deze doelgroep?

7. Ondersteuning, team en organisatie

- Wat helpt jou om professioneel betrokken te blijven, ook bij moeilijke trajecten?
- Welke rol spelen je collega's of team in het omgaan met weerstand of herval?
- Hoe ervaar jij de ruimte voor overleg, supervisie of reflectie in jouw setting?

- In welke mate is er volgens jou ruimte voor overleg, supervisie of reflectie in jouw team?
 - Welke mogelijkheden heb je in jouw setting om deel te nemen aan overleg, supervisie of reflectiemomenten?
- Wat mis je momenteel aan ondersteuning van je organisatie of leidinggevenden?

8. Coping en beschermende factoren

- Wat heb jij als hulpverlener nodig om betrokken en hoopvol te blijven in chronische zorgrelaties?
- Wat houdt jou gemotiveerd in dit werk, ondanks herval of weerstand bij cliënten?

9. Behoeften en aanbevelingen

- Zijn er dingen die je graag structureel anders zou zien in jouw directe werkomgeving?
- Hoe kan beleid of organisatie bijdragen om belemmeringen weg te werken?

10. Afronding

- Als je het in één zin zou samenvatten: wat heb jij nodig om op een hoopvolle manier te blijven zorgen in moeilijke trajecten?
- Wil je nog iets toevoegen dat we niet besproken hebben, maar dat volgens jou wél relevant is?

11. Afsluitende demografische vragen

(Indien nog niet spontaan besproken)

- Wat is je functie?
- In welke voorziening werk je?
- Hoe lang werk je al in de drughulpverlening?
- In welke type afdeling of doelgroep?
- Geslacht

7.5 Bijlage 5: COREQ-criteria

Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Tong, Sainsbury & Craig, 2007)

Onderstaande tabel geeft per COREQ-criterium een toelichting van hoe dit onderzoek hieraan heeft voldaan. De checklist werd gebruikt als leidraad doorheen alle fasen van het onderzoek om de kwaliteit, transparantie en betrouwbaarheid van de bevindingen te waarborgen.

Nr.	COREQ-item	Toelichting
Domein 1: Onderzoeksteam en reflexiviteit (items 1-8)		
1	Wie heeft de interviews afgenomen?	Thyra Janssens, masterstudente klinische orthopedagogiek en disability studies (UGent), laatste jaar.
2	Kwalificaties van de interviewer	Masterstudente met achtergrond in orthopedagogiek. Eerder bachelorproef geschreven (draaiboek, geen kwalitatief onderzoek). Geen eerdere ervaring met kwalitatief interviewonderzoek.
3	Ervaring en training van de interviewer	De interviewer beschikte over 8 maanden stage-ervaring in het MSOC Gent/Waasland, wat contextuele kennis van de verslavingszorg versterkte. Pilot-interviews werden afgenomen om de interviewtechniek bij te sturen. De eerste vier interviews werden doorgestuurd naar de begeleider (dhr. Magerman) om de onderzoekstechniek te evalueren en bij te sturen.
4	Relatie tussen onderzoeker en deelnemers	Strikt professioneel. Geen voorafgaande relatie of kennis. Eerste kennismaking vond plaats op het moment van het onderzoek.
5	Ervaringen en voorkennis van de onderzoeker	De onderzoeker heeft van nature interesse in stigma en verslavingszorg, versterkt door 8 maanden stage in het MSOC Gent/Waasland.

		Deze stage-ervaring bood contextuele kennis maar liep niet parallel met de brede ervaringswereld van de bevroegde hulpverleners.
6	Motivatie van de onderzoeker	Persoonlijke interesse in stigma, barrières en de beleving van hulpverleners in de verslavingszorg, aangewakkerd door stage-ervaring in het MSOC Gent/Waasland.
7	Kenmerken van de interviewer die data kunnen beïnvloeden	Als masterstudente zonder jarenlange beroepservaring konden subtiele beroepsculturele aspecten minder volledig zijn herkend. Dit risico werd beperkt via pilotinterviews, revisie van de topiclijst door de begeleider en terugkoppeling van de eerste transcripties.
8	Relatie tot het onderwerp	Persoonlijke en professionele affiniteit via stage-ervaring en academische interesse in stigma en herstelgerichte zorg.
Domein 2: Studieopzet (items 9-18)		
9	Theoretisch kader of methodologie	Kwalitatief onderzoek, geworteld in het symbolisch interactionisme. Semigestructureerde interviews als dataverzamelmethode. Thematische analyse volgens Braun en Clarke (2021).
10	Steekproeftrekking	Doelgerichte steekproef aangevuld met convenience sampling. Gestreefd naar maximum variation sampling op basis van functie, geslacht, leeftijd en anciënniteit, verspreid over vijf verslavingszorgsettings.

11	Methode van benadering	Organisaties gecontacteerd via e-mail en/of telefoon. Eerste communicatie via afdelingshoofden die intern doorstuurden.
12	Steekproefomvang	Negentien interviews afgenomen. Een respondent gaf na bevestiging geen gehoor meer en was niet aanwezig op de afgesproken dag. Geen andere weigeringen.
13	Non-participatie	Een potentiële deelnemer haakte af zonder verdere toelichting. Geen verdere non-participatie.
14	Setting van de interviews	Keuze van de deelnemer: 13 interviews fysiek op de werkplek, 1 interview bij de deelnemer thuis, 6 interviews online via een beveiligd videoplatform.
15	Aanwezigen tijdens het interview	Enkel de deelnemer en de onderzoeker. Geen derden aanwezig.
16	Duur van de interviews	Gemiddeld 45 tot 60 minuten. De vooropgestelde tijdsduur werd nooit overschreden.
17	Datasaturatie	Thematische saturatie werd bereikt na het twaalfde à veertiende interview. Na dit punt leverden nieuwe interviews geen nieuwe codes of thema's op. De aanvullende interviews bij De Kiem, die later in het dataverzamelingsproces werden afgenomen, bevestigden deze saturatie: geen nieuwe thema's of subthema's kwamen naar voren. Saturatie werd vastgesteld op basis van het iteratieve coderingsproces, waarbij na elke twee interviews de codes werden samengevoegd en geëvalueerd op

		nieuwheid ten opzichte van het bestaande codeboek.
18	Terugkoppeling van transcripties	Transcripties werden niet teruggekoppeld aan deelnemers. Whisper AI maakte de transcriptie aan; nadien las de onderzoeker lijn per lijn na aan de hand van het audio- of videobestand om fouten te corrigeren.
Domein 3: Analyse en bevindingen (items 19-32)		
19	Codering - door hoeveel personen?	Uitsluitend door de hoofdonderzoeker (Thyra Janssens). De begeleider (dhr. Magerman) las de eerste vier interviews mee en gaf suggesties bij de eerste analyse. Geen formele tweede coder.
20	Beschrijving van de codeerboom	Iteratief codeboek in Excel. Per interview lijn-voor-lijn gecodeerd (circa 15.000 individuele gecodeerde eenheden). Per interview werd handmatig een kapstok opgesteld met de belangrijkste hoofdthema's. Na elke twee interviews werden de kapstokken handmatig samengevoegd en codes geclusterd tot overkoepelende thema's.
21	Bepaling van themas	Combinatie van inductief en deductief. Codes kwamen primair uit de data (inductief). Bestaande literatuur over stigma, therapeutische relaties en veranderingsresistentie fungeerde als sensitizing framework (deductief kader).
22	Gebruik van software	Geen gespecialiseerde software Codering en analyse handmatig uitgevoerd in Excel en Word.

23	Deelnemers en bevindingen	Deelnemers hebben de bevindingen niet geverifieerd voor publicatie. Na definitieve indiening van de masterproef ontvangen alle deelnemers een exemplaar van de thesis.
24	Citaten ter illustratie	Ja. Representatieve citaten worden in de resultaten gebruikt om bevindingen te illustreren en te verankeren in de data.
25	Consistentie tussen data en bevindingen	Ja. Bevindingen werden systematisch teruggekoppeld aan de data via lijn-voor-lijn codering, iteratief codeboek en thematische kapstokken per interview.
26	Duidelijkheid van de hoofdthema's	Zeven hoofdthema's geïdentificeerd en helder beschreven, elk met bijhorende subthema's en representatieve citaten.
27	Diversiteit van de data	De steekproef omvatte negentien hulpverleners uit vijf verslavingszorgsettings met verschillende werkvisies en cliëntpopulaties. Variatie werd nagestreefd op de volgende kenmerken: functie (verpleegkundige, psychosociaal begeleider, coördinator, psycholoog, ergotherapeut, casemanager, psychiater, arts, zorgkundige en maatschappelijk werker), geslacht, leeftijd (22 tot 65 jaar) en anciënniteit in de verslavingszorg (1,5 tot 35 jaar werkervaring). Zie bijlage 6.
28	Afwijkende gevallen	Afwijkende perspectieven werden waar relevant benoemd, onder meer rond de term veranderingsresistentie en de variabele beschikbaarheid van teamondersteuning tussen settings.

29	Kritische evaluatie door externe onderzoeker	Onderzoekerstriangulatie werd gerealiseerd via structureel overleg met de begeleider (dhr. Jürgen Magerman, expert in verslavingszorgonderzoek). De begeleider las de eerste vier interviews mee om de onderzoekstechniek te evalueren, gaf suggesties bij de eerste analyse van de resultaten om bepaalde patronen verder uit te diepen, en voerde doorheen het analyseproces regelmatig overleg met de onderzoeker over methodologische keuzes en thematische ontwikkeling. Er was geen tweede coder die onafhankelijk van de hoofdonderzoeker codeerde.
30	Externe audit	Geen externe audit uitgevoerd.
31	Ethische overwegingen	Ethische goedkeuring van drie commissies: Broeders van Liefde, UZ Gent (THE-2025-0247), en aanvullend voor De Kiem (THE-2025-0247 AM1). Vertrouwelijkheid via pseudonimisering en beveiligde opslag conform het Data Management Plan.
32	Informed consent	Schriftelijke informed consent verkregen van alle deelnemers. Het document werd enkele dagen voor het interview toegestuurd en aan het begin van elk interview grondig doorlopen alvorens de deelnemer tekende.

7.6 Bijlage 6: Gepseudonimiseerde participantentabel

code deelnemer	geslacht	leeftijdscategor	functie	code voorziening	jaren ervaring
H01	M	30-39	psychosociaal begeleider	1	12
H02	M	40-49	coördinator	1	22
H03	V	20-29	psychosociaal begeleider	1	3
H04	V	40-49	coördinator	1	19
H05	V	30-39	casemanager	2	19
H06	V	20-29	verpleegkundige	3	2,5
H07	M	50-59	ergotherapeut	4	28
H08	V	30-39	afdelingspsychologe	4	8
H09	V	40-49	zorgkundige	4	2
H10	V	60-69	zorgkundige	4	35
H11	M	50-59	arts	1	29
H12	V	40-49	casemanager	2	27
H13	M	30-39	verpleegkundige	3	12
H14	V	40-49	verpleegkundige	3	22
H15	V	30-39	arts/psychiater	3	8
H16	V	30-36	arts/psychiater	3	8
H17	M	30-36	verpleegkundige	5	6
H18	V	20-29	maatschappelijk werkster	5	9
H19	V	20-29	psychosociaal begeleider	5	1,5