

Een groot deel van de jongeren waarvan de behandeling voor hun drugsverslaving is afgerond, vallen terug in gebruik.

Zorg na klinische behandeling voor middelengebruik binnen zorggroep Z

Student:	Thijn van den Berg
School:	Fontys Hogescholen Sociale Studies
Klas:	4VV02
Studentnummer:	2211048
Minor:	Licht verstandelijke beperking
Docent:	M. Stortelder
Datum :	18 augustus 2017
Toetscode:	56V4L-AFOZ
Toetsnaam:	Tweedeaanbod- 4VV02-2211048

Samenvatting

Het onderzoek wat voor u ligt is uitgevoerd binnen zorggroep Z. Binnen deze zorggroep woont een diverse doelgroep variërend binnen de leeftijd van 14 tot en met 65 jaar. Naast een grote span wat betreft leeftijd is er dezelfde variatie aan persoonlijkheden. Zorggroep Z biedt plaats aan 70 personen om beschermd te wonen. Binnen deze zorggroep zijn er meerdere locaties waar een persoon kan wonen. Dit zijn wonen op een groot kloosterhuis, binnen een van de gezinshuizen of individueel begeleid. Naast een ruime variatie aan individuen en woonmogelijkheden biedt zorggroep Z een thuis aan mensen met verschillende psychiatrische of persoonlijke problemen. Daarbij wordt als eerste gekeken naar het individu en gewerkt vanuit ontspanning bij de bewoners. Vanuit deze ontspanning wordt samen met de cliënt gekeken naar hoe het leven zo zinvol mogelijk in te kleden. Hierbij wordt ingezet op de eigen regie bij de cliënt, met ondersteuning van de hulpverlener waar nodig. Dit alles binnen de visie van de participatiewet.

Binnen deze zorggroep wordt gezien dat de doelgroep jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) geregeld in aanraking komt met drugs, anders genoemd verslavende middelen. Daarvoor zijn verschillende behandelinstellingen binnen de keten van zorg, maar binnen zorggroep Z wordt gezien dat na behandeling jongeren snel terugvallen in gebruik. De onderzoeker, tevens werknemer van zorggroep Z, is benieuwd of er een mogelijkheid is om de zorg rond deze jongeren te verbeteren waardoor gebruik wordt beperkt. Onderzocht is welke interventies medewerkers van zorggroep Z kunnen inzetten om jongeren die bekend zijn met drugsgebruik beter te begeleiden.

Door gebruik van bestaand werk, theorieën, ontwikkelde methodieken en interviews wordt gezocht naar een antwoord op deze vraag. Vanuit de resultaten die de interviews hebben opgeleverd gekoppeld aan theoretische inzichten worden aanbevelingen gedaan voor de beroepspraktijk

Uit de resultaten, conclusie en aanbevelingen is gebleken dat zorggroep 't Zicht grote behoefte heeft aan meer kennis en vaardigheden als het gaat om de begeleiding van jongeren met een LVB en verslavingsproblematiek. Daarbij is het ook van belang dat er een nauwe samenwerking komt met instellingen voor verslavingszorg in de regio.

Een van de aanbevelingen die door de onderzoeker is gedaan is om een projectgroep op te zetten binnen zorggroep Z ter verbetering van de samenwerking met ketenpartners binnen de verslavingszorg. Deze projectgroep heeft binnen bepaalde kaders vrijheden om dit naar eigen inzichten in te kleden. Deze samenwerking heeft enerzijds als doel om de deskundigheid van het personeel van zorggroep Z te bevorderen. Anderzijds is het doel een nauwere samenwerking rondom casuïstiek.

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek uitgevoerd binnen de opleiding sociale studies aan Fontys hogeschool te Eindhoven. Dit afstudeeronderzoek Het afstudeer is de laatste opdracht voor ik mij bachelor of social work mag noemen.

Dit onderzoek is het afgelopen jaar tot stand gekomen naar aanleiding van mijn eerder doorlopen stageperiode binnen zorggroep Z. Tijdens mijn stage heb ik meerdere gesprekken gevoerd met collega's over het drugsgebruik van een aantal jongeren op de groep. Daarbij viel het op dat een groot deel van de jongeren die drugs gebruikte gediagnosticeerd zijn met een LVB. Een aantal jongeren daarvan waren destijds in behandeling geweest om aan hun drugsverslaving te werken. Echter, zij zijn teruggevallen in oude patronen en daarmee in gebruik.

Dit onderzoek richt zich op de nazorg van jongeren met een LVB die zich in hebben gezet tijdens een klinische behandeling om te gaan met hun gebruik. Er wordt in dit onderzoek gekeken naar de rol van de professional. Gekeken is naar waar de professional tegen aan loopt in de begeleiding en hoe de nazorg intern in te kleden.

Alvorens u dit onderzoek gaat lezen, wil ik eerst zorggroep Z bedanken voor de stageperiode die ik daar heb mogen doorlopen en het uitvoeren van mijn onderzoek binnen de zorggroep. Daarvoor wil ik speciaal de directeurs van zorggroep Z bedanken voor de vrijheid die mij is gegeven voor de uitvoering van het onderzoek. Mijn dank gaat ook uit naar de respondenten die de tijd vrij hebben gemaakt om bij te dragen aan dit onderzoek. Daarnaast wil ook alle collega professionals bedanken die mij tijdens dit onderzoek geholpen hebben. Tot slot gaat mijn dank uit naar de docenten binnen Fontys Hogescholen Sociale Studies die mijn werk geregeld van mondelinge en schriftelijke feedback hebben voorzien en mij hebben bijgestaan in het onderzoeksproces.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Voorwoord	2
Inleiding.....	4
Hoofdstuk 1: Context en Probleemschets.....	5
Probleemanalyse	5
Probleemstelling.....	11
Verificatie	11
Onderzoeksdoelstelling.....	11
Hoofdvraag en deelvragen	12
Begripsafbakening	12
Hoofdstuk 2 theoretisch kader.....	14
Hoofdstuk 3: Methodologie	20
Onderzoekspopulatie en steekproef.....	20
Dataverzamelmethode	21
Het meetinstrument.....	22
Betrouwbaarheid en validiteit.....	23
Data-analyse.....	24
Hoofdstuk 4: Resultaten.....	25
Deelvraag 1.....	25
Deelvraag 2.....	27
Deelvraag 3.....	30
Hoofdstuk 5: Conclusie.....	33
Hoofdvraag.....	33
Aanbevelingen.....	35
Hoofdstuk 6: Discussie	37
Betekenis en bruikbaarheid	37
Betrouwbaarheid en validiteit.....	37
Sterkte en zwakte analyse.....	38
Bibliografie	40
Bijlage: Topiclijst.....	45
Bijlage: Informed consent	47
Bijlage: Codeboom	49

Inleiding

Binnen dit onderzoek heeft de onderzoeker zich verdiept in jongeren met een licht verstandelijke beperking die naast deze beperking ook gebruik maken van of verslaafd zijn aan drugs. Hierbij heeft de onderzoeker zich gericht op de zorg binnen zorggroep Z. Zorggroep Z biedt een thuis aan mensen van verschillende leeftijden en gediagnosticeerd met verschillende problematiek. Daarbij is een aanzienlijk deel van de mensen in zorg bij zorggroep Z gediagnosticeerd met een licht verstandelijke beperking. Daarbij moet de kanttekening gemaakt worden dat zorggroep geen behandeling biedt, maar een thuis aan kwetsbare mensen. Daarbij is er 24 uur per dag begeleiding aanwezig die deze mensen kan ondersteunen op verschillende leefgebieden. In dit onderzoek gaat de onderzoeker op zoek naar manieren om de doelgroep jongeren met een licht verstandelijke beperking en verslaving aan middelen te begeleiden zodat na behandeling voor de verslaving de kans op terugval zo klein mogelijk is.

In het eerste hoofdstuk van dit onderzoek staat de probleemanalyse. Hierin wordt beschreven hoe het probleem een rol speelt en wat hiervan de invloeden zijn vanuit macro-, meso- en microniveau. Uit deze probleemanalyse vloeit een probleemstelling. Dit is een samenvatting van de punten die eerder zijn besproken in de probleemanalyse. De probleemstelling wordt gevolgd door de onderzoeksdoelstelling, waarin het doel van het onderzoek staat beschreven. Hoofdstuk 1 bevat verder de geformuleerde hoofd- en deelvragen voor dit onderzoek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de begripsafbakening van de begrippen in de hoofd- en deelvragen.

Hoofdstuk 2 bestaat uit het theoretisch kader. Hierin worden verschillende wetenschappelijke bronnen geraadpleegd met als doel theoretisch inzicht te verkrijgen in het probleem eerder gesteld. Door de onderzoeker wordt gezocht naar eerder gedane onderzoeken of relevante theorieën die een invalshoek kunnen bieden. Het theoretisch kader is verder in dit onderzoek leidend voor de topic lijst. Deze lijst is gemaakt om richting te geven aan het interview en is tot stand gekomen naar aanleiding van de eerste drie hoofdstukken.

In het derde hoofdstuk staat de methodologie centraal. Hierin wordt beschreven welke onderzoekspopulatie is gebruikt voor het onderzoek en met welk soort steekproef is gewerkt. De steekproef is het aantal en soort respondenten wat is geïnterviewd ten behoeve van het verkrijgen van data. Verder wordt in hoofdstuk 3 de manier van dataverzameling, het meetinstrument en de data-analyse besproken.

Hoofdstuk 4 geeft op een overzichtelijke wijze de verzamelde data weer. Tijdens het schrijven van hoofdstuk vier heeft de onderzoeker de data verzameld en geanalyseerd zoals beschreven in hoofdstuk 3. Daaruit is een codeboom ontstaan. Deze codeboom geeft richting aan de invulling van het vierde hoofdstuk. Per deelvraag zijn de antwoorden van de respondenten verwerkt met hulp van de codeboom. De codeboom is terug te vinden in de bijlage van dit onderzoek.

Hoofdstuk 5 richt zich op de conclusie bij de in hoofdstuk 1 gestelde hoofdvraag. De antwoorden van de respondenten en daaruit voortgekomen resultaten gecombineerd met eerder beschreven theorie vormen de basis voor de conclusie. Verder worden er in dit hoofdstuk aanbevelingen gedaan ter verbetering van de zorg gericht op het eerder gestelde onderzoeksdoel.

Tot slot is in hoofdstuk 6 de discussie te vinden. Hierin wordt beschreven hoe de conclusie zich verhoudt tot het in hoofdstuk 1 gestelde probleem. Daarnaast wordt gekeken naar de praktische bruikbaarheid en wordt een sterke en zwakte analyse gemaakt over het onderzoek.

Hoofdstuk 1: Context en Probleemschets

Binnen dit onderzoek bestaat het eerste hoofdstuk uit de context en de probleemschets. In paragraaf 1.1 wordt de probleemanalyse uiteengezet. De probleemanalyse analyseert het probleem op verschillende niveaus met literaire onderbouwing. De niveaus die aan bod komen zijn het macro niveau (gedoogbeleid en participatiemaatschappij), mesoniveau (de behandeling en de open instelling) en het microniveau (de licht verstandelijke beperking). In paragraaf 1.2 staat de probleemstelling naar aanleiding van de eerdere probleemanalyse. De probleemstelling is de samenvatting van het probleem zoals uiteengezet in de probleemanalyse. Daarbij staat ook de verificatie van het probleem door het werkveld. In paragraaf 1.3 is de onderzoeksdoelstelling geformuleerd, met andere woorden wat het doel van dit onderzoek is. In paragraaf 1.4 is de hoofdvraag met de daarbij behorende deelvragen te vinden. Paragraaf 1.5 is tot slot ingeruimd voor de begripsafbakening binnen het onderzoek.

Probleemanalyse

Dit onderzoek vangt aan met het neerzetten van de probleemanalyse. Het probleem wordt geanalyseerd op drie onderdelen. De drie onderdelen zijn het probleem op micro-, meso- en macroniveau zoals hierboven beschreven. De drie niveaus worden met elkaar verbonden door te benoemen hoe aspecten van bijvoorbeeld het macroniveau het mesoniveau beïnvloeden. Met andere woorden hoe het probleem op macroniveau het probleem op mesoniveau en op microniveau beïnvloedt en wat dat inhoudt voor de doelgroep. De probleemanalyse wordt volgens de volgorde marco-, meso-, microniveau geschreven.

Macroniveau

Participatiemaatschappij

In 2015 is in Nederland de overgang ingezet van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. Binnen deze participatiesamenleving wordt uitgegaan van de eigen kracht van een burger. De burger laten doen wat hij wel kan en ondersteunen bij wat niet lukt, staat in de zorg centraal. (Movisie, 2015). Het inzetten op en vergroten van de eigen kracht van de burger wordt helder omschreven door Tine van Regenmortel (2008). Van Regenmortel (2008) richt zich op de krachtgerichte zorg en daarmee op de versterking van maatschappelijk kwetsbare groepen. Binnen empowerment draait het om drie essentiële aspecten. Allereerst is er het individuele aspect, waarbij het gaat om het aanspreken van eigen kwaliteiten, ontwikkelen van vaardigheden en een toename van het zelfbewustzijn en het zelfvertrouwen. Zelfbewustzijn heeft te maken met inzicht in wat een burger wel kan en waar hij hulp bij nodig heeft. Het zelfvertrouwen helpt de burger hulp en ondersteuning te vragen bij dingen die moeilijk zijn (van Regenmortel, 2008). Verder stelt Van Regenmortel (2008) dat er op collectief vlak krachtbronnen in de eigen omgeving moeten worden aangeboord. Deze bronnen kunnen gezocht worden bij familie, vrienden en burens, maar ook bij religieuze en spirituele groepen of lotgenoten. Tot slot richt van Regenmortel (2008) zich op de politiek. Het politieke aspect is volgens van Regenmortel (2008) essentieel, omdat hiermee een groter

publiek wordt bereikt. De voorgaande twee aspecten moeten leiden tot een afname van vooroordelen, stigmatisering en toegang bieden tot hulpbronnen en voorzieningen. Er moet kracht geboden worden om veranderingen door te voeren op een platform dat groter is dan het individu en zijn netwerk.

In de overgang van de verzorgingsstaat naar de participatiemaatschappij ligt een gevaar op de loer voor de doelgroep mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Wat namelijk veel voorkomt binnen deze doelgroep is dat zij zich verbaal naar maatschappelijke norm kunnen uitdrukken, maar dat zij daardoor door anderen overschat worden in het zelf organiserend vermogen. Dit gaat gepaard met overschreeuwen van zichzelf en daarbij het laten zien van sociaal wenselijk gedrag. Mensen met een LVB willen graag volledig meedraaien in de samenleving. In de visie van de participatiemaatschappij zal deze burger ook zoveel mogelijk zelf moeten doen. Door overschreeuwen van zichzelf is het gevaar dat deze personen te veel zelfstandig moeten doen, waardoor overvraging van de maatschappij een grote rol kan gaan spelen (NJI, 2012).

Binnen de participatiemaatschappij zijn er drie veranderingen in wetgeving waar mensen met een licht verstandelijke beperking direct mee krijgen te maken. Achtereenvolgens zijn dit te weten: de Wet Werken Naar Vermogen (WWNV), de verschuiving van de Algemene Wet Bijzondere Zorg (AWBZ), naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de aanpassingen in de Zorg Zwaarte Pakketten, afgekort ZZP of ZZP indicaties (Riemersma & Dijkstra, 2013). Riemersma en Dijkstra (2013) hebben onderzoek gedaan naar wat de invoering van de participatiesamenleving voor gevolgen heeft voor de doelgroep mensen met een LVB. Daarbij keken zij naar verschillende aspecten binnen de samenleving, zoals: vrije tijd, wonen, werken en scholing. In het onderzoek van Riemersma & Dijkstra (2013) wordt geconcludeerd dat de drie eerder genoemde maatregelen zowel kansen als bedreigingen met zich mee brengen. Zo is maatschappelijke participatie niet voor alle mensen met een LVB weggelegd. Dit wordt in het theoretisch kader nader toegelicht. Daarnaast wordt door Riemstra & Dijkstra (2013) bij de verschuiving van AWBZ naar WMO de kanttekening geplaatst dat er binnen gemeentes te weinig kennis is om mensen met een LVB op maat te bedienen. Bakker et al. (2014) concluderen, naar aanleiding van onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) nagenoeg hetzelfde. Bakker et al. (2014) concluderen daarnaast dat jongeren met een LVB kansen hebben op de arbeidsmarkt en daarmee ook op maatschappelijke participatie naar vermogen. Daar is echter voldoende kennis, ondersteuning en vroegtijdige signalering voor nodig. Jongeren met een LVB in combinatie met problematisch middelengebruik, gedragsproblematiek, ADHD, depressie of angststoornissen of andere psychiatrische stoornissen vallen buiten de groep die te begeleiden is tot maatschappelijke participatie naar vermogen (Bakker, Pickles, de Wit, Borghouts-van de Pas, & Peters, 2014). In de geest van maatschappelijke participatie naar vermogen en de omschakeling van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving wordt steeds meer gekeken naar woonvormen met een open karakter. Dit zijn woonvormen waarbij de jongeren zo veel mogelijk gestimuleerd worden hun leven in de maatschappij te leven met de bescherming van de beschermde woonvorm (Sinke, 2014).

De verschuiving van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving brengt dus veel veranderingen met zich mee. Daarbij komen jongeren met een LVB zoveel mogelijk in de maatschappij te staan.

Eenzijds heeft dit de positieve kant van maatschappelijke betrokkenheid van deze jongeren. Aan de

andere kant liggen er voor deze jongeren ook gevaren op de loer. Naast de gevaren die eerder zijn benoemd, veroorzaakt door de verschuiving van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving, zitten er ook gevaren in het huidige gedoogbeleid. Deze gevaren worden hieronder toegelicht.

Gedoogbeleid

In Nederland is er sprake van een gedoogbeleid voor het gebruik en bezit van softdrugs. De Rijksoverheid (ZJ) stelt dat het gebruik van softdrugs minder schadelijk is voor de gezondheid dan het gebruik van harddrugs. Daarom gelden voor softdrugs andere regels. Onder het gedoogbeleid valt dat coffeeshops onder strenge voorwaarden hasj en wiet mogen verkopen en daarvoor niet strafrechtelijk worden vervolgd. Personen worden niet strafrechtelijk vervolgd door het Openbaar Ministerie wanneer zij maximaal vijf gram hasj of wiet bij zich hebben en maximaal vijf hennepplanten in bezit hebben (Rijksoverheid, ZJ).

Het gedoogbeleid zorgt ervoor dat wiet vrij te verkrijgen is vanaf de leeftijd van 18 jaar. Dit betekent dat ook iemand met een LVB de middelen wiet en hasj tot zijn beschikking heeft vanaf 18 jaar. Het gebruik van hasj of wiet zorgt ervoor dat de gebruiker onder andere vrolijk, zorgeloos en ontspannen wordt en een ander gevoel van tijd en ruimte ervaart (Jellinek, 2015). Deze positieve effecten kunnen er bij de gebruiker voor zorgen dat deze even uit de realiteit ontsnapt. Een overvraagde jongere met een LVB zou dit middel kunnen aangrijpen om uit de maatschappij, waar de verwachtingen naar zijn persoon te hoog zijn, te ontsnappen (Trimbos-instituut, 2015).

De combinatie van een participatiesamenleving en het gedoogbeleid zorgt voor een grote risicofactor voor mensen met een licht verstandelijke beperking. In deze participatiesamenleving, waar het gedoogbeleid van kracht is, zijn deze mensen actief in een samenleving waar de mogelijkheid tot directe behoeftebevrediging naar hasj en wiet beschikbaar is. Door het gedoogbeleid wordt de mogelijkheid aan personen van achttien jaar en ouder geboden wiet en hasj vrij te verkrijgen in Nederland. Hierbij worden de personen niet gecontroleerd op sociale emotionele vermogens of psychische achtergrond (Rijksoverheid, 2009). Dat maakt dat deze combinatie een risicovolle combinatie is voor mensen met een licht verstandelijke beperking (van der Weiden, 2007). Daarbij zorgt de participatiesamenleving voor een steeds grotere vraag naar open instellingen. Binnen deze open instellingen hebben de werknemers minder mogelijkheden om het gebruik van middelen tegen te houden. Dit wordt verder uitgediept op meso niveau.

Mesoniveau

Behandeling van drugsproblematiek

Binnen de verslavingszorg zijn verschillende behandelingen voor drugsverslavingen te vinden. Behandeling van drugsproblematiek kan zowel intern binnen een opname plaatsvinden als via een dagbehandeling (Trimbos-instituut, 2015). Daarbinnen vallen nog vele tussenvormen die per cliënt individueel besproken kunnen worden. Binnen de behandeling van een interne opname blijft de cliënt wonen binnen de instelling. Binnen de dagbehandeling slaapt de cliënt in zijn eigen omgeving, maar volgt de cliënt overdag therapie bij de instelling. Een tussenvorm van deze dagbehandeling kan een

behandeling zijn van een interne opname van drie dagen. Na deze drie dagen gaat de cliënt twee dagen thuis oefenen met de geleerde handvaten om van zijn verslaving af te komen. Vervolgens keert de cliënt weer voor drie dagen terug naar de kliniek. Zo herhaalt dit programma zich enkele malen (van Zon, 2016).

Interventies die specifiek op mensen met een licht verstandelijke beperking zijn gericht zijn gering. Binnen verschillende organisaties bestaat een aantal interventies of bejegeningsmethoden. De multisysteemtherapie, functional family therapy en So Cool zijn voorbeelden van beschikbare interventies en bejegeningsmogelijkheden voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Deze methodieken worden later in het theoretisch kader verder uitgediept. Speciaal voor volwassenen is er de cognitieve vaardigheidentraining plus, afgekort als CoVa+ (Kaal & Tumpene, 2013). Door van Uiter-Levy (2010) wordt gesteld dat Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), een goede optie kan zijn bij het behandelen van een verslaving. Echter, resultaten om deze aanname te bevestigen zijn onvoldoende aanwezig. Het experiment met het gebruik van EMDR bij mensen met een verslaving is tot op het moment van schrijven op elf mensen uitgevoerd, waarvan twee met een licht verstandelijke beperking (van Uiter-Levy, 2013). Omdat deze methodiek nog te weinig is onderzocht, wordt deze niet meegenomen in het theoretisch kader.

De module 'nazorg binnen de verslavingszorg' is ontwikkeld voor de periode na een deeltijdopname of klinische opname van een cliënt binnen de verslavingszorg. Binnen deze nazorg staat het geleidelijk afnemen van de zorg centraal. In de ideale situatie wordt de zorg stapsgewijs afgebouwd en overgedragen aan de leefomgeving van de cliënt. Deze stapsgewijze overdracht mist bij veel zorginstanties sinds de invoering van de participatiewet. De zorginstanties krijgen minder budget om een cliënt te behandelen. Wanneer de behandeling is afgerond is het zaak de cliënt zo snel mogelijk uit zorg te krijgen (Schrijvers, 2012). Uit onderzoek is gebleken dat de vorm en setting van de nazorg niet veel uitmaakt. Deze module nazorg kan goede resultaten met zich meebrengen en de behandeling verankeren in het doen en laten van de cliënt. Daarbij is het noodzakelijk dat er een goede overdracht plaatsvindt tussen de behandelinstelling en de leefomgeving of woonvorm. Ook zal de hulpverlening rondom de cliënt na de behandeling een actieve rol moeten aannemen in het voorkomen van een terugval (Buisman, 2007).

De open instelling

Binnen zorggroep Z is niet eerder onderzoek verricht naar het gebruik van drugs binnen de doelgroep mensen met een licht verstandelijke beperking tussen de 18 en 65 jaar. Daaruit blijkt dat de kennis zich vooral beperkt tot wat er is geleerd in de verschillende opleidingen van medewerkers. Verder wordt er binnen zorggroep Z een preventie avond aangeboden. Deze preventieavond vindt één maal in de twee weken plaats. Verder krijgt zorggroep Z ook te maken met de eerder beschreven bezuinigingen binnen de zorg. Daarmee krijgt zorggroep Z te maken met cliënten die bij een verslavingsbehandelaar uitbehandeld zijn en zo snel mogelijk terug moeten naar de woonvorm. De tijd van nazorg is daarbij minimaal, aangezien de cliënt niet meer bij de behandelaar in behandeling is.

Met andere woorden: de cliënt is uitbehandeld en krijgt in het beste geval slechts nog een aantal nazorg gesprekken. De verdere nazorg voor deze cliënt komt in handen te liggen van zorggroep Z.

Uit eerder verricht onderzoek komen meerdere aanbevelingen naar voren. De Vries en Janssen (2008) stellen dat urine- en speekselcontroles structureel moeten worden afgenomen door verpleegkundigen op locatie. Daarnaast stellen de Vries en Janssen (2008) dat er sancties dienen te worden ingevoerd bij een overtreding van het gebruik van drugs door de doelgroep. Verder moet een nachtportier steekproefsgewijs cliënten controleren bij het betreden van de instelling (de Vries & Janssen, 2008). Ossenblok (2015) stelt dat het structureel aangaan van gesprekken met jongeren die drugs gebruiken het gebruik kan monitoren en zo verslaving kan worden voorkomen. Ook stelt Ossenblok (2015) dat er een preventiebijeenkomst kan worden ingevoerd en het netwerk bij de preventie kan worden betrokken. De interventies die hierboven zijn genoemd, zijn op het moment van schrijven reeds ingevoerd binnen zorggroep Z. Ondanks deze maatregelen, blijft de tendens zich voordoen dat jongeren met een licht verstandelijke beperking terugvallen in gebruik van middelen zodra de externe behandeling is afgerond (Hammink, Schrijvers, & van de Mheen, 2014).

De open woonvorm die zorggroep Z biedt, valt binnen de gedachte van de eerder beschreven participatiesamenleving. Bij zorggroep Z wordt samenwerking gezocht met verschillende instanties en partijen zodat de bewoners zoveel mogelijk participeren in de maatschappij. Daarbij komt het gevaar van het gedoogbeleid om de hoek kijken, zoals beschreven in de probleemstelling op macro niveau. De open setting die zorggroep Z biedt, brengt zowel de vrijheid en aansluiting bij de samenleving als de gevaren van de samenleving met zich mee. Binnen de ontwikkeling van de participatiesamenleving bieden woonvormen als zorggroep Z een thuis voor mensen met een licht verstandelijke beperking. De aspecten die een gevaar vormen voor het individu met een licht verstandelijke beperking worden uiteengezet in de analyse van het probleem op microniveau.

Microniveau

Een licht verstandelijke beperking

Binnen de DSM V wordt onderscheid gemaakt tussen drie domeinen binnen een licht verstandelijke beperking (Kaldenback, 2015). Deze drie domeinen zijn: het conceptuele domein, het sociale domein en het praktische domein. Binnen het conceptuele domein spelen problemen met het beoordelen van nieuwe situaties, problemen oplossen en het werven van praktische kennis een rol. Binnen het sociale domein doen problemen zich voor in het beseffen van gedachten, empathie, herkennen van gevoelens, communicatieve vaardigheden en het vermogen sociaal te oordelen. Problemen binnen het praktische domein richten zich op het leervermogen en het handelen in levenssituaties. Onder deze levenssituaties vallen zelfzorg, verantwoordelijkheid voor een baan, opleiding, op orde hebben van financiën, invulling van vrije tijd, taken en gedrag (Kaldenback, 2015).

Mensen met een LVB zijn te herkennen aan een lager sociaal emotioneel niveau. Mensen met een licht verstandelijke beperking vinden het moeilijk om emoties te ordenen. De basale emoties zijn ontwikkeld, maar deze zijn voor mensen met een licht verstandelijke beperking moeilijk te onderscheiden. Verder is het voor deze mensen lastig om oorzaak en gevolg te overzien. Dit leidt

vaak tot ondoordacht gedrag, waarbij de gevolgen van het gedrag als een verrassing komen. Ook richten mensen met een licht verstandelijke beperking zich op directe behoeftebevrediging. In een voorbeeld van zucht naar hasj of wiet, zal deze direct moeten worden voldaan door bijvoorbeeld te blowen (NJI, 2012). Een afwijkende sociale informatieverwerking staat bij mensen met een licht verstandelijke beperking op de voorgrond. De beoordeling van sociale situaties verloopt niet zoals bij mensen zonder LVB. Gewoonlijk wordt een situatie beoordeeld en volgt hier gepast sociaal gedrag op. Echter bij mensen met een licht verstandelijke beperking volgt vaak agressief of juist passief gedrag. Dat is de reden waarom er vaak een afwijzing volgt door leeftijdsgenoten. Oplossing voor de afwijzing is het zoeken naar mensen waarbij de persoon met de licht verstandelijke beperking aansluiting vindt (NJI, 2012). Deze personen worden vaak gevonden in het criminele circuit of in een circuit waar drugsgebruik centraal staat. Daardoor zijn mensen met een licht verstandelijke beperking geregeld terug te vinden met een drugsverslaving, binnen criminele circuits (Kaal & Tumpane, 2013). Kenmerken die daarnaast nog aansluiten bij mensen met een licht verstandelijke beperking zijn: een beperkte impulscontrole, een minder ontwikkeld geweten, moeite met sociale relaties, moeite met uiten van emoties, een laag zelfbeeld, moeite met generaliseren van informatie en een beperkt werkgeheugen (Kaal & Tumpane, 2013). Er zijn nog meer kenmerken van mensen met een licht verstandelijke beperking, maar dit zijn de belangrijkste kenmerken voor het onderzoek.

Eerder zijn de kenmerken en motivaties genoemd bij jongeren met een LVB in relatie tot drugsgebruik. Wanneer bij iemand met een licht verstandelijke beperking de interesse is gewekt in middelengebruik, dan groeit de behoefte hieraan. Daarbij zal de behoefte aan het gebruik van drugs zo snel mogelijk vervuld moeten worden, ook wanneer zaken als geld niet voorradig zijn. Hierbij speelt dus enerzijds de zucht naar gebruik van drugs een grote rol. Met zucht wordt de aandrang, een sterk verlangen naar drugs, om drugs te gebruiken bedoeld. Aan de andere kant zit er een belemmering binnen de behandeling van een drugsverslaving bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. Een jongere met een licht verstandelijke beperking vindt het lastig om de geleerde handvaten en informatie, over het voorkomen van drugsgebruik, toe te passen in een andere setting dan de behandelsetting (Hammink, Schrijvers, & van de Mheen, 2014). Dat laatste zorgt ervoor dat de jongere het lastig vindt om wat hij heeft geleerd binnen de behandeling toe te passen binnen zijn woonvorm (Hammink, Schrijvers, & van de Mheen, 2014).

Samengevat brengt de participatiesamenleving in combinatie met het gedoogbeleid en het open karakter van verschillende woonvormen veel gevaren met zich mee. Één van die gevaren is de vrije toegang tot hasj en wiet, waarbij een verslaving aan deze middelen op de loer ligt. Behandeling voor verslavingen is op verschillende manieren te bereiken. Belangrijk daarin is om na een behandeling een goede nazorg te bieden aan de cliënt. Deze nazorg is niet aan setting of vorm gebonden waardoor deze op vele plaatsen kan gebeuren. Het probleem daarin is dat de hulpverleners binnen de woonvorm van de behandelde cliënt niet gespecialiseerd zijn in behandeling van verslavingszorg. Door de bezuinigingen binnen de zorg wil de behandelaar de zorg bij de deur beëindigen en de nazorg door geven aan de hulpverleners binnen de woonvorm van de cliënt. Daar valt de cliënt in een spreekwoordelijk gat, waardoor een terugval op de loer ligt. Ook is het zoals eerder beschreven lastig

om voor de cliënt met een licht verstandelijke beperking de geleerde dingen uit de kliniek toe te passen in een andere setting.

Probleemstelling

Het probleem binnen beschermde woonvorm zorggroep Z is dat met de invoering van de participatiewet er meer verwacht wordt van een open instelling. Mensen met een zwaardere problematiek, die voorheen gesloten zouden zitten, wonen in een open instelling. Daarbij spelen eerder genoemde gevaren van de samenleving een grote rol. Naast deze verschuiving is er ook de bezuiniging in de zorg waardoor behandelinstellingen steeds korter willen overdragen. Met deze korte overdracht ontstaat een gat. Binnen zorggroep Z zijn de professionals zoekende naar hoe de nazorg van een behandeltraject vanuit verslavingszorg vorm gegeven kan worden. Het nazorgtraject heeft als doel het gat tussen behandeling in een kliniek en beschermd wonen te verkleinen. Daarbij ontbreken de handvaten en methodieken bij de professional om nazorg te bieden voor de behandeling van verslaving, waardoor terugval in gebruik van drugs bij cliënten van zorggroep Z optreedt.

Verificatie

De probleemstelling zoals hierboven beschreven is geverifieerd bij personeel van zorggroep Z. Hiervoor is gesproken met zowel de zorgmanager als de directeur-eigenaar van de zorggroep. Beide leden binnen het pedagogisch team van zorggroep Z geven aan dat het probleem herkenbaar is (personeel zorggroep Z, persoonlijke communicatie, 15 september 2016). Na een behandeling van een bewoner van zorggroep Z binnen de verslavingszorg merken personeelsleden van zorggroep Z dat de winst uit de behandeling moeilijk tot niet behouden kan blijven. Hieraan ten grondslag ligt volgens beide gesproken personeelsleden ook een verschuiving binnen de zorg. Door de invoering van de participatiewet zien beide personeelsleden mensen met een steeds hogere zorgindicatie geplaatst worden binnen een open setting. Voorheen zouden deze indicaties in een gesloten of besloten setting geplaatst worden. Door de groter wordende doorstroom en behandel druk binnen behandelcentra ontstaat een groter wordend gat tussen wonen en behandeling. Hiervan wordt verwacht dat het gat dat ontstaat opgevangen wordt binnen de woonvorm, zoals die van zorggroep Z. Sociaal pedagogisch personeel van zorggroep Z geeft te kennen de handvaten te missen om op een eerdere behandeling succesvol voort te zetten (Wilms & Verstappen, 2016).

Onderzoeksdoelstelling

Het doel van dit onderzoek is om kennis en inzicht te verwerven over hoe terugval naar middelengebruik kan worden beperkt bij terugkomst van cliënten met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) vanuit een klinische behandelingsetting voor verslaving naar beschermde woonvorm van zorggroep Z. Op basis daarvan worden handvaten voor professionals geformuleerd om terugval van cliënten met betrekking tot middelengebruik tot een minimum te beperken. Naast handvaten voor de werkzame professionals binnen zorggroep Z worden er ook enkele aanbevelingen gedaan op organisatorisch niveau.

Hoofdvraag en deelvragen

Hoe kunnen hulpverleners binnen zorggroep Z cliënten met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB), na terugkomst vanuit de klinische setting voor verslaving bij terugkomst begeleiden om een terugval in verslavende middelen te beperken?

Deelvragen:

Wat wordt er op dit moment gedaan met betrekking tot de behandeling en nazorg van bewoners met problematiek op het gebruik van verslavende middelen?

Welke krachten en belemmeringen komen hulpverleners tegen bij het werken met mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) die middelen gebruiken?

Wat is nog nodig aan ondersteuning om terugval bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) te beperken?

Begripsafbakening

Hulpverleners: De hulpverleners genoemd in de hoofdvraag en deelvraag wordt onderverdeeld in twee groepen. De ene groep bestaat uit hulpverleners binnen zorggroep Z. Dit zijn hulpverleners die op een regelmatige basis van minimaal 24 uur per week werkzaam zijn binnen zorggroep Z. Het gaat hierbij om zowel mbo als hbo geschoolde hulpverleners. De tweede groep hulpverleners bestaat uit hulpverleners binnen het algehele sociale domein. Wederom zijn dit zowel mbo als hbo geschoolde hulpverleners. Wanneer in het onderzoek geen toelichting wordt gedaan op het begrip hulpverleners, wordt gesproken over de twee groep. Bij beide groepen geldt dat hulpverleners er zijn om vragen van jongeren als uitgangspunt te nemen van hun werkzaamheden. Doel is daarbij te zoeken naar een passende perspectief en daartoe ondersteuning en begeleiding te bieden (Bekker & Witte, 2014).

Zorggroep Z: Zorggroep Z is een instelling die ruimte biedt aan kwetsbare jongeren en volwassenen om te wonen in 24-uurs zorgsetting. De leeftijd van degene die wonen binnen zorggroep 't Zicht varieert tussen de 12 en 65 jaar oud. Ook voor personen ouder dan 65 jaar is het mogelijk binnen zorggroep Z te wonen. Binnen het wonen wordt gewerkt aan en vanuit ontspanning bij hun bewoners. Daarbij zit een bewoner niet gebonden aan een doorlooptijd en heeft de mogelijkheid zijn leven lang te wonen binnen zorggroep Z. Binnen Zorggroep Z zijn verschillende woonvormen beschikbaar namelijk; wonen op het kloosterhuis, een van de gezinshuizen of individueel beschermd wonen (Zorggroep 't Zicht, 2016).

Licht verstandelijke beperking (LVB): Jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) zijn jongeren met een intelligentiequotiënt (IQ) tussen de 70 en 85 (Kaldenback, 2015). Naast een IQ tussen de 70 en 85 hebben jongeren met een LVB een beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Met andere woorden: deze jongeren vinden het lastig om adequaat te reageren op situaties die zich voordoen. Dit alles komt voort uit beperkingen binnen het cognitieve, emotionele en sociale domein. Dit houdt in dat jongeren met een LVB vaak moeite hebben met het verwerken van informatie, organiseren, focussen op taken en het onder controle houden van impulsen. Emoties uiten deze jongeren vaak op een primaire manier zoals deze ook wordt gezien bij kinderen. Een jongere met een

LVB zal vaak op emotioneel vlak functioneren op het niveau van een kind dat naar de basisschool gaat. Binnen het sociale domein ontwikkelen zich problemen, omdat een LVB niet zichtbaar is. Daardoor worden deze jongeren vaak overschat door anderen in de maatschappij. Deze overschatting leidt tot faalervaringen en een negatief zelfbeeld. Door overschatting van eigen vaardigheden en mogelijkheden heeft een LVB jongere vaak niet realistische ambities en wensen (NJI, 2012).

Klinische setting voor verslaving: Een klinische setting voor verslaving is een setting waar specialistische zorg wordt geleverd op het gebied van verslaving. Deze setting dient gespecialiseerd te zijn op het bieden van detox behandeling en behandeling gericht op gedrag. Doel van de behandeling binnen een klinische setting is het teweegbrengen van een gedragsverandering met betrekking tot het gebruik van middelen. Dagbehandelingen horen niet bij deze groep, omdat de jongere die is opgenomen niet klinisch behandeld wordt, maar nog in zijn eigen omgeving leeft buiten behandel tijden om.

Nazorgtraject: Nazorg heeft als primair doel de kans op een terugval in oude gedragspatronen te minimaliseren. Daarnaast kan tijdens een nazorgtraject ingespeeld worden op de nog aanwezige behoefte van de cliënt (de Wildt, 2005). Binnen dit onderzoek staat het nazorgtraject voor de zorg die nog geboden wordt nadat een cliënt binnen klinische setting behandeld is. Een nazorgtraject kan gelezen worden als: alle zorg die na een klinische behandeling geboden kan worden binnen de setting van zorggroep Z om het primaire doel van nazorg te bewerkstelligen.

Terugval: Een terugval is het terugkeren naar eerder gedrag en gebruik over een langere periode. Daarbij wordt gekeken naar de hoeveelheid middelen die gebruikt is en over welke periode gebruikt is (Novadic-Kentron, 2016). Binnen dit onderzoek wordt gekeken naar het blowgedrag van jongeren met een LVB. Daardoor wordt eenmalig blowen niet gerekend tot terugval. Een terugval binnen dit onderzoek wordt gedefinieerd door een minimum van twee weken gebruik, waarbij meer dan 5 dagen per week geblowd is.

Behandeling: Behandelingen die zich richten op het verminderen van gebruik van verslavende middelen bij jongeren woonachtig bij zorggroep Z. Het kan daarbij gaan om klinische, deeltijd of ambulante behandeling.

Bewoners / Jongeren: Jongeren in de leeftijdscategorie van 16 tot 25 jaar die wonen binnen één van de locaties van Zorggroep Z.

(Verslavende) middelen: Dit onderzoek richt zich op het gebruik en verslaving van en aan cannabis. Wanneer er gesproken wordt over middelen of verslavende middelen, gaat dit over cannabis.

Hoofdstuk 2 theoretisch kader

Het theoretisch kader biedt verschillende wetenschappelijke theoretische inzichten met betrekking tot de eerder geformeerde hoofd- en deelvragen. Het theoretisch kader is in drie delen opgedeeld. Het eerste deel gaat over jongeren met een licht verstandelijke beperking en het gebruik van drugs. Er wordt gekeken naar wat er wordt geschreven over het gebruik van drugs en de relatie naar mensen met een licht verstandelijke beperking. Het tweede deel van het theoretisch kader gaat over de behandeling binnen de verslavingszorg en wonen in woongroep Z. Er wordt ingegaan op de methodieken die centraal staan binnen de verslavingszorg en het wonen bij woongroep Z. Tot slot komt in het theoretisch kader de terugval in drugsgebruik aan bod. Hierbij wordt ingegaan op de theorie achter terugval in drugsgebruik bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. Er is voor deze opzet gekozen om in te zoomen vanuit de probleemstelling richting de ontbrekende aspecten voor een verlichting of oplossing van het probleem.

Een licht verstandelijke beperking en drugsgebruik

In dit deel van het theoretisch kader wordt gekeken naar wat de verhoudingen zijn wat betreft jongeren met een licht verstandelijke beperking en het gebruik van drugs. Daarbij wordt gekeken naar wat er bekend is over jongeren met een licht verstandelijke beperking die verslaafd zijn aan het gebruik van drugs.

Uit cijfers van het CBS (2015) blijkt dat gemiddeld 35.63 procent van de jongeren tussen de 15 en 29, gemeten in 2014, ooit cannabis heeft gebruikt. Van de ondervraagden jongeren tussen de 15 en 29 jaar oud geeft 17,8 procent aan het afgelopen jaar cannabis te hebben gebruikt. Van deze jongeren geeft 9.3 procent aan afgelopen maand te hebben gebruikt. Daarmee is het in 2014 de meest gebruikte drugs onder de ondervraagden jongeren (CBS, 2015)

Het veelvuldig gebruik van cannabis heeft verschillende gevolgen. Problemen met de concentratie, sociale afzondering, problemen met het plannen op lange termijn en afgevlakte gevoelens zijn enkele van deze gevolgen. Daarbij komt dat er ook een grote kans is op verslaving wat zorgt voor het dwangmatig bezig zijn met cannabis of cannabis gebruik (Dr. Greeven & Dr. Roozen, 2011).

Jongeren met een licht verstandelijke beperking worden regelmatig in verband gebracht met het gebruik en misbruik van cannabis. Voor het structureel gebruik van cannabis, gekeken naar jongeren met een licht verstandelijke beperking, zijn verschillende verklaringen. Een motiverende factor om middelen te gaan gebruiken bij jongeren met een licht verstandelijke beperking is de sociale omgeving. Daarnaast kan middelengebruik de functie van zelfmedicatie gaan aannemen (Hammink, Schrijvers, & Mheen, 2014). Directe risico's voor het gebruik van middelen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking kunnen variëren. Een laag zelfbeeld met daarbij het gebrek aan een toekomstperspectief, het hebben van problemen in het sociale netwerk of thuissituatie, traumatische ervaringen vanuit het verleden, dit zijn allemaal risico's die middelengebruik kunnen aanwakkeren of versterken (Hammink, Schrijvers, & Mheen, 2014). Mariska Zoon (2012) stelt dat er nog een aantal andere gevolgen spelen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking ten gevolge van de

verstandelijke beperking. Jongeren met een licht verstandelijke beperking willen vaak een directe behoeftebevrediging. Deze directe behoeftebevrediging leidt er toe dat deze jongeren vaak heil zoeken in middelen die een snel effect geven. Een voorbeeld van deze middelen is cannabis (Zoon, 2012).

Methodieken binnen de verslavingszorg en zorggroep Z

Binnen de verslavingszorg en zorggroep Z wordt gebruik gemaakt van verschillende methodieken ten behoeve van herstelbevordering en zelfstandig leven. Binnen de verslavingszorg wordt gebruik gemaakt van een methodiek genaamd A-CRA. A-CRA staat voor adolescent community reinforcement approach. De A-CRA is een individuele behandeling voor jongeren met een verslavingsproblematiek. Deze methodiek wordt ingezet om het patroon te doorbreken dat ongezond gedrag, in dit geval blowen, een beloning oplevert. De beloning kan het roesje zijn, maar ook het vergeten van de problemen of bij een groep horen. Voor deze beloningen wordt gezocht naar een alternatief waarbij de omgeving nauw wordt betrokken (Kentra²⁴, 2015). De A-CRA is afkomstig uit de eerder ontworpen CRA, community reinforcement approach. Er zijn enkele aanpassingen gedaan aan de CRA om deze geschikt te maken voor het werken met jongeren. Daaruit is de adolescenten versie ontstaan, de ACRA (Dr. Greeven & Dr. Roozen, 2011). In de A-CRA methodiek staat behandelen op maat centraal. Er wordt samen met de cliënt gekeken wat zijn of haar doelen zijn met betrekking tot middelengebruik. Steun vanuit het gezin is binnen de A-CRA methodiek erg belangrijk. Familie wordt gezien als belangrijke steunpilaar binnen de behandeling. Bij het opstellen van de doelen en het maken van een behandelplan wordt familie dan ook actief betrokken (IrisZorg, 2015).

De A-CRA methodiek bestaat uit twaalf sessies waarin de cliënt werkt naar een vermindering of abstinentie in het middelengebruik. Samen met de behandelaar wordt binnen deze methodiek doelen opgesteld en een behandelplan opgesteld. Vanuit een kennismaking en het opbouwen van een werkrelatie met de behandelaar wordt gewerkt aan de doelen van de cliënt en zijn familie (Greeven & Roozen, 2011).

Binnen zorggroep Z staat de presentiebenadering ontwikkeld door Andries Baart centraal. De presentiebenadering gaat uit van aandacht en toewijding bij de ander, in dit geval de bewoners binnen zorggroep Z. Vanuit het aanwezig zijn in de leefwereld van de ander kan gezocht worden naar de wens van de ander (Stichting Presentie, 2011). Typerend voor de presentiebenadering is het zoeken naar wat er voor de ander op het spel staat. Anders dan bij reguliere hulpverleningstrajecten wordt bij de presentiebenadering eerst het contact aangegaan in plaats van de hulpvraag geformuleerd. Verder werkt de presentiebenadering niet vanuit een hulpvraag, maar kijkt deze naar wat er voor de ander op het spel staat. Met andere woorden kijkt de presentiebenadering naar wat voor de ander belangrijk is. Waar geeft de ander betekenis aan, waar ervaart deze geluk en waar heeft deze persoon motivatie voor (Stichting Presentie, 2011)? Er is weinig onderzoek wat direct een link legt tussen de presentiebenadering en de begeleiding van jongeren met een LVB. Wel kan er een vergelijking gemaakt worden tussen de pijlers waarop de presentiebenadering is gebaseerd en een effectieve begeleiding voor jongeren met een LVB. In deze vergelijking is te zien dat de pijlers waarop de

presentiebenadering gebaseerd is aansluiten bij een succesvolle begeleiding van jongeren met een LVB (Hollander & van Oploo, 2012). Daarnaast stelt Korfage (2008) dat jongeren met een LVB gebaat zijn bij zoveel mogelijk zichzelf zijn. Daarmee ligt de autonomie bij het individu. Door daar als begeleider bij aan te sluiten en in de leefwereld van de cliënt te stappen, wordt de hulpvraag duidelijk. Het stellen van de hulpvraag is vaak lastig door verminderde cognitieve en sociaal emotioneel ontwikkelde vaardigheden. Door de aansluiting van de hulpverlener kan de hulpvraag zichtbaar worden. Daarnaast wordt een jongere met LVB het best ondersteund in de eigen leefomgeving binnen bekende context. Door verminderde vermogens van transfer van geleerde vaardigheden is het helpend met de jongere in bekende context te leren (Korfage, 2006-2008).

Wat een belemmering is voor de presentiebenadering is de toenemende tijdsdruk en afnemende financiële middelen in de sector zorg en welzijn. Vanuit het idee van de bezuinigingen wordt verwacht van de professional dat deze efficiënter gaat werken. Vanuit die gedachte sluit de presentietheorie niet aan bij het idee van de bezuinigingen. Binnen de presentiebenadering is de professional relatief veel tijd kwijt met het aangaan van een relatie, wat in het begin weinig meetbaar resultaat oplevert (Donkers, 2016). Daartegenover staat dat het met deze belemmering ook een kracht vormt binnen de 24-uurszorg. Bij woonvormen, zoals van zorggroep Z, waar 24-uur per dag begeleiding aanwezig is, kan de professional zich richten op het vrij aangaan van een relatie met de cliënt. Binnen de kaders van werkuren is de professional aanwezig in de leefwereld van de cliënt en vrij daar op aan te sluiten om zo tot zelfgroei te komen door middel van eigen kracht stimuleren (Advies Commissie Toekomst Beschermd Wonen, 2011).

Een methodiek die aansluit op het werken vanuit de participatiewet is oplossingsgericht werken. Oplossingsgericht werken gaat uit van de eigen kracht van de burger met daarbij het betrekken van het netwerk in zoeken naar oplossingen voor problemen. Oplossingsgericht werken bestaat uit zeven stappen waarbij wordt begonnen bij het verhelderen van de veranderbehoefte en hier ook bij eindigt (Roeden & Bannink, 2007). Naast deze zeven stappen richt oplossingsgericht werken zich op een creatieve manier van vragen stellen en een alerte luisterhouding. De professional focust zich op het verhaal van de ander en stelt daarbij vragen om de ander te activeren na te denken of iets te beslissen (Cauffman & van Dijk, 2009). Daarbij is het zaak voor de professional zijn eigen referentiekader los te laten (Roeden & Bannink, 2007). De oplossingsgerichte basishouding zou volgens drie regels na te leven zijn. Deze drie regels beschrijven Cauffman en van Dijk (2009) als basisregels voor oplossingsgericht werken. De eerste regel luidt: Als iets niet werkt, leer ervan en doe iets anders. De tweede regel luidt: Als iets wel of beter werkt, doe er meer van. De derde regel luidt: Als iets blijkt te werken, leer het van of aan iemand anders. Deze drie regels dragen bij aan meer inspraak van de cliënt en daarmee wordt hij meer in zijn eigen kracht gezet (Cauffman & van Dijk, 2009). Een van de kenmerken van een jongeren met een LVB is dat deze graag de regie in eigen hand heeft. Iemand met een LVB wil over het algemeen niet gezien worden als anders. Binnen de doelgroep jongeren met een LVB heerst het gevoel bij de maatschappij te willen horen (Zoom, 2012). Daardoor lijkt de methodiek oplossingsgericht werken aan te sluiten bij de wens van de doelgroep jongeren met een LVB. Doordat de cliënt de regisseur van het traject is er een grote mate van

zelfbeschikking is. Binnen de doelgroep jongeren met een LVB zijn veel jongeren over het algemeen verbaal normaal ontwikkeld. Dat zorgt ervoor dat de LVB jongeren snel overschat worden in de maatschappij (Zoom, 2012). Dat is aan de ene kant een kwaliteit, omdat deze jongeren hun wensen duidelijk kunnen formuleren. Over het algemeen hebben deze LVB jongeren een duidelijk toekomstbeeld of wens waar zij naar toe willen. De andere zijde is dat deze jongeren daarmee overschat worden in hun competenties. De cognitieve vaardigheden van jongeren met een LVB zijn over het algemeen minder goed ontwikkeld dan de verbale vaardigheden. Deze jongeren verwerken informatie niet zo snel als jongeren zonder een LVB. Dat zorgt ervoor dat de jongeren met een LVB beperkt zijn in de rol van expert binnen het oplossingsgericht werken. Hiermee zal de professional rekening moeten houden om succesvol oplossingsgericht te kunnen werken met jongeren met een LVB (Roeden & Bannink, 2007). Om methodisch te werken met jongeren met een LVB dient aan een aantal voorwaarden voldaan te zijn voldaan. Factoren die de methodiek ondersteunen zijn het afstemmen van de communicatie, het concreet maken van de oefeningen, vereenvoudigen van gesproken en geschreven taal en het creëren van een veilige leeromgeving. Daarbij dient nog meegenomen te worden dat het netwerk een belangrijke rol kan spelen in de wereld van de jongere. Deze dient dan ook in de behandeling meegenomen te worden (Zoon, 2012).

Terugval in drugsgebruik

Het derde deel van het theoretisch kader wordt dieper ingegaan op het terugvallen van mensen met een licht verstandelijke beperking in het gebruik van middelen. Prochaska en DiClemente (1982) beschrijven in hun cirkel van gedragsverandering zes fases. Deze zes fase dient een persoon te doorlopen om een gedragsverandering te bewerkstelligen. De fases die zij omschrijven zijn: precontemplatie, contemplatie, voorbereiding, actie, volhouden of consolidatie en terugval (Movisie, 2010). Prochaska en DiClemente (1982) stellen dat een persoon vaak niet in staat is om het nieuwe gedrag vast te houden of volledig vast te houden. Dat houdt in dat bij elke gedragsverandering er grote kans op terugval is. In dat geval begint het proces dat Prochaska en DiClemente (1982) beschrijven in hun theorie bij de precontemplatie fase (Movisie, 2010). Daar gaan Vanderplasschen en Wolf (2010) tegenin door te stellen dat door weloverwogen en goed gefaciliteerde implementatie bijdragen aan een succesvolle implementatie van behandeling. Een casemanager in geval van drugsverslaving zou uitkomst kunnen bieden. De casemanager zorgt voor een overzicht wat de LVB jongere vaak niet heeft. Zonder een actieve rol in te nemen, waardoor de cliënt de regie houdt, kan de casemanager overzicht bewaren en waar nodig is verschillende disciplines aansturen (Vanderplasschen & Wolf, 2010).

Nazorg

Het doel van het verlenen van nazorg is om een terugval na behandeling te voorkomen of tot een minimum te beperken. Daarin wordt na een behandeling gekeken wat een cliënt nog nodig acht om na behandeling zo min mogelijk in ouder patronen terugvalt. Daarbij wordt gekeken naar de aard van het probleem, de doorlopen behandeling en risicofactoren bij ontslag uit de kliniek (de Wildt & Verster, 2007).

Na een behandeling in een klinische setting ligt het gevaar bij LVB jongeren op de loer dat de transfer vanuit de kliniek niet gemaakt kan worden naar de woonomgeving. Kenmerkend voor jongeren met LVB is dat het lastig is om geleerd gedrag in te zetten in nieuwe situaties. Daarmee ligt het gevaar op de loer dat de behandeling niet implementeert in gedrag waardoor de kans op terugval groot is (de Koning & Collin, 2007). Dit betekent voor hulpverleners dat de dingen die de jongeren zoveel mogelijk in de vertrouwde situatie dienen te leren zodat nazorg zich kan richten op voortzetten van de behandeling. Anderzijds vraagt dit van de hulpverlener om het gebrek aan vaardigheden om de transfer te maken op te vangen en de cliënt daarbij te ondersteunen. Volgens Koning en Collin (2007) kunnen hulpverleners hierbij ondersteunen door op een laagdrempelige manier te refereren aan de behandeling. Deze inzichten sluiten aan bij wat eerder is gesteld door Zoon (2012). Zoon stelt dat er op een laagdrempelige manier contact gemaakt dient te worden met de jongere om daarna met eenvoudige taal, eenvoudige oefenopdrachten en positieve woorden begeleid moet worden.

Geregeld worden casemanagers ingezet om een verbinding te vormen tussen de hulpverlener, behandelsetting en eventuele woonvorm. Hierbij houdt de casemanager het overzicht en brengt verschillende disciplines (Vanderplasschen & Wolf, 2010).

Het invullen van de nazorg kan in verschillende vormen. Vormen die veel aangeboden worden zijn; telefonisch contact, persoonlijk contact en in sommige gevallen online. Bij nazorg door middel van telefonisch contact wordt de cliënt gebeld op afgesproken momenten. Daarbij is het doel om verbaal te checken hoe het met de cliënt gaat. Daarbij is groot nadeel dat de cliënt niet gezien wordt. Voordeel daarvan is dat het efficiënt is en de hulpverlener zich niet aan de cliënt opdringt. De cliënt is daarin ook vrij om op te nemen en heeft daarmee ook de regie binnen de nazorg. Valkuil vanuit de LVB problematiek is daarin dat de cliënt nazorg mijdt door niet op te nemen en daarmee de kans op terugval wordt vergroot (Kuiken, 2013).

Bij online nazorg is er de mogelijkheid voor de cliënt om vanuit huis hulp te ontvangen. Het NJI (2014) stelt dat online hulpverlening in opkomst is met aantoonbare resultaten. Door het aanbieden van online hulp kan iedereen dit op zijn eigen tempo doen en wanneer hij daar zelf gemotiveerd voor is. Voorbeelden van online nazorg zijn: apps ter ondersteuning van de zorg, lotgenotengroepen, fora voor lotgenoten, het bijhouden van een logboek, psycho educatie, chatrooms voor lotgenoten, mogelijkheden om met hulpverleners te chatten (NJI, 2014).

Nazorg doormiddel van persoonlijk contact vind in de meeste gevallen plaats. Hierbij gaat het om contact waarbij de cliënt de hulpverlener nog geregeld ziet of wordt opgezocht door de hulpverlener in dienst van de behandelaar. Samen, eventueel met ondersteuning van de verantwoordelijk behandelaar, wordt een plan opgesteld die leiding geeft aan het nazorgtraject. Daarmee is dit ook de meest intensieve vorm van nazorg. Gezien het aan de hand begeleiden van LVB cliënten sluit dit aan, echter zorgt het er ook voor dat er een opgedrongen gevoel kan ontstaan bij de jongere. Daarbij een dient een goede afstemming gevonden te worden tussen cliënt en hulpverlener. Uit onderzoek van het IVO (2008) is gebleken dat van alle ondervraagden deze manier van nazorg als meest prettig ervaren. Het persoonlijke contact wordt als prettig ervaren doordat iemand fysiek nabij is. Daarnaast worden

fouten in de communicatie zo voorkomen, omdat er een open dialoog gevoerd kan worden (IVO, 2008).

Naast dat nazorg een behoedende functie heeft, helpt het de jongere ook om met de behandeling bezig te blijven. Wanneer er nazorg geboden wordt blijft de jongere bezig met de behandeling doordat niet plotseling wordt gestopt. Naast het feit dat niet plotseling gestopt wordt biedt een nazorg traject ook ruimte om te oefenen met de cliënt. Het oefenen is een van de punten waarop Zoon(2012) toespitst als het gaat om transfer van geleerd gedrag bij jongeren met een LVB. Hiermee wordt geleerd gedrag in de praktijk geoefend wat de jongere ondersteunt om een verandering te implementeren in zijn gedrag. Tot slot heeft het nazorgtraject nog een monitorende functie. Doordat een hulpverlener betrokken blijft in de wereld van de cliënt kan er gemonitord worden wat gevaren zijn in het dagelijks leven van de cliënt. Door een nauwe betrokkenheid in het nazorgtraject kunnen gevaren gesignaleerd en besproken worden met de jongere (Scheffers, 2010).

Hoofdstuk 3: Methodologie

Binnen het derde hoofdstuk van dit onderzoek komt de methodologie aan bod. Om een betrouwbaar antwoord te krijgen op de eerder gestelde deelvragen moet er verder onderzoek worden verricht. Om te beschrijven hoe dit onderzoek vorm krijgt, volgt een opsomming van wat in dit hoofdstuk geschreven wordt. Onder de methodologie vallen de onderzoekspopulatie en de steekproef. Verder komen de dataverzamelmethode, het meetinstrument en de data-analyse aan bod. Bovengenoemde indeling is mede ook de opbouw van hoofdstuk 3.

Onderzoekspopulatie en steekproef

In dit hoofdstuk komt de onderzoekspopulatie en de daaruit getrokken steekproef aan bod. De populatie is de totale groep mensen waarover je een uitspraak wil doen (van Lieshout, 2014). Baarda (2013) spreekt over onderzoekseenheden. Een onderzoekseenheid kan gericht zijn op een situatie, op groepen of op personen. Dit hangt volgens Baarda (2013) af van de onderzoeksvraag die centraal staat in het onderzoek. Binnen dit onderzoek gaat het om de individuele meningen van zowel werknemers van zorggroep Z als de verslavingszorg. Deze individuele meningen worden gebruikt om zo een antwoord te geven op de centrale onderzoeksvraag. Daarom wordt gekozen om personen als onderzoekseenheid te gebruiken (Baarda, et al., 2013).

De onderzoekspopulatie in dit onderzoek betreft zowel medewerkers van zorggroep Z als medewerkers van instellingen binnen de verslavingszorg. Deze onderzoekspopulatie is gekozen naar aanleiding van de vraag om cliënten beter te begeleiden in het nazorg traject binnen de open woongroep. Daarvoor zijn enerzijds de medewerkers van zorggroep Z aangewezen als onderzoekspopulatie. Daarnaast zijn de professionals werkzaam binnen de verslavingszorg ook een deel van de onderzoekspopulatie. De professionals werkzaam in de verslavingszorg kennen het nazorg traject en werken binnen deze nazorg. De kant van de medewerkers van zorggroep Z wordt meegenomen om te onderzoeken wat nog nodig is voor een nazorg traject binnen zorggroep Z. De kant van de professionals werkzaam binnen de verslavingszorg wordt meegenomen om te onderzoeken wat al gedaan wordt en wat eventueel kan aansluiten bij de manier van werken van zorggroep Z.

Aangezien de gehele onderzoekspopulatie te groot is om in zijn geheel mee te nemen in het onderzoek. Vanwege de grote van de populatie in relatie tot de tijd die voor dit onderzoek voor handen is, is er gekozen een representatieve steekproef te nemen uit de gehele populatie. De steekproef bestaat uit 12 personen. Voor de grote van de steekproef is enerzijds gekeken naar de tijd die beschikbaar is om dit onderzoek af te ronden. Daarnaast is de mate van representativiteit belangrijker dan een groot aantal respondenten. Omdat vanuit de eerdere verificatie is gebleken dat de vraag van zorggroep Z groter is dan het aanbod van kennis vanuit de verslavingszorg wordt gekozen voor 8 medewerkers van zorggroep Z en 4 vanuit de verslavingszorg. In dit onderzoek is gekozen om gebruik te maken van een niet gerichte selecte steekproef. De steekproef is tot stand gekomen op basis van werkzaamheden binnen zorggroep Z en de verslavingszorg. De bepalende factor daarin is dat de

respondenten werken met jongeren tussen de 15 en 25 jaar met een licht verstandelijke beperking. Een tweede criteria is dat de professionals in beide settings werken met jongeren tussen de 15 en 25 met een verslavingsproblematiek op het gebied van cannabis.

Er is niet gekozen om in de steekproef cliënten te betrekken. Door de problematiek van iemand met een licht verstandelijke beperking is het lastig om deze te interviewen gedurende een uur. Omdat de problematiek zich kenmerkt in een korte concentratieboog en beperkte cognitieve vaardigheden is cliënten interviewen niet haalbaar in dit onderzoek (Zoon, 2012). Om een goed interview af te nemen met cliënten met een licht verstandelijke beperking dient de taal en communicatie goed afgestemd te worden. Daarvoor is extra tijd nodig en duren interviews aanzienlijk langer. Verder moeten de vragen concreet zijn (Zoon, 2012). Verdieping aanbrengen in deze interviews kost tijd waardoor interviews aanzienlijk langer duren. Daarnaast richt zich het doel van het onderzoek ook niet op de ervaringen van cliënten. Het doel van het onderzoek is gericht op wat de professionals van zorggroep Z missen in de begeleiding van de eerder genoemde doelgroep.

Tijdens het afnemen van de interviews worden zo min mogelijk namen en toenames genoemd. Voorafgaand aan het interview wordt door de onderzoeker gevraagd fictieve namen te gebruiken wanneer de respondent praktijkvoorbeelden wil geven. Aan de datagegevens en resultaten worden geen namen gekoppeld of in genoemd. Daarmee blijft de anonimiteit van de respondenten gewaarborgd (Baarda B. , et al., 2013).

Wanneer wordt gekeken naar de vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek is het belangrijk om inzicht te krijgen in de aspecten die op dit moment worden gemist door professionals binnen zorggroep Z. Daarbij is het van belang om inzicht te verwerven in wat er nodig is, maar ook wat wordt geboden vanuit de verslavingszorg en op welke manieren dit geïmplementeerd kan worden binnen zorggroep Z.

[Dataverzamelmethode](#)

De benodigde data voor de te onderzoeken hoofdvraag en deelvragen van dit onderzoek kunnen op verschillende manieren verzameld worden. Manieren om data te verzamelen zijn: interviewen, observeren en gebruik maken van bestaand materiaal. Elk van deze manieren sluit aan bij een bepaald soort onderzoek, waarbij soms een combinatie van deze manieren gebruikt wordt (Baarda, et al., 2013).

De dataverzameling heeft plaatsgevonden door middel van het afnemen van interviews. Het afnemen van interviews geeft inzicht in de kennis en vaardigheden van de respondent. Wat mensen denken en voelen komt naar boven tijdens het interview (Baarda, et al., 2013). In dit onderzoek is het noodzakelijk dat er inzicht wordt verworven in wat mensen denken en voelen in het werken met jongeren met een licht verstandelijke beperking en een problematiek op het gebruik van cannabis. Interviewen is daardoor de aangewezen methode om eerder opgestelde hoofdvragen en deelvragen te onderzoeken. Binnen de interviews is het van belang dat dit zo natuurlijk mogelijk verloopt. Daarnaast dient de onderzoeker uit te gaan van het perspectief van de ander en eventuele onduidelijkheden te checken bij de respondent. De onderzoeker is bij de interviews het

meetinstrument, deze stelt de vragen en dient antwoorden samen te vatten en te checken. Ondanks dat interviewen de dataverzamelmethode is, komt observeren ook aan bod binnen de interviews. De onderzoeker dient te checken of antwoorden kloppen, maar ook oog te hebben voor de non verbale communicatie van de respondent om zo betrouwbare informatie te vergaren (Baarda, et al., 2013).

In totaliteit zijn er 12 interviews afgenomen. Deze interviews zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst die tot stand is gekomen doormiddel van inzichten en uitspraken vanuit het theoretisch kader. De afname van de interviews vond plaats bij zowel professionals van zorggroep Z als professionals uit de verslavingszorg. Daarbij is gekozen voor een verhouding van 8 om 4 zoals eerder uiteengezet. Tijdens de interviews heeft de onderzoeker alle topics aan bod laten komen. Tijdens het afnemen van de interviews is de gedragscode van de HBO raad in acht genomen. Daardoor zijn de normen en waarden van de respondent gerespecteerd. In alle tien de interviews zijn de volgende vier zaken van toepassing. De interviewer draagt zorg voor een duidelijke introductie van zichzelf als onderzoeker en maakt daarbij zijn rol duidelijk naar de respondent, te noemen contactlegging. Na afloop van ieder interview vraagt de onderzoeker of en op welke manier de respondent enige terugkoppeling van het afgenomen interview wil hebben, te noemen terugkoppeling van resultaten. De onderzoeker draagt zorg voor duidelijk aangeven dat de respondent ten alle tijden anoniem is en blijft. Daarin is de onderzoeker zorgvuldig, zodat de veiligheid van de respondent geborgd word en deze eerlijk kan antwoorden, te noemen zorgvuldigheid. De onderzoeker vraagt expliciet om toestemming waar het gaat om het opnemen van het interview, verwerken van het interview en mogelijk resultaten te mogen publiceren, te noemen instemming. Tot slot geeft de onderzoeker vooraf aan bij de respondent dat deze vrij is zich ten allen tijde terug te trekken uit het interview en het onderzoek (Zilfhout, 2014)

De twee andere methoden zijn voor dit onderzoek niet geschikt om data te verzamelen. Het gebruiken van bestaand materiaal richt zich op het verkrijgen van informatie door het verzamelen van eerder verschenen onderzoeken en literatuur (Baarda, et al., 2013). Het gebruiken van bestaand materiaal is in de probleemanalyse en het theoretisch kader van dit onderzoek van toepassing geweest. Om verdere verdieping aan te brengen in dit onderzoek is dus niet gekozen om de data te verzamelen middels het gebruik van bestaand materiaal. Observeren komt aan de orde tijdens het afnemen van een interview.

Het meetinstrument

Het meetinstrument dat gebruikt is voor dit onderzoek zijn verzamelde gegevens aan de hand van een eerder afgenomen interview. Voor het afnemen van de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst. Op de topiclijst staan een aantal onderwerpen die aan bod dienen te komen bij het interview. Bij elk onderwerp staan een aantal vragen die gesteld worden tijdens het interview. Het doel van het semi gestructureerde interview is om naast de vastgestelde vragen ruimte te bieden voor inzichten en ervaringen van de respondent. De topiclijst is ontstaan uit het eerder opgestelde theoretische kader. In de bijlage is de topiclijst, zoals gehanteerd, terug te vinden (Baarda, et al., 2013).

Van de afgenomen interviews zijn opnames gemaakt. Deze opnames zijn later letterlijk uitgeschreven in transcripten. Door het letterlijk uitwerken van de gesproken tekst is er geen ruimte voor de interpretatie of eigen mening van de interviewer. De antwoorden van de respondent worden letterlijk verwerkt in de data en daarmee data-analyse van het onderzoek (Baarda, et al., 2013).

De interviews zijn semi gestructureerde interviews. Dit houdt in dat er een aantal vragen vast staan voorafgaand aan het interview. Het verdere verloop van het interview wordt vormgegeven door de antwoorden van de respondent waar de onderzoeker verder op in gaat. De onderzoeker houdt daarbij rekening met het feit dat de respondent tijd nodig heeft om te antwoorden. De onderzoeker houdt bij de vraagstelling en de hoeveelheid vragen rekening met de tijd die nodig is om een antwoord te formuleren en geeft daar de respondent alle tijd toe. Het interview wordt afgesloten met vragen die de inhoud van het interview samenvatten. Tot slot heeft de respondent nog ruimte om dingen vrij in te brengen die naar eigen inzicht van belang zijn of relevant voor het verdere onderzoek (Boeije, 2014).

Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van een onderzoek heeft als doel om toevallige fouten te voorkomen. De validiteit heeft als doel om systematische fouten te voorkomen (van Lieshout, 2015). De betrouwbaarheid en validiteit worden in dit onderzoek gewaarborgd doordat een topiclijst is ontwikkeld. Voor zowel de werknemers van zorggroep Z als de werknemers in de verslavingszorg is dezelfde topiclijst ontworpen. Een topiclijst is ontwikkeld voor de werknemers van Zorggroep Z en de andere voor de werknemers binnen de verslavingszorg. Hier is voor gekozen, omdat het probleem van twee kanten wordt belicht en daarmee dus twee topiclijsten van toepassing zijn als het gaat om de invalshoek van beide groepen professionals (Boeije, 2014). De topiclijst is getest aan de hand van twee proefinterviews. Dit houdt in dat er twee proefinterviews zijn afgenomen om de topiclijst te testen. Vanuit dit proefinterview werd duidelijk welke gaten er nog zaten in de topiclijst en deze zijn hierop aangepast. Voornamelijk het topic over de nazorg is in deze lijst aangepast. Uit de proefinterviews kwam naar voren dat de lijst niet genoeg diepgang bracht in het gesprek. Door meer gestructureerde vragen op te stellen, ontstond een breder draagvlak voor dit topic. Vanuit dit bredere draagvlak is er dieper in kunnen zoomen op het topic nazorg. Wat een topiclijst betrouwbaar maakt is het feit dat er aan de hand van gestructureerde vragen gevraagd wordt naar eigen ervaringen, inzichten en visie. Op deze ervaringen, inzichten en visie kan door de onderzoeker doorgevraagd worden om diepgang te brengen in het interview (Verhoeven, 2014).

Tot slot wordt de privacy van de respondent benadrukt. Dit doet de onderzoeker door te benoemen dat de informatie enkel gebruikt wordt voor dit onderzoek. Na het gebruik en verwerking van de data wordt het interview verwijderd en transcripten vernietigd. Dit creëert volgens de theorie een veilige omgeving voor de respondent om vrij te antwoorden op de vragen van de onderzoeker. Voorafgaand aan het interview wordt het informed consent format doorgenomen met de respondent. Daarin staat het doel van het onderzoek, de procedures, de betrouwbaarheid, de nadelen en de rechten van de respondent (KNMG, 2017).

Data-analyse

Bij de data-analyse wordt gebruikt gemaakt van de eerder uitgewerkte transcripten van de afgenomen interviews. Alle informatie die is verkregen vanuit de interviews en uitgetypt staan in de transcripten dienen uiteengehaald, geordend en verwerkt te worden. Het analyseren van de data en het verkrijgen van de data is een proces dat niet chronologisch verloopt. Door reeds verkregen data te analyseren kan leiden tot nieuwe inzichten. Deze kunnen vervolgens meegenomen worden in het proces, maar ook leiden tot opnieuw analyseren van eerder verkregen data (Mortelmans, 2007). Dit uiteenrafelen en ordenen gaat aan de hand van coderen. Om structuur aan te brengen in de gegeven antwoorden wordt er gecodeerd (Boeije, 2014). Dit begint aan de hand van open coderen om vervolgens over te gaan op axiaal coderen. Het open coderen zorgt voor fragmenten van de gegeven antwoorden van de respondenten. Daarmee wordt relevante informatie in kaart gebracht. Het in kaart brengen van relevante informatie en deze fragmenten is volgens Baarda, et al. (2013) cruciaal bij het overzichtelijk maken van de antwoorden op de eerder gestelde deelvragen. Bij het axiaal coderen worden de open coderingen geordend in groepen aan de hand van labels. Deze groepen en labels worden vervolgens geordend onder hoofdcodes en subcodes. De hoofd- en subcodes zullen wat betreft indeling overeenkomen met de eerder gestelde hoofd- en deelvragen. Vanuit het axiaal coderen ontstaat een codeboom waarbij de codes zijn onderverdeeld naar codes passend bij de hoofd- en deelvragen (Verhoeven, 2014). Een voorbeeld van het open coderen, axiaal coderen en de codeboom is te vinden in de bijlage.

Hoofdstuk 4: Resultaten

In het vierde hoofdstuk genaamd resultaten worden de onderzoeksresultaten beschreven verkregen uit de verschillende interviews die zijn afgenomen binnen de populatie van de eerder gestelde steekproef. Citaten worden aangeduid met een Z, zorggroep Z, en N, verslavingswerker. Het cijfer is op basis van de volgorde van afgenomen interviews. Bij beide groepen is gebruikt gemaakt van dezelfde topiclijst. Door een gelijke topiclijst zijn de antwoorden die door beide groepen zijn gegeven te vergelijken. Er zal in dit hoofdstuk dan ook niet alleen naar de feitelijke antwoorden gekeken worden, maar ook naar de overeenkomsten en verschillen in en tussen de groepen. Per deelvraag wordt ook gekeken naar het theoretisch kader, te vinden in hoofdstuk twee. Daarbij wordt gekeken naar waar het theoretisch kader de antwoorden van de respondenten kan ondersteunen, ontkrachten of verklaren.

Deelvraag 1: Wat wordt er op dit moment gedaan met betrekking tot de behandeling en nazorg van bewoners met problematiek op het gebruik van verslavende middelen?

De resultaten verkregen ter beantwoording van deelvraag 1 worden geordend in 3 categorieën. Binnen de verkregen resultaten wordt onderscheid gemaakt in wat er op dit moment gedaan wordt binnen behandeling van jongeren met een LVB en gebruik van verslavende middelen, binnen de nazorg van behandelde jongeren met een LVB en gebruik van verslavende middelen en de ervaring die de hulpverleners binnen zorggroep Z daarmee hebben.

Behandeling

Alle respondenten die zijn geïnterviewd zijn eenduidig in de inhoud van de behandeling voor jongeren met een LVB. De behandeling van jongeren met een LVB focust zich met name op het wegnemen van factoren die het drugsgebruik aanwakkeren. Daarbij wordt niet specifiek ingestoken op inzicht en kennis, maar vooral op de dagelijkse dingen. 3 van de 4 respondenten geeft aan dat bij jongeren met een LVB de dagelijkse dingen dusdanig veel stress opleveren waardoor drugsgebruik aantrekkelijk is. Daarom wordt binnen de verslavingszorg vooral ingestoken op het reguleren en aanleren van vaardigheden voor dagelijkse dingen. Dit kan variëren van hoe een jongere zijn huis op orde houdt, tot het aanleren van zelfzorgmomenten tot het leren omgaan met financiën of waar dit te hoog gegrepen is contact leren houden met een bewindvoerder. Door alle stressfactoren, zoals respondenten deze noemen, weg te nemen, wordt rust gecreëerd waardoor factoren voor gebruik afnemen. De behandeling is mogelijk in verschillende vormen. Wat bij alle 4 de respondenten naar voren komt is dat zowel interne behandeling als ambulante behandeling als behandeling middels een F-act team mogelijk is. Het afkicken van, het zogeheten detoxen, is alleen mogelijk intern. 1 van de 4 respondenten noemt verschillende methodische benaderingen die centraal staan binnen de behandeling. De A-CRA, oplossingsgericht werken en motiverende gespreksvoering staan centraal binnen de behandeling. 3 van de 4 respondenten focussen zich eerst op de bejegening van de jongere met een LVB. Deze 3 respondenten geven aan dat nabijheid, het bij de hand nemen van de

cliënt en ondersteunen naast de cliënt de belangrijkste aspecten zijn van de behandeling. Deze 3 respondenten noemen methodieken benadering ondersteunend bij de behandeling. Het volgende citaat ondersteunt deze resultaten: *“alles hand in hand. En om de cliënt te leren kennen, kijken waar zijn vaardigheden liggen, kijken wat hij wel kan en wat hij niet kan. Klinisch gezien in behandeling ben je meer op praktische basis bezig en de cliënt daar succes ervaringen in op te laten doen dat hij wel kan koken, wel zijn kleren kan wassen, wel zijn eigen kamer kan poetsen. Dat klinkt allemaal vrij basaal, maar op inzichtelijke modules gaan zitten wat verslaving betreft, dat ga je niet redden, dat gaat hem niet worden (N2).”* Waar gesproken wordt over behandeling aan de hand van methodieken wordt er door elke respondent oplossingsgericht werken en motiverende gespreksvoering genoemd. Door 1 respondent wordt daarbij de A-CRA methodiek genoemd. Daarbij wordt wel de kanttekening gemaakt dat het allemaal op het niveau van de cliënt wordt aangepast. Dat houdt in dat binnen het oplossingsgericht werken eenvoudige en concrete taal wordt gebruikt. Vanuit de verslavingszorg wordt unaniem aangegeven dat het doel van de behandeling is dat de jongere op een veilige manier van zijn verslaving af komt. Daarbij benoemen 3 van de 4 respondenten dat er vanuit behandeling ook geregeld gekeken wordt naar het plaatsen van een cliënt binnen een beschermde woonvorm

Wat opvalt aan de antwoorden gegeven door de respondent, is dat deze het allen eens zijn in de bejegening van de cliënten met een LVB. Daarbij worden enkele methodieken genoemd, waarbij maar 1 van de 4 respondenten de A-CRA methodiek als leidraad benoemd. Vanuit verschillende bronnen is in het theoretisch kader aangetoond dat de A-CRA methode leidend is binnen de verslavingszorg. De A-CRA methodiek is ontwikkeld voor jongeren waarin 12 sessies worden geboden om middelengebruik te verminderen (Greeven & Roozen, 2011). Het werken middels oplossingsgericht werken en motiverende gespreksvoering, aangepast op niveau van de cliënt, sluit wel aan op eerder beschreven theoretische inzichten. Door het focussen op het verhaal van de ander sluit de professional aan op de leefwereld van de cliënt (Greeven & Roozen, 2011). Het werken vanuit de presentiebenadering sluit aan bij wat gezegd wordt over het hand in hand begeleiden van de cliënt. Door aanwezig te zijn in zijn leefwereld en daarbij de cliënt te volgen kan er een veranderbeweging gemaakt worden (Stichting Presentie, 2011).

Wat verder door meerdere werkers binnen verslavingszorg wordt genoemd is de methodiek multi systeem therapie (MST). Binnen de MST wordt gekeken naar hoe het systeem een rol kan spelen in de afname van gebruik bij een jongere. De methodiek MST is niet in het theoretisch kader opgenomen, omdat dit nergens als kenmerkende methodiek voor verslavingszorg is gevonden door de onderzoeker. Om de effecten van MST te achterhalen zal er een nieuw theoretisch onderzoek moeten plaatsvinden.

Nazorg

Door 2 van de 4 respondenten binnen de verslavingszorg wordt heel nadrukkelijk aangegeven dat de nazorg, net als de behandeling, een vrijwillig kader is. Daarbij wordt gezien dat jongeren na de behandeling 7 van de 10 keer, wat wordt geschat, niet meer open staat voor een nazorg traject. *“Vaak is de jongeren uitbehandeld en wordt nazorg gezien als behandeling en die was klaar. Doordat ze dat als één geheel zien, is het vaak lastig om jongeren te motiveren een nazorgtraject te accepteren (N1).”*

Binnen nazorg na opname in klinische setting zijn volgens de respondenten binnen de verslavingszorg verschillende mogelijkheden. Deze mogelijkheden kunnen zich richten op het toe leiden naar beschermd wonen, ambulante begeleiding en re-integratie in het oude systeem. Daarin is het aan de jongeren waar de voorkeur ligt. Samen met de verantwoordelijk behandelaar wordt er aan het einde van de behandeling gekeken naar wat de wens van de cliënt is en wat de behandelaar haalbaar acht. Door de 2 meest ervaren respondenten wordt daarbij het F-act team genoemd. Een verantwoordelijk behandelaar wordt betrokken om de zorg op te schalen bij een groot risico op terugval. Bovenstaande blijkt uit: *“Iedere cliënt heeft een verantwoordelijk behandelaar en die verantwoordelijk behandelaar moet juist na de opname contact zien te behouden met de cliënt om te kijken hoe dingen lopen. Als de cliënt om wat voor reden ook weer in een crisis komt dan zal de verantwoordelijk behandelaar ervoor moeten zorgen dat hij terug kan naar de kliniek om weer te detoxen of een time out te hebben of om een rustperiode te hebben of verzin het maar (N1).”* Samen met deze verantwoordelijk behandelaar kan ook worden gekeken naar ambulante zorg. Cliënten die klinisch uitbehandeld zijn hebben dan de mogelijkheid behandeling te blijven volgen via de ambulante weg. Dit wordt vaak gedaan in de vorm van een terugvalpreventie. Hierop geven 2 van de 4 respondenten aan dat deze nazorg, net als de behandeling, vrijwillig is en er daardoor ook vaak vanaf zien. Het advies vanuit de verslavingszorg is om altijd een nazorg traject aan te gaan. *“We adviseren het wel altijd, want met een behandeling van drie maanden ben je niet ineens genezen in die zin, als je al kan genezen. Een verslaafde kan wel ander gedrag leren (N3).”* Opkomend binnen de nazorg is het inzetten van een ervaringsdeskundige. Deze ervaringsdeskundigen worden intern opgeleid en zijn ruim inzetbaar binnen het nazorgtraject. Alle respondenten zien heil in het inzetten hiervan, omdat deze uit het perspectief van het verslaafd zijn kunnen kijken.

Deelvraag 2: Welke krachten en belemmeringen komen hulpverleners tegen bij het werken met mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) die middelen gebruiken?

Krachten en belemmeringen bij de hulpverlener

Uit de antwoorden van de respondenten, zowel Z als N, blijkt een eenduidig beeld. Wat de hulpverleners ervaren binnen het werk met jongeren met een lvb komen overeen zoals die door Zoon (2012) beschreven. Waar zowel medewerkers van zorggroep Z als medewerkers binnen de verslavingszorg tegenaan lopen, is met name de korte motivatieboog bij jongeren met een LVB. Dit wordt door alle respondenten als één van de belemmeringen genoemd. Daarnaast wordt ook door alle respondenten de tragere verwekingssnelheid, wil tot directe behoeftebevrediging, makkelijk meegaan in sociale context en behoefte tot normaal zijn als belemmering genoemd. Daarbij wordt door 10 van de 12 respondenten heel duidelijk benoemd dat het gebruik van drugs voor deze doelgroep ook kan dienen als medicatie. Veel van de jongeren met een lvb hebben geen vertrouwen in de medicatie, omdat niet meteen werkt. Het roken van een joint doet dat wel, waardoor gezien wordt dat lvb jongeren snel geneigd zijn naar wiet of andere middelen te grijpen. Een respondent binnen zorggroep Z beschrijft dit als volgt: *“Hij kreeg medicinale thee daar kreeg hij die in de ochtend en avond. Bij hem was ook sprake van niet gediagnosticeerde pijn, dus een stukje pijnbestrijding, maar hij deed het daar*

heel goed op. Die jongen is uitbehandeld en komt bij ons en de thee wordt niet meer vergoed. Dus dat wordt niet voortgezet en er is geen psychiater voor hem die dat wil uitschrijven, waardoor hij weer terugvalt in het bezoek aan de coffeeshop en daarin enorm gaat experimenteren om zijn niet gediagnosticeerde pijn te bestrijden(Z4)."

Wat daarbij komt is het hebben van een open setting. Respondenten binnen zorggroep Z benoemen dat het lastig is om jongeren met drugsproblematiek te begrenzen, omdat de mogelijkheid tot sancties ontbreken. Dit noemen 5 van de 8 respondenten van zorggroep Z. "Het lastige is natuurlijk, wij zijn geen behandelsetting dus we moeten het met minder middelen doen en daarnaast zijn wij een open setting dus kunnen wij vrijheid beperkende interventies niet doen (Z6)."

Zoon (2012) onderbouwt deze uitspraken door te stellen dat LVB jongeren een achterstand hebben op cognitief, sociaal en/of emotioneel vlak. Alle belemmeringen die door respondenten genoemd worden kunnen in een van deze drie categorieën ondergebracht worden. Daarnaast bestaat het risico dat jongeren met een LVB drugs gebruikt als medicatie. Daarbij focust een jongere zich op een bevrediging van behoefte op korte termijn. Deze behoefte richt zich op het verminderen van psychische klachten of psychisch en/of fysieke pijnen (Hammink, Schrijvers, & Mheen, 2014).

Krachten die hulpverleners tegenkomen kenmerken zich in twee groepen. Enerzijds wordt door de respondenten persoonlijkheid genoemd. Anderzijds worden krachten genoemd die in het algemeen gezien worden bij jongeren. Daarin geven 8 van de 12 respondenten aan dat jongeren met een LVB op hun eigen manier eerlijk zijn. *"Wat ik vaak zag bij ze is dat ze vrij eerlijk zijn in hun gevoel. Boos is boos en blij is blij, het is lastiger voor ze om daar een masker overheen te plakken(Z3)."* Dit wordt bevestigd door: Daarnaast noemen 7 van de 12 respondenten de eigenschap creativiteit. Deze creativiteit wordt breed omschreven als creativiteit in dingen maken of knutselen, maar ook als denkwijze. De denkwijze creativiteit wordt door een hulpverlener van zorggroep Z benoemd als op een creatieve manier aan spullen op hulp komen. *"Jongeren met lvb problematiek zijn vaak heel creatief. Ik heb altijd wel gezien dat ze veel bezig zijn met muziek, rappen zag je heel veel, beats maken deden ze veel en ook wel creatief in knutselen, dingen maken dat soort dingen (Z3)."* Als het gaat om een creatieve manier van denken wordt gezegd: *"Bijvoorbeeld woorden opvangen vanuit de omgeving en die woorden dan inzetten terwijl de context helemaal niet klopt. Maar in hun beleving van als ik dit in ga zetten dan lijkt het alsof ik het begrijp(Z7)."* Verdere positieve kenmerken die toegekend worden zijn: behulpzaam, staan voor mensen klaar, als iemand oke is werken ze goed samen naar vermogen, willen veel doen om erbij te horen, zijn gemotiveerd als normaal gezien te worden.

Naast algemene krachten wordt ook de persoonlijke krachten genoemd. *"Ieder mens heeft zijn dingen wat hij leuk vind, dat hebben wij ook en daar zijn ze dan goed in. Ze zijn niet stom, ze hebben ook hun eigen talenten. Dat kan bij de een zijn ict en bij de ander in de tuin werken, maar dat zijn dan dingen waar ze heel goed in zijn (Z5)."* Vanuit de theorie wordt weinig gezegd over de krachten van jongeren met een LVB. De respondenten zijn hier zeer eenduidig in en binnen de antwoorden zitten grote overeenkomsten. Bovenstaande voorbeelden wordt door alle respondenten met eigen woorden benoemd. Daarvoor acht de onderzoeker het genoeg valide om het mee te nemen in de resultaten.

Krachten en belemmeringen binnen zorggroep Z

Bij alle respondenten Daarin toont de ervaring van de verschillende respondenten dat de presentiebenadering zijn vruchten afwerpt bij de begeleiding van jongeren met een LVB. (niet weten hoe om te gaan met open kader en drugs, geen consequenties, geen beperkingen, gemis aan handvaten om goed te kunnen begeleiden.

Alle respondenten zijn in staat verschillende negatieve ervaringen te noemen als het gaat om de behandeling van LVB jongeren die verslaafd zijn. Redenen daarvan komen sterk overeen en lopen uiteen van slechte communicatie tot het niet weten van een behandeling gericht op LVB. Wanneer gevraagd wordt naar inzicht in de behandeling van jongeren met een LVB bij verslavingsklinieken komt bij 5 van de 8 respondenten van zorggroep Z terug dat deze er niet is. *“Nee, die bestaat volgens mij niet eens. Novadic voortdurend aan dat ze er niks mee kunnen(Z5).”* Alle 8 respondenten geven aan weinig tot niks mee te krijgen van de behandeling op zichzelf. Wanneer jongeren in behandeling zijn binnen verslavingszorg, wordt er door de respondenten van zorggroep Z inzicht in de behandeling gemist. Daarbij kunnen de respondenten ook geen antwoord geven op de vraag of zij een beeld hebben van hoe een behandeling voor LVB problematiek eruit ziet. Binnen de interviews worden verschillende casussen aangedragen waarin jongeren met een LVB opgenomen worden binnen de verslavingszorg. 6 van de 8 respondenten geven daarbij aan dat zij bij aanvang zich al afvragen of de cliënt het volhoudt. Daarbij spreken 2 respondenten uit dat zij geen enkele succeservaring hebben als het gaat om jongeren met een LVB die behandeld zijn voor een drugsverslaving. Een van de respondenten geeft op de vraag naar succeservaring met behandeling van jongeren met een LVB het volgende antwoord: *“Slecht, van alle keren dat ik dat heb meegemaakt is er geen een die er succesvol is uitgekomen(Z8).”*

Krachten en belemmeringen bij de ketenpartner

Wat door werkers binnen de verslavingszorg wordt gezien sluit aan bij de belemmeringen die genoemd worden door de werkers binnen zorggroep Z. Vanuit de verslavingszorg wordt het onvermogen de wereld te snappen genoemd als grote trigger om drugs te gaan gebruiken voor LVB jongeren. Daarbij wordt genoemd dat er een te grote verwachting wordt gedaan vanuit de context met daarbij te weinig ondersteuning waardoor jongeren met een LVB het dagelijks leven niet meer kunnen overzien. *“Daarnaast heb je het probleem dat ze door anderen constant overschat worden waardoor ze op hun tenen moeten gaan lopen en dat houden ze maar heel kort vol(N2).* Dit sluit wederom aan bij eerder genoemd onderzoek (Dr. Greeven & Dr. Roozen, 2011). *“Tijdens een behandeling hebben we niks te klagen over dingen als financiën, dat is altijd wel voldoende (N4).”* Hiermee wordt aangegeven dat de werkers binnen de verslavingszorg geen belemmeringen zien op financieel gebied. Dit is tegenovergesteld aan de uitkomsten binnen zorggroep Z. Bij deze groep respondenten noemde 5 van de 8 de financiën, met bijbehorende gevolgen, een belemmering voor de zorg bij LVB jongeren met een verslavingsproblematiek. Een andere belemmering die genoemd wordt bij werkers in de verslavingszorg is het vaak ontbreken van de transfer van aangeleerd gedrag bij LVB jongeren.

Alle werkers noemen het gebrek aan vaardigheden kenmerkend voor jongeren met een LVB. Daarbij lopen de werkers aan tegen het feit dat de jongeren gedrag leren binnen de kliniek, maar dit thuis niet kunnen implementeren. Daarin wordt door 3 van de 4 werkers binnen de verslavingszorg aangegeven zoekende te zijn, omdat behandeling in de oude context vaak niet haalbaar is. Een van de respondenten omschrijft dit als volgt: *“Op het moment dat de behandeling is afgerond, moet worden gezocht naar een juiste vervolgstap, dat kan zijn beschermd wonen, maar veel jongeren willen dan gaan. Dan gaan ze naar huis en dan blijkt het geleerde in praktijk brengen wel erg lastig. Dit kan ook zo zijn wanneer zij beschermd gaan wonen, maar zeker in de oude context (N1).”*

Door alle respondenten werkzaam binnen de verslavingszorg worden specialistische kennis van beide doelgroepen en ervaring in het werken met beide groepen als kracht gerekend van de organisatie. Daarbij wordt als voorbeeld genoemd dat zij alles binnen krijgen. Daardoor is ontwikkeling opgetreden waarbij is geleerd om met alle groepen in combinatie met verslavingsproblematiek te werken. Daarnaast geven 2 respondenten aan dat er de mogelijkheid bestaat tot op en afschalen van zorg. Daarmee wordt bedoeld dat zorg intensiever kan worden ingezet wanneer een cliënt moeite heeft met de behandeling of de motivatie dreigt kwijt te raken. Door alle 4 de respondent wordt de inzet van ervaringsdeskundigen benoemd als kracht. Deze ervaringsdeskundige kunnen zich beter inleven in de cliënt, waardoor een vertrouwensband vanuit een andere invalshoek kan worden opgebouwd. *“Ervaringsdeskundigen kunnen toch vanuit een andere hoek insteken, zij begrijpen de verslaving waardoor een cliënt toch een andere band voelt (N2).”* Daar voegt 1 van de respondenten nog aan toe dat ervaringsdeskundigen ook door de instelling zelf worden opgeleid. Dat zorgt er volgens deze respondent voor dat de deskundige ook vanuit de werkwijze werkt die beoogd wordt.

Deelvraag 3: Wat is nog nodig aan ondersteuning om terugval bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) te beperken?

Kennis en vaardigheden

Binnen zorggroep Z zijn de respondenten het unaniem eens dat er meer kennis nodig is binnen de instelling op gebied van lvb en drugsgebruik. 5 Respondenten geven aan ook de individuele problematiek graag beter te begrijpen doormiddel van bijvoorbeeld bijscholing. Naast meer kennis noemen 6 van de 8 respondenten ook de wens om meer handvaten te krijgen vanuit ketenpartners hoe om te gaan met ongemotiveerde cliënten op het gebied van afbouwen van drugsgebruik.

Respondenten binnen zorggroep Z geven allen aan de methodiek oplossingsgericht werken als prettig te ervaren en hier resultaten mee kunnen behalen. De belemmering daarin treedt op wanneer de motivatie bij de jongeren verdwijnt. Van de 8 medewerkers binnen zorggroep Z geven 7 aan graag tips te krijgen hoe oplossingsgericht werken in te zetten bij LVB jongeren met drugsproblematiek. Eerder is in het theoretisch kader beschreven hoe oplossingsgericht werkt bij LVB jongeren. Daarbij is gesteld dat de slagingskans van deze methodiek onder andere heeft te maken met afstemmen van de communicatie, concreet maken van taal en het creëren van een veilige leefomgeving (Roeden & Bannink, 2007).

Zowel binnen zorggroep Z als binnen het verslavingswerk kome een aantal kenmerken naar voren die nodig zijn om jongeren met verslavingsproblematiek gecombineerd met LVB te begeleiden. Wat door alle respondenten genoemd wordt is de houding van de hulpverlener als basis van de relatie. Daarbij dient de hulpverlener aan te sluiten bij de cliënt en eerste te volgen om te kunne leiden. Daarvoor is onvoorwaardelijke aansluiting nodig volgens 8 van de 12 respondenten.

Wensen binnen zorggroep Z

Bij de respondent werkzaam bij zorggroep Z zijn een aantal duidelijke wensen. Van de 8 respondenten geven er 4 aan behoefte te hebben aan flexibel ingezette uren om daarmee cliënten op maat te kunnen ondersteunen. Door uren flexibel in te zetten, bijvoorbeeld door kleine contracten op basis van 0 tot 16 uur, kan de zorg verhoogt worden wanneer nodig en verminderd wanneer er een stabiel beeld is. Daarnaast komt bij alle 8 de respondenten de personele bezetting terug. Daarin worden twee wensen uitgesproken. De ene wens is dat er meer personeel aangenomen wordt, eventueel in de context hierboven beschreven. De tweede wens is een eigen locatie waar lvb jongeren wonen die een chronische probleem hebben met middelen gebruik. Binnen deze setting zou dan een kleinere groep cliënten moeten wonen, waardoor er veel individuele aandacht gegeven kan worden door begeleiding.

Eerder is door meerdere werknemers binnen zorggroep Z aangegeven dat er een belemmering bestaat binnen de samenwerking met ketenpartners op het gebied van verslavingszorg. Daar richt zich alle respondenten de wens op. Elke respondent spreekt zich uit een betere samenwerking te wensen met verslavingszorg. Deze samenwerking wordt unaniem gezien in betere communicatie, beter overleg en casuïstiek bespreking en daarnaast richt zich de samenwerking op preventiewerk vanuit de ketenpartner. Daarnaast wordt door 4 van de 8 respondenten uitgesproken een setting te willen waarin gebruik gereguleerd en gedoseerd kan worden toegestaan met de veiligheid te waarborgen. Daarin doen 2 van deze 4 de uitspraak zelfs open te staan om als begeleiding medicinale drugs, zoals wiet, te willen verstrekken. "Of als je ziet van voor jou is het niet meer haalbaar of is het sowieso niet haalbaar om te stoppen dat je gaat kijken van hoe gebruik je dan wel. Ik zie dan echt wel heil in een gebruikershuis (Z1)."

Tot slot benoemen 2 van de respondenten over te weinig middelen te beschikken om op dit moment kosten intensieve veranderingen door te voeren. Daaruit ontstaat de wens om het budget te bekijken om zo te kijken waar budget ligt tot intensievere begeleiding als aanvulling op de wens om zorg hybride op te kunnen schalen.

Samenwerking

"Wanneer iemand uitbehandeld is, zal er eigenlijk altijd een vinger aan de pols gehouden moeten worden. Een soort triage werk eigenlijk, dat zou mijn advies zijn (N2)." Dit citaat geeft de overkoepelende mening van de respondenten binnen de verslavingszorg weer. Binnen de verslavingszorg wordt door de respondenten gezien dat er een sterk netwerk om de cliënt met een LVB gebouwd moet worden. Door een sterk netwerk te bouwen voelt de jongere zich gesteund en

wordt de kans dat deze steun gaat zoeken bij zogeheten foute vrienden kleiner geacht. Bij 3 van de 4 respondenten komt ter sprake dat de samenwerking met woonbegeleiding geregeld zeer stroef verloopt. De rede hiervoor is lastig aan te wijzen. Wat gemerkt wordt is dat wanneer een jongere gaat of terugkeert naar een beschermde woonvorm, dat het contact vaak niet consequent onderhouden wordt. Een van de respondenten uit het idee dat binnen behandeling de zorg intensiever is waardoor de jongeren ook meer in het zicht zijn van de hulpverleners. Daardoor is er volgens deze respondent een continu beeld van de jongeren en heeft deze binnen beschermd wonen meer vrijheid waardoor monitoring verminderd. Het volgende citaat toont het bovenstaande aan: *“Wij zijn behandeling, dat houdt in dat wij heel intensief van 8 uur ’s ochtends tot 6 uur ’s avonds met de jongeren bezig zijn. Binnen beschermd wonen is vaak in minder intensief programma, waardoor er mee vrijheid ontstaat. Mijn ervaring is dat binnen deze woonvorm daarmee ook minder gemonitord wordt waardoor collega’s daar vaak een minder concreet beeld kunnen schetsen van hoe het met een jongere gaat (N4).”* De wens van deze respondent zou dan ook zijn dat begeleiding binnen beschermde woonvormen opgeschaald zou kunnen worden wanneer er sprake is van LVB problematiek en (ex)verslaving. Dit sluit aan bij de respondenten die zeggen dat de doelgroep jongeren met een LVB bij de hand meegenomen moeten worden. Aan de hand begeleiden en de stappen met de cliënt samen doen. Door naast de cliënt gaan staan hem meenemen in dagelijkse dingen en zo te gelijker tijd drugsgebruik kunnen monitoren. Dit antwoord komt overeen met wat eerder beschreven is binnen het theoretisch kader. Door de jongere intensief te volgen kan gewerkt worden vanuit de eigen kracht van de cliënt (Advies Commissie Toekomst Beschermd Wonen, 2011).. Zoals eerder genoemd is de ervaring van de respondent dat jongeren met een LVB sterk de wens hebben de eigen regie te behouden. Daarmee wordt de presentiebenadering als aansluitende methodiek genoemd (Stichting Presentie, 2011).

Het is volgens 3 medewerkers binnen de verslavingszorg na een behandeling van belang misstappen van een jongere te begeleiden, maar daarbij alert te zijn op terugval. *“Wanneer iemand tijdens de behandeling of de nazorg gebruikt, ga je met hem een terugvalanalyse doen. Mijn voorkeur heeft dan dit bij LVB’ers individueel te doen. Daarbij ga ik niet te lang in op de gebeurtenis, alleen zoeken naar wat een volgende keer anders kan. Ik let dan wel op welke frequentie de misstappen hebben, want van een misstap naar structureel gebruik dat gebeurt snel (N4).”*

Hoofdstuk 5: Conclusie

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten beschreven aan de hand van de antwoorden gegeven door verschillende respondenten uit de eerder omschreven steekproef. Aan de hand van de resultaten en koppeling daarvan aan de theorie kunnen enkele conclusies getrokken worden. Vanuit eerder beschreven resultaten kan in dit hoofdstuk een conclusie getrokken worden aangaande de hoofdvraag van het onderzoek. Verder worden in dit hoofdstuk verschillende aanbevelingen gedaan voor de beroepspraktijk onderbouwd met de onderzoeksresultaten. Bij de aanbevelingen wordt rekening gehouden met de mogelijkheid tot implementatie in de praktijk.

Hoofdvraag: Hoe kunnen hulpverleners binnen zorggroep Z cliënten met een Licht

Verstandelijke Beperking (LVB), na terugkomst vanuit de klinische setting voor verslaving bij terugkomst begeleiden om een terugval in verslavende middelen te beperken?

Uit de antwoorden van de respondent blijkt dat het bieden van zorg aan jongeren met een LVB een heel individueel traject is wat specialisme vereist. Op dit moment wordt binnen zorggroep Z gezocht naar wat de juiste manier van begeleiden is voor deze jongeren met daarnaast verslavingsproblematiek. Sleutelwoord in deze begeleiding is aansluiten. Er moet worden aangesloten bij de cliënt en daarbij dient de juiste match gezocht te worden in bijvoorbeeld het persoonlijk begeleiderschap. Het bieden van nabijheid, naast de cliënt gaan staan en volgen van de cliënt gaan daarbij gepaard met het begrip aansluiten bij de cliënt. Dat wordt door de respondenten binnen de verslavingszorg ondersteund. Binnen de verslavingszorg is er aandacht voor de verslaving, maar wordt gefocust op de dagelijkse taken en routine bij jongeren met een LVB. Daarbij dienen de cliënten aan de hand te worden meegenomen. Dit wordt door de medewerkers binnen zorggroep Z beaamt. De onderzoeker kan concluderen dat wat betreft bejegening van het individu beide organisaties op één lijn liggen.

Waar bij de behandeling en de woongroep het verschil in zit is de verwachting van behandeling tegenover de daadwerkelijke behandeling, zoals te lezen in de resultaten. Door verwachtingen af te stemmen op elkaar komt er een duidelijker beeld naar voren van wat realiseerbaar is binnen de zorg voor jongeren met LVB problematiek en een verslaving. Bij de respondenten komt vooral de dagelijkse structuur naar voren als behandeldoel. Verwachtingen vanuit zorggroep Z richten zich op inzicht in gebruik en behandelen van redenen tot gebruik. De onderzoeker kan daaruit concluderen dat er geen eenzijdig beeld is richting de verslavingszorg en de werkwijze tot verminderen van drugsgebruik grote verschillen laat zien. Dit aspect komt later terug in dit hoofdstuk als het gaat om de samenwerking met ketenpartners. Een afstemming van de behandeling op de woonvorm draagt er toe bij dat verwachtingen overeenkomen. Dit heeft als gevolg dat er één lijn komt waar het gaat om vermindering in middelengebruik en voorkomen van terugval. Wanneer verwachtingen en doelen helder zijn voor elkaar is de kans van een succesvolle behandeling groter (van Reybrouck, Vandeburie, & Soyez, 2011).

Uit de resultaten komt naar voren dat de samenwerking met ketenpartners in de verslavingszorg minimaal is. Dit is de ervaring van alle respondenten binnen zorggroep Z. Vanuit de andere groep respondenten is weinig bekend over zorggroep Z. Daaruit mag geconcludeerd worden dat het gevoel van de medewerkers binnen zorggroep Z klopt. Daarmee kan de onderzoeker stellen dat binnen de samenwerking met ketenpartners een grote stap te maken valt. Hierop zal dan ook een aanbeveling worden gedaan waarin samenwerking gemotiveerd wordt om daarmee een cliënt beter te kunnen helpen (van der Klauw, et al., 2016).

Binnen belemmeringen wordt gesproken over het missen van een warme overdracht. Een warme overdracht zorgt ervoor dat doorlopen behandeling en het vervolgtraject zo concreet mogelijk op elkaar aansluiten. Door het bewerkstelligen van een warme overdracht wordt de cliëntveiligheid zo goed mogelijk gewaarborgd (Vermeer, 2012). Uit de resultaten blijkt dat deze warme overdracht geregeld ontbreekt. De onderzoeker concludeert daarmee dat hierin een stap te behalen valt voor de medewerkers van zorggroep Z. Het implementeren van een warme overdracht met instellingen binnen de verslavingszorg draagt bij ter bevordering van de begeleiding van jongeren met een LVB die terugkomen uit klinische setting voor verslavingsproblematiek.

Vanuit de methodiek oplossingsgericht werken wordt gesproken over het creëren van een veilige leeromgeving. Uit de resultaten blijkt dat jongeren met een LVB vaak moeite hebben met het maken van een transfer van het geleerde in de kliniek naar uitvoer in de praktijk. Wanneer gesproken wordt over veilige leeromgeving kan dit in elke vorm zolang de cliënt een prettig gevoel ervaart. Daarmee kan de onderzoeker voorzichtig de conclusie trekken dat er mogelijkheden liggen binnen de behandeling in eigen omgeving in combinatie met de methodiek oplossingsgericht werken (Zoon, 2012). Een respondent vanuit zorggroep Z haalt dit voorbeeld aan door te stellen: *“Soms moet je jongeren met een LVB ook gewoon laten leren op een concrete manier. Het is lastig bij deze doelgroep voorwaarden te stellen. Als jij dit dan dat werkt vaak niet. Ik ben heel erg voor het leren in de eigen omgeving ook als dit gaat over minderen of stoppen met drugs gebruiken (Z2).”*

Uit de resultaten komt duidelijk de wens naar voren voor het opzetten van een setting die beschermd wonen biedt in kleinschalige vorm waarbij personeel gespecialiseerd is in lvb problematiek en verslavingsproblematiek. Daarbij wordt door meerdere de toevoeging gedaan eventueel medisch drugs te verstrekken. Aangezien er geen specifiek onderzoek gedaan is naar deze setting kan geen conclusie gedaan worden ten opzichte van de mogelijkheid tot deze woonvorm. Wel kan de onderzoeker concluderen vanuit de resultaten dat zowel professionals als gemeente en het zorgkantoor zoekende is in de begeleidingsvorm van deze doelgroep. De onderzoeker kan daaruit concluderen dat een onderzoek naar een desbetreffende woonvorm ondersteuning kan bieden voor jongeren die terugkomen uit een klinische setting voor verslavingsproblematiek. Kort gezegd wordt voorzichtig de conclusie getrokken dat een groeiende wens is tot kleinschalig wonen voor lvb jongeren met verslavingsproblematiek.

Aanbevelingen

Doel van dit onderzoek is geweest om te kijken naar de behandeling en nazorg van drugsverslaving bij lvb jongeren en hoe hier binnen het beschermd wonen van zorggroep Z beter bij aan te sluiten. Bij het opstellen van de aanbevelingen wordt rekening gehouden met zowel de mogelijkheden en belemmeringen van zorggroep Z dan wel die van de gesproken verslavingsinstelling. De aanbeveling zal per punt uitgewerkt worden. Daarbij wordt rekening gehouden met de tijd die nodig kan zijn voor implementatie en het werken vanuit eerder omschreven kaders en methodieken.

- Allereerst is er de wens vanuit begeleiding om meer kennis en vaardigheden op te doen in het werken met de doelgroep jongeren met een LVB en bekend met middelengebruik. Daarvoor is enige basiskennis relevant. Zorggroep Z gaat de mogelijkheid onderzoeken om van beide doelgroepen meer kennis in huis te halen. Dit kan doormiddel van het aannemen van gespecialiseerd personeel op het gebied van LVB en op het gebied van verslavingszorg. Hiervoor zal zorggroep Z enkele vacatures uit dienen te zetten waarbij dit als voorwaarde wordt gesteld voor een eventueel sollicitatiegesprek.
- Zorggroep Z gaat ter kennisbevordering op zoek naar mogelijkheden tot bijscholing van het bestaande personeel waar het gaat om kennis en kunde op het gebied van werken met LVB jongeren, drugsverslaafden jongeren en de combinatie hierin. Dit kan gedaan worden doormiddel van cursussen buiten werktijden om met als aanvulling casuïstiek bespreking binnen de intervisieavonden waarbij een of meerdere medewerkers van een verslavingsinstelling aansluiten.
- Binnen zorggroep Z wordt per locatie een contactpersoon aangesteld om vragen neer te leggen die spelen bij begeleiders. Deze vragen kunnen leidraad zijn voor eventuele verdere specialisatie. Dit onderbouwd vanuit het antwoord van respondenten niet te weten waar hun vragen te stellen.
- Op management niveau gaat zorggroep Z het gesprek aan met verschillende instanties die zich specialiseren in verslavingszorg. Doel van deze gesprekken is de samenwerking verbeteren ten behoeven van de cliënt. Daarbij kan gedacht worden aan het aanstellen van contactpersonen per locatie om de communicatie duidelijk te laten verlopen. Inzichtelijk dient in deze gesprekken te worden waar de aanspreekpunten bij de partner liggen. Losse contacten op de werkvloer worden die al bestaan worden aangevuld met contact op management niveau waarin de organisatie zich kwetsbaar opstelt om mogelijkheden en onmogelijkheden te bespreken. In het gesprek wordt gebruikt gemaakt van een oplossingsgerichte benadering. Doormiddel van oplossingsgericht een gesprek te voeren kan snel het probleem, in dit geval een slechte samenwerking, verkend worden en samen gekeken worden naar oplossingen (Roeden & Bannink, 2007).

- Wanneer een cliënt met ontslag gaat uit een behandelinstelling voor verslavingsproblematiek neemt de professional die betrokken is bij deze cliënt zelf het initiatief tot aansluiten bij een exit gesprek. Daarbij wordt gewerkt vanuit eerder genoemde nabijheid en aansluiten bij de cliënt. Door aan te sluiten bij dit gesprek wordt een warmere overdracht gecreëerd wat bijdraagt aan een reducering van het risico op terugval (Vermeer, 2012). Dit zal bij opname al moeten worden afgesproken met de cliënt en de behandelsetting om onduidelijkheid bij de jongere en behandelaar te voorkomen.
- In een van de interviews wordt opgemerkt dat de lage budgetten en hoge werkdruk de kans voor nevenactiviteiten van begeleiders in de weg staat. Zorggroep Z gaat onderzoeken welke mogelijkheid er is tot het opstarten van een projectgroep waarin de zorg voor lvb jongeren met een drugsverslaving centraal staat. Het doel van deze projectgroep is het implementeren van deze aanbevelingen. Daarmee wordt ervoor gezorgd dat het management zich kan richten op dagelijks bestuur en het voeren van het gesprek met de ketenpartner. Vanuit deze projectgroep kunnen voorstellen worden gedaan ter bevordering van de specialisatie op het gebied van LVB en verslavingszorg.

Aanbeveling voor verder onderzoek

- Het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek onder cliënten die bekend zijn met middelen gebruik om te bepalen waar voorkeuren liggen met betrekking tot begeleiding , behandeling en nazorg.
- Het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek om te bepalen wat de randvoorwaarden zijn voor het starten van een setting binnen de huidige organisatiestructuur waarbij LVB jongeren met gebruik kunnen wonen. Hierbij wordt onderzoek gedaan naar de voorwaarden die gelden om een setting te starten waar jonge lvb gebruikers wonen en daarbij begeleiding optioneel drugs kan verstrekken om gebruik te beperken.

Hoofdstuk 6: Discussie

In het zesde hoofdstuk van dit onderzoek wordt kritisch gekeken naar de praktische bruikbaarheid van het onderzoek voor de beroepspraktijk. Ook wordt de betekenis van dit onderzoek besproken. Dit wordt gedaan door de conclusie te verbinden aan de eerder gestelde probleemanalyse. In het tweede deel van dit hoofdstuk wordt een sterkte en zwakteanalyse gemaakt om hiermee de resultaten van dit interview op waarde te schatten. De validiteit van dit onderzoek is eerder besproken in hoofdstuk 3.

Betekenis en bruikbaarheid

Op macro niveau komt naar voren dat er onvoldoende aanbod is om te voldoen aan de vraag op geschikte zorg voor jongeren met een LVB en verslavingsproblematiek en deze zo volwaardig mogelijk mee te laten draaien in de maatschappij. De aanbeveling meer onderzoek te doen naar het opzetten van een gebruikershuis speelt in op het gebrek aan dit aanbod rekening houdend met de zorgvraag. Daarnaast is in de probleemanalyse sprake van overvraging van het individu ten gevolge van de participatiewet. Door te stellen dat dit dusdanig veel onrust oplevert dat jongeren naar drugs grijpen als uitvlucht. Dit is in dit onderzoek, mede in de conclusie, duidelijk naar voren gekomen, waarop ook aanbevelingen zijn gedaan. Op mesoniveau heeft dit onderzoek zich gericht op de begeleiding en de behandeling van jongeren met LVB problematiek binnen zorggroep Z. Daarbij heeft dit onderzoek zich gericht op de behandeling van jongeren binnen de verslavingszorg en hoe dit te kunnen implementeren bij zorggroep Z. Daarin is geconcludeerd dat voor deze implementatie er eerste een samenwerking op gang dient te komen tussen organisaties. Daarmee kan de behandeling geïntegreerd worden binnen zorggroep Z, wat bijdraagt aan de oplossing van het eerder gestelde probleem. Binnen de krachten en belemmeringen op microniveau, bij de individuele cliënt, is gezocht naar een aanbeveling die aansluit bij zorggroep Z. Gezien de feedback van de presentatie is zorggroep Z tevreden met de uitkomst hiervan. Daarmee kan de onderzoeker stellen dat het onderzoek van betekenis en daarmee heeft voldaan aan het eerder gestelde doel.

De onderzoeker heeft de keus gemaakt het onderzoek te richten op zorggroep Z. Daarvoor zijn de aanbevelingen ook specifiek gericht op deze instelling. Daarbij is niet speciaal rekening gehouden met de implementatie bij andere instellingen. Echter doordat de onderzoeker zich heeft gehouden aan de eerder beschreven methodologie kunnen aspecten van de aanbevelingen gebruikt worden binnen andere instellingen. Uit de presentatie van de eerste onderzoeksresultaten is gebleken dat werknemers van zorggroep Z de resultaten, conclusie en aanbevelingen bruikbaar vinden voor de praktijk. Daarbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat er nog vervolgonderzoek nodig is om het probleem in de probleemstelling verder op te lossen. Middels dit onderzoek is een deel van de oplossing gegeven in de vorm van enkele aanbevelingen. Daarnaast zijn er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek wat zorggroep Z en daarmee het agogisch domein kan helpen ten aanzien van de probleemstelling.

Betrouwbaarheid en validiteit

De validiteit van het onderzoek is door de topiclijst gewaarborgd. Zoals in hoofdstuk 3 omschreven is deze lijst aangepast. Voorafgaand aan het onderzoek had de onderzoeker het idee twee afzonderlijke topiclijsten te gebruiken. Na overleg met de onderzoek docent is gekozen voor één topiclijst om zo

twee kanten te belichten over hetzelfde onderwerp. De topiclijst werd destijds goed geacht om beide groepen respondenten te interviewen. De onderzoeker staat nog steeds achter deze verandering. Waar het gaat om volwassen professionals binnen de zorg, acht de onderzoeker de topiclijst voldoende diepgang vragen en begrijpelijk voor beide groepen (Baarda B. , et al., 2013).

De onderzoeker heeft zoals in hoofdstuk 3 beschreven een aantal maatregelen getroffen om de betrouwbaarheid en validiteit te waarborgen. Deze methodologie heeft de onderzoeker stapsgewijs opgevolgd en gedurende het proces hier regelmatig kritisch naar gekeken om de betrouwbaarheid te vergroten. Voorafgaand is door de onderzoeker naar de respondent benoemd dat elke naam die genoemd wordt in verhalen geanonimiseerd wordt. Vervolgens is aangegeven dat geen enkele respondent met naam of letter wordt vermeld in het onderzoek. Dit heeft ertoe bijgedragen dat respondenten vrijuit antwoord hebben kunnen geven. De onderzoeker heeft bij het afnemen van de interviews rekening gehouden met de plek van het interview. Zo is geen enkel interview in een open ruimte afgenomen. Elk interview is in een ruimte naar keuze van de respondent gehouden. Hierbij is rekening gehouden met het feit of de respondent op zijn gemak is en vrijuit durft te antwoorden. Tijdens het afnemen van de interviews heeft de onderzoeker rekening gehouden met de subjectiviteit van de respondent. Daarom heeft de onderzoeker ervoor gekozen verhalen van de respondent regelmatig samen te vatten en gedurende het interview op een aantal zaken terug te komen wanneer de respondent van mening leek te veranderen. Ook is er een informed consent getekend voorafgaand aan elk interview.

Sterkte en zwakte analyse

Sterke kanten

In het onderzoek is gebruik gemaakt van een getoetste topiclijst. De topiclijst is getest aan de hand van een proefinterview. Naar aanleiding van dat interview zijn een aantal vragen vereenvoudigd. Na het proefinterview gaf de respondent aan een aantal vragen niet helemaal te begrijpen. Daarop heeft de onderzoeker besloten deze vragen te vereenvoudigen of te splitsen in twee kleinere vragen.

De probleemstelling is bij twee medewerkers binnen de zorggroep geverifieerd wat zorgt voor dat het probleem voldoende aantoonbaar is.

Door de betrokkenheid van de onderzoeker is er de mogelijkheid tussentijds zaken te bespreken en aanvullende vragen te stellen aan geïnterviewde respondenten. Daarnaast is het interpreteren van de gegeven antwoorden vereenvoudigd doordat de onderzoeker op de hoogte is van de casussen waarover is gesproken.

Er heeft er een tussentijdse verificatie plaatsgevonden met de zorgmanager die eerder de probleemanalyse heeft geverifieerd.

Doormiddel van afwisselende data verzameling en analyse waardoor interviews in elkaar zijn verweven en aandachtspunten of onduidelijkheden uit eerdere interviews zijn meegenomen naar volgende interviews.

De onderzoeker heeft feedback verkregen vanuit de praktijk tijdens de presentatie van de eerste resultaten, conclusie en aanbevelingen. Daarmee heeft de onderzoeker zijn onderzoeksresultaten en conclusie nog eens kritisch bekeken en kunnen bijstellen.

De steekproef binnen de verslavingszorg was een gerichte steekproef. Daarmee is gefocust op de meer ervaren werkers om een betrouwbaar beeld te schetsen van de actuele situatie.

Er is vanuit twee perspectieven data verzameld wat ervoor zorgt dat er een genuanceerd beeld is geschetst van het antwoord op het eerder gestelde probleem.

Aandachtspunten

Het onderzoek is uitgevoerd onder een bepaalde tijdsdruk. Zonder deze tijdsdruk had het onderzoek uitgevoerd kunnen worden met onder anderen het raadplegen van meer respondenten.

Er is vanuit twee kanten data verzameld wat betekend dat twee visies met elkaar vergeleken worden waardoor de resultaten elkaar op sommige vlakken tegenspreken. Echter, de onderzoeker heeft dit proberen te voorkomen door beide kanten te belichten en zich afzijdig te houden van welke kant gelijk heeft.

Het onderzoek is uitgevoerd met oog op een specifieke instelling waardoor resultaten, de conclusie en de aanbevelingen minder goed op breed sociaal vlak te implementeren zijn. Daartegenover staat wel dat er binnen de aanbevelingen ook voorwaarden worden geschetst die op meerdere instellingen voor beschermd wonen van toepassingen kunnen zijn.

De validiteit is eerder in hoofdstuk 3 omschreven. De onderzoeker blijft achter hetgeen staan wat daar eerder is gesteld.

De sterke kanten afgewogen tegenover de aandachtspunten binnen dit onderzoek acht de onderzoeker de resultaten van dusdanige kwaliteit dat de aanbevelingen bruikbaar zijn binnen het sociaalagogisch domein. Daarnaast heeft de onderzoeker de verificatie gekregen dat de resultaten kenmerkend zijn binnen zorggroep Z, waarmee bruikbaarheid en betekenis voldoende bewezen wordt geacht.

Bibliografie

- Advies Commissie Toekomst Beschermd Wonen. (2011). *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*. Den Haag : Vereniging van Nederlandse Gemeenten .
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der, & Goede, M.de (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der, & Goede, M. de (2013). Hoe kies je een opzet waarmee je de onderzoeksvraag beantwoordt. In B. Baarda, E. Bakker, T. Fischer, M. Julsing, V. Peters, T. van der Velden, & M. de Goede, *Basisboek kwalitatief onderzoek; handleiding voor eht opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (pp. 53-55). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der, & Goede, M. de (2013). Wat zijn kwalitatieve dataverzamelmethode. In B. Baarda, E. Bakker, T. Fischer, M. Julsing, V. Peters, T. van der Velden, & M. de Goede, *Basisboek kwalitatief onderzoek; handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (pp. 68-75). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der, & Goede, M. de (2013). Welke situatie, groep of persoon kies je; welk type onderzoekseenheid kies je: situatie, groep of persoon. In B. Baarda, E. Bakker, T. Fischer, M. Julsing, V. Peters, T. van der Velden, & M. de Goede, *Basisboek Kwalitatief Onderzoek; handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (pp. 85-92). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, H., Pickles, A., Wit, J. de, Borghouts-van de Pas, I., & Peters, M. (2014). *Arbeidsparticipatie jongeren met licht verstandelijke beperkingen*. Rotterdam: Ecorys.
- Bekker, J., & Witte, T. (2014). *Jeugdbeleid in transitie, de rol en invloed van sociale professionals op politiek-bestuurlijke beleidsvorming*. Bussum: Coutinho .
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Buisman, W. (2007). Module Nazorg. *Verslaving*, 57-58.
- Cauffman, L., & Dijk, D. J. van (2009). Oplossingsgericht werken. In L. Cauffman, & D. J. van Dijk, *Handboek oplossingsgericht werken in het onderwijs* (pp. 25-35). Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- CBS. (2015, Juli 17). *Drugsgebruik onder bevolking 15 tot en met 64 jaar*. Opgehaald van Website van het Centraal Bureau voor de Statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2015/29/drugsgebruik-onder-bevolking-van-15-tot-en-met-64-jaar-2014>

- Donkers, D. G. (2016, Mei 10). Presentietheorie, een kritische beschouwing; op zoek naar een constructieve verhouding tussen presentie en zelfregulering. *De Volkskrant*. Opgehaald van Website van zelfregie.
- Greeven, P.G., & Roozen, H.G. (2011). Achtergrond. In S. M. Godley, *De Adolescent Community Reinforcement Approach: Behandeling voor adolescenten met cannabismisbruik* (pp. 1-2). Vught: Novadic-Kentron.
- Greeven, P. G., & Roozen, H. G. (2011). Overzicht van de Acra sessies. In S. M. Godley, *De Adolescent Community Reinforcement Approach: Behandeling voor adolescenten met cannabisgebruik* (pp. 19-28). Vught: Novadic-Kentron.
- Hammink, A., Schrijvers, C., & Mheen, D. v. (2014). Alcohol- en drugsgebruik onder mensen met een licht verstandelijke beperking. *Verslaving*, 57-70.
- Hollander, M., & Oploo, M. van (2012, Juni). Met het oog op de toekomst. *Jeugdbeleid*, 89-94.
- IrisZorg. (2015, Maart). *Ik heb weer plezier in het leven; informatie over de ACRA-behandeling*. Opgehaald van Website van IrisZorg:
http://www.irisz.nl/sites/irisz.nl/files/field/attachment/acra_maart_2015_2.pdf
- IVO. (2008, Mei). *Rapport nazorg verslavingszorg*. Opgehaald van Website van IVO:
<http://www.ivo.nl/UserFiles/File/Publicaties/2008-05%20Rapport%20Nazorg%20verslavingszorg.pdf>
- Jellinek. (2015, December). *Wat zijn de effecten van Cannabis*. Opgehaald van Website van Jellinek:
<https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/wat-zijn-de-effecten-van-cannabis/>
- Kaal, H., & Tumpane, G. (2013). Kenmerken en problemen LVB. In A. Menger, L. Krechtig, & J. Bosker, *Werken in gedwongen kader* (p. 162). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Kaal, H., & Tumpane, G. (2013). Licht verstandelijke beperking - interventies en bejegening. In A. Menger, L. Krechtig, & J. Bosker, *Werken in gedwongen kader* (pp. 166-167). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Kaldenbach, Y. (2015, Januari). *De verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelings-stoornis) in de DSM-5*. Opgehaald van Website van de DSM-5: http://www.dsm-5-nl.org/documenten/dsm-5_whitepaper_yaron_kaldenbach_verstandelijke_beperking.pdf
- Kentra24. (2015, maart 26). *ACRA methode bij Kentra24*. Opgehaald van Website van Novadic-Kentron: <https://www.novadic-kentron.nl/wp-content/uploads/Novadic-Kentron-Kentra24-ACRA-brochure-DEF-online.pdf>
- Klauw, D. M. van der, Koning, L. de, Hollander, I., Rijk, R. van, Bakhuys Roozeboom, M. C., Schoone-Harmsen, M., Schraagen, J. M. (2016). Ontwikkeling van een serious game voor multidisciplinaire samenwerking in zorg en welzijn. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 146-153.

- KNMG. (2017, Januari). *Informed consent*. Opgehaald van Website van het KNMG : <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/informed-consent.htm>
- Koning, N. D. de, & Collin, P. J. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. *Kind en adolescent*, 138-147.
- Korfage, H. (2006-2008). *Ze mogen zichzelf zijn binnen de kaders, Eindrapportage Project LVG+*. Groningen: Regionaal Expertisecentrum Cluster 3 Noordoost Nederland.
- Kuiken, G. (2013). *De Effecten van Persoonlijke en Telefonische Coaching op Stoppen met Roken en de Modererende Invloed van Motivatie en Sociaal Economische Status bij patiënten met een Coronaire Hartziekte*. Heerlen: Open Universiteit Nederland .
- Lieshout, H. van (2014, Maart 17). Methodologie. Eindhoven, Noord-Brabant, Nederland.
- Lieshout, H. van (2015). College betrouwbaarheid en validiteit. *betrouwbaarheid en validiteit*. Eindhoven, Noord-Brabant, Nederland: Fontys Hogescholen Sociale Studies.
- Mortelmans, D. (2007). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- Movisie. (2010, Juni 14). *Cirkel van gedragsverandering*. Opgehaald van Website van Movisie: <https://www.movisie.nl/tools/cirkel-gedragsverandering>
- Movisie. (2015, December 8). *Voordelen van de participatiesamenleving*. Opgehaald van Website van Movisie: <https://www.movisie.nl/artikel/voordelen-participatiesamenleving>
- NJI. (2012, Januari). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Opgehaald van Website van het Nederlands Jeugd Instituut: http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/LVB_Kenmerken_en_oorzaken.pdf
- NJI. (2014). *vormen van nazorg* . www.nji.nl.
- Novadic-Kentron. (2016). *Terugval alcohol*. Opgehaald van Website van Novadic-Kentron: <https://www.novadic-kentron.nl/verwijzers-en-professionals/kennisbank-verwijzers/alcohol/terugval/>
- Regenmortel, T. van (2008). Kernconcepten van empowerment gelieerd aan ontwikkelingen in Nederland. In T. V. Regenmortel, *Zwanger van empowerment; een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg* (pp. 17-20). Eindhoven: Fontys Hogeschool Sociale Studies.
- Reybrouck, T. van, Vandeburie, J., & Soye, V. (2011). Behoeft en verwachtingen van familieleden van drugsgebruikers als basis voor gerichte ondersteuning. *Verslaving*, 34-46.
- Riemersma, D., & Dijkstra, D. (2013). *Drie wettelijke maatregelen en de invloed op de maatschappelijke participatie van mensen met een licht verstandelijke beperking*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.

- Rijksoverheid . (sd). *Gedoogbeleid softdrugs en coffeeshops*. Opgehaald van Website van de Rijksoverheid : <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/drugs/gedoogbeleid-softdrugs-en-coffeeshops>
- Rijksoverheid. (2009, April 09). *Coffeeshop beleid*. Opgehaald van Website van de gemeente Zwolle: http://decentrale.regelgeving.overheid.nl/cvdr/xhtmloutput/historie/Zwolle/34626/34626_1.html
- Rijksoverheid. (ZJ). *Gedoogbeleid softdrugs en coffeeshops*. Opgehaald van Website van de Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/drugs/inhoud/gedoogbeleid-softdrugs-en-coffeeshops>
- Roeden, J., & Bannink, F. (2007). Oplossingsgericht werken. In J. Roeden, & F. Bannink, *Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten* (pp. 15-40). Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
- Scheffers, M. (2010). *Sterk met een vitaal netwerk*. Bussum: Coutinho.
- Schrijvers, G. (2012, november 6). Zorgpaden en verslavingszorg: een introductie. Utrecht, Utrecht, Nederland.
- Sinke, J. (2014). *Onderzoek naar begeleiding aan LVB-Jongeren tijdens verhuizing van een behandelsetting naar (BOPZ)-woonlocatie*. Vlissingen: Hogeschool Zeeland.
- Stichting Presentie. (2011, Januari). *Wat is presentie?* Opgehaald van Website van stichting presentie: <http://www.presentie.nl/wat-is-presentie>
- Trimbos-instituut. (2015, Juni). *Waar bemoei ik me mee?* . Utrecht, Utrecht, Nederland .
- Uitert-Levy, T. van (2013, Februari 4). Is EMDR een alternatief voor behandeling van trek in verslavende middelen? . *Methodiek in de praktijk*, pp. 62-70.
- Vanderplasschen, W., & Wolf, J. (2010). Casemanagement bij drugsverslaafden. *Verslaving*, 82-88.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* . 's-Gravenhage: Boom Lemma Uitgevers.
- Vermeer, K. (2012, December). Goede overdracht vergroot patiëntenveiligheid. *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice*, 21-23.
- Vries, E de., & Janssen, W. (2008, Mei). *Beleidsadvies ter verbetering van het drugsbeleid binnen FPC de Beuken onderdeel van de Hoeve Boschoord*. Opgehaald van HBO Kennisbank: <http://chw.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:21600/DS2/>
- Weiden, J. van der (2007). Mensen in hun fysieke omgeving. In N. Wilterdink, & B. van Heerikhuizen, *Samenlevingen* (pp. 259-290). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Wildt, W. A. de (2005, Juli). *Behoeft aan nazorg*. Opgehaald van Nazorg na deeltijd en klinische behandeling: <http://www.resultatenscoren.nl/data/upload/Publication/files/nazorg-na-deeltijd-en-klinische-behandelingnazorgnadeeltijdenklinischebehandeling.pdf>

- Wildt, W. A. de, & Verster, A. (2007). *Nazorg na deeltijd en klinische behandeling*. Jellinek: Amsterdam.
- Wilms, J., & Verstappen, T. (2016, Oktober 4). Verificatie van de probleemstelling. (T. van den Berg, Interviewer)
- Zilfhout, P. (2014). De gedragscode van de HBO. *De gedragscode van de HBO*. Eindhoven, Noord-Brabant, Nederland: Fontys Hogescholen.
- Zon, P. van (2016, September 13). Verslavingszorg binnen Novadic Kentron. (T. van den Berg, Interviewer)
- Zoon, M. (2012, Januari). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Opgehaald van Website van het Nederlands Jeugd Instituut: http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/LVB_Kenmerken_en_oorzaken.pdf
- Zoon, M. (2012, Januari). *Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?* Opgehaald van Website van het Nederlands Jeugd Instituut: http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/LVB_Wat_werkt.pdf
- Zorggroep 't Zicht. (2016, Januari). *Visie en missie*. Opgehaald van Website van zorggroep 't Zicht: <http://www.zorggroeptzicht.nl/over-t-zicht/item/51-visie-en-missie>

Bijlage: Topiclijst

Topiclijst

Voorafgaand aan het interview

- Voorstellen van de onderzoeker
- Waarborgen van de anonimiteit en tekenen van het informed consent
- Heeft de respondent voorafgaand aan het interview nog vragen?

Algemene vragen

- Functie
- Aantal jaren werkervaring
- Inhoud van de werkervaring van de respondent

Werken met LVB jongeren?

- Wat zijn krachten van jongeren gediagnosticeerd met een LVB?
- Wat zijn belemmeringen van jongeren gediagnosticeerd met een LVB?
- Wat zijn volgens u methodieken die aansluiten als het gaat om de begeleiding of behandeling van LVB jongeren?
- Welke kennis dient een hulpverlener te bezitten om LVB jongeren met een verslaving aan drugs te begeleiden?
- Welke vaardigheden dient een hulpverlener te bezitten om LVB jongeren met een verslaving aan drugs te begeleiden?

Behandeling en begeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) en verslaving in drugsgebruik

- Hoe wordt de behandeling van LVB jongeren vormgegeven als het gaat om drugsgebruik?
- Hoe gaat uw organisatie om met LVB jongeren die verslaafd zijn aan drugs?
- Welke methodieken staan centraal in de begeleiding van LVB jongeren?
- Wat wordt er op dit moment gedaan ter preventie van een verslaving aan drugs bij LVB jongeren?
- Hoe zou u de samenwerking met partners die zich richten op de zorg rond LVB jongeren op dit moment omschrijven?

Terugval in gebruik

- Wat zijn volgens u de voornaamste redenen waarom jongeren met een LVB terugvallen in hun drugsgebruik?
- Wat wordt er op dit moment gedaan ter preventie van drugsgebruik?
- Wat wordt er op dit moment gedaan ter preventie van een terugval in drugsgebruik na behandeling?
- Wat is nodig ter preventie van een terugval in drugsgebruik?

- Hoe kan de hulpverlening beter inspelen op behandelde LVB jongeren als het gaat om een verslaving aan drugs?

Nazorg

- Wat wordt er op het moment gedaan binnen de nazorg aan LVB jongeren die behandeld zijn voor hun verslaving aan drugs?
- Welke methodieken staan centraal binnen het nazorgtraject?
- Wat zijn op dit moment belemmeringen als het gaat om nazorg?
- Wat is volgens als eerste nodig om de nazorg van LVB jongeren te verbeteren?

Overige vragen

- Zijn er nog dingen die u wilt toevoegen omtrent informatie over het onderwerp?
- Wilt u nog een ervaring delen met betrekking tot het onderwerp?
- Zijn er dingen die u gemist heeft in het interview?
- Heeft u nog vragen of opmerkingen over het interview?

Afsluiting en bedanken van de respondent

Bijlage: Informed consent

Informed Consent

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om een duidelijk beeld te scheppen wat op dit moment nodig is om jongeren binnen Zorggroep Z te ondersteunen na een behandeling voor verslaving op het gebied van cannabis. Uw deelname aan dit onderzoek geeft antwoord, inzicht en visie op de hulpverlening op dit moment en op de toekomst. De aanbevelingen gedaan in dit onderzoek dienen ter verbetering van de hulpverlening binnen Zorggroep Z en hulpverlening op gebied van verslavingsproblematiek.

Procedures

De onderzoeker richt zich op hulpverleners binnen zowel zorggroep Z als de hulpverlening op het gebied van verslavingszorg om te benaderen als respondent. De onderzoeksvraag die centraal staat in het onderzoek is: hoe kunnen hulpverleners binnen zorggroep Z cliënten met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) na terugkomst vanuit de klinische setting voor verslaving, in een nazorgtraject begeleiden om een terugval in verslavende middelen te beperken? De onderzoeker heeft u benaderd voor een interview. Dit interview minimaal een uur in beslag nemen en maximaal ongeveer negentig minuten. De datum en tijd is in overleg met u vastgesteld.

Betrouwbaarheid

Van het interview wordt een geluidsopname gemaakt. Deze geluidsopname zal na de verwerking en beoordeling van het onderzoek worden vernietigd. Namen van de respondent dan wel genoemde casussen of collega's zullen niet vermeld worden in het onderzoek. Deze namen zullen allemaal vervangen worden door een letter waarmee de anonimiteit gewaarborgd blijft. Van het geluidsbestand worden transcript geschreven. Ook hier worden geen namen genoemd. Na beoordeling van het onderzoek kan worden besloten om het onderzoek te publiceren binnen de HBO kennisbank. Auteursrechten hiervan zijn toegekend aan de auteur en Fontys hogescholen sociale studies te Eindhoven.

Nadelen aan deelname

Deelname aan het onderzoek heeft positieve gevolgen voor de doelgroep en onderzoekspopulatie. Op basis van onder anderen uw inzichten worden aanbevelingen gedaan ter verbetering van het werkveld. Echter, het kan voorkomen dat tijdens het onderzoek u zich niet veilig voelt of vragen niet wil beantwoorden. U hebt al het recht om vragen niet te beantwoorden of over te slaan. Mocht u tijdens het interview om welke reden dan ook willen afzien van deelname is dit mogelijk. U kunt het interview op elk moment afbreken. In overleg met de onderzoekers kunt u ervoor kiezen uw antwoorden deels mee te nemen in het onderzoek of helemaal niet. In dat laatste geval zal de opname direct worden vernietigd. Het afbreken van het onderzoek heeft geen nadelige gevolgen op de respondent.

Na beoordeling van het onderzoek wordt met goedkeuring van de opleiding de resultaten, conclusie en aanbevelingen met u gedeeld. U kunt op dit formulier aangeven of u dit wenst te ontvangen.

Overeenkomst met de respondent

☐ Respondent wil graag de onderzoeksresultaten ontvangen (aankruisen indien van toepassing).

De respondent verklaart met ondertekenen van dit formulier voldoende te zijn geïnformeerd door de onderzoeker. Met ondertekening verklaart de respondent akkoord te gaan met deelname aan het eerder beschreven onderzoek.

De respondent mag ten alle tijden contact opnemen met de onderzoeker wanneer er vragen zijn over het onderzoek zelf of zaken gerelateerd aan het onderzoek waaraan de respondent deelneemt. Hierin worden nooit gegevens van derden verstrekt.

Contact gegevens onderzoeker: Thijn van den Berg, 06-38166908, Thijn.berg@student.fontys.nl

Datum:

Datum:

Handtekening voor akkoord respondent

Handtekening voor akkoord onderzoeker

Bijlage: Codeboom

Behandeling	Verslavingszorg	
	Zorggroep Z	Geen idee Handen in het haar Niet voor doelgroep LVB Weinig over bekend Heeft geen nut Traag opgang Binnen 2 dagen terug Geen succeservaringen Doelen komen niet overeen
	Samenwerking	Niet aanwezig Verloopt moeizaam Wachtijden Demotiveert Binnen 2 dagen terug Moet van twee kanten komen
Nazorg	Samenwerking	Minimaal Geen Niet worden teruggebeld Geen preventie Geen aansluiting Zelf initiatief nemen Lijnen alleen op de werkvloer
	Mogelijkheden	Ambulante zorg Overleg F-act team Behandelplan
Verslaving	Reden voor gebruik	Stress Roesje Verdoving Zelfmedicatie Bij een groep horen Rust ervaren Geen hulp durven vragen Geluksgevoel Onrust Rijk worden

		Media Onveilige wereld Angst Coping Falen Vriendschap Stoer Aanzien Dat zie je in videoclip Rappers als inspiratie Medicatie werkt niet Overvraging door anderen Overvraging door zichzelf Zichzelf overschatten Verveling Gebrek aan daginvulling
	Reden voor terugval	Vriendengroep Eenzaamheid Overvraging Stress Bij een groep horen Snelle bevrediging Systeem is niet veranderd Oude vrienden Geen afscheid kunnen nemen Bewoners tussen ex verslaafden Lage drempel Afleiding
	Interventies	Huisregels Officiële waarschuwing Moeilijk Geen kaders Gesprekken Gesprek met pb'er Weinig nut Geen dwang Aansluiten Open communicatie Urine controles

		Uit zorg plaatsing Naar de kamer sturen Oplossings gericht werken Presentiebenadering Present zijn Preventieavond
Doelen	Zorggroep Z	Geen gebruik Beter begeleiden Motiveren Kaders bieden Kaders handhaven Stiekem gedrag vermijden Open gesprek Aparte setting Meer begeleiding Reden achterhalen Kwaliteit van leven bieden
	Verslavingszorg	Reguleren Triggers aanpakken Dagelijkse structuur Zelfzorg Onderhoud van kamer Onderhoud van financiën Uit het netwerk Met het netwerk Detox Afbouwen
	Cliënten volgens professional	Recreatief gebruik Afkicken Leven opbouwen Gebruik met voorwaarden Omdat het moet Beloning/straf
LVB	Vaardigheden begeleiding	Adequaat Eerlijk Open Voorspelbaar Zeggen wat je doet Doen wat je zegt Concreet

		Makkelijke taal Aansluiten Volgen Elke dag opnieuw kunnen beginnen
	Belemmeringen	Trage verwerkingssnelheid Makkelijk beïnvloedbaar Snelle behoefte bevrediging Disharmonisch profiel Snel afgeleid Verbaal sterk Snappen de wereld niet Raken snel in paniek Abstracte taal niet begrijpen Veel aansturing nodig Focus Beheer van financiën Overzicht houden Sociale contacten onderhouden Jonger dan kalenderleeftijd Sociaal Emotioneel op kinderleeftijd Cognitieve beperking
	Krachten	Eerlijk op een eigen manier Eerlijk in gevoel Creatief Gemotiveerd voor interesse Normaal willen zijn Doelgericht In het hier en nu Gericht op handelen Behoeft aan eigen regie

