

Afstudeeronderzoek

Autisme en verslaving. Komt het voort uit het autisme of is het toch de verslaving?

Een onderzoek naar de rol van een begeleider bij autisme en de bijkomende verslavingsproblematiek.



NAAM: THYRA VAN BERKEL
STUDENTNUMMER: 2466414
OPLEIDING: FONTYS SOCIALE STUDIES
PROFIEL: GGZ agoog, voltijd
KLAS: 4V05G
VAK: Afstudeeronderzoek
PERIODE: 3 & 4
DATUM: 21-06-2019
PROGRESSCODE: [89V4G-AFOZ](#)
AFSTUDEERDOCENT: Mariëlle Verhagen

Samenvatting

In Nederland is er in de zorg de laatste jaren veel veranderd. In Nederland heeft de participatiesamenleving zijn intrede gedaan en heeft er een kanteling plaatsgevonden vanwege de invoering van de WMO 2015. De rol van de professional is veranderd, omdat de cliënt nu in zijn eigen kracht gezet moet worden met behulp van het sociale netwerk. De indicatie voor beschermd wonen is veranderd, wat zorgt voor een complexere doelgroep. Bij beschermd wonen wordt er steeds vaker gesproken over een dubbele diagnose bij de cliënt. De doelgroep autisme wordt steeds bekender, omdat er steeds meer literatuurstudie naar wordt gedaan. Een thema, dat hierbij steeds naar voren komt, is autisme en verslaving. Bij de doelgroep is er steeds vaker sprake van verslavingsproblematiek. Onderzoek naar autisme en verslavingsproblematieken heeft helaas nog niet veel plaatsgevonden. Dit zorgt ervoor dat professionals zoekende zijn naar een passende werkwijze, die aansluit bij de gevraagde problematieken. Het doel van dit onderzoek is kennis te verzamelen over wat een complexe zorgbegeleider binnen beschermd wonen nodig heeft. Om dit te bereiken, is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *Hoe kunnen begeleiders binnen een beschermde woonvorm volwassen cliënten met normaal begaafd autisme en bijkomende verslavingsproblematieken begeleiden naar meer zelfredzaamheid?*

Om antwoord te kunnen geven op die onderzoeksvraag, wordt er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Binnen instelling X zijn er verschillende interviews afgenomen bij complexe zorgbegeleiders, cliënten en een ervaringsdeskundige. De bevindingen, die voortkomen uit de interviews worden vergeleken met de beschreven literatuurstudie uit het theoretische kader. Uit de interviews komt naar voren, dat autisme en verslavingsproblematieken een actueel thema is. De complexe zorgbegeleiders bezitten op dit moment niet voldoende kennis over de verslavingsproblematieken. Uit de resultaten blijkt, dat begeleiders zoekende zijn naar een passende werkwijze, die aansluit bij de gevraagde problematiek. Op dit moment ervaren begeleiders dat ze niet voldoende kennis bezitten over de combinatie verslaving en autisme. In de literatuur komt er naar voren, dat er op dit moment nog niet voldoende onderzoek is gedaan naar passende methodieken voor de doelgroep autisme en verslaving.

Uit de conclusie blijkt dat er behoefte is aan voorlichting, cursus en trainingen voor de begeleiders en het sociale netwerk. Ook willen de begeleiders kortere lijnen met expertises in de wijk. De reden hiervoor is, dat er bij een vermoeden van een verslaving sneller gehandeld kan worden. De begeleiders hebben samenwerking nodig met het sociale netwerk, gemeente en de verslavingszorg om een helder verwachtingspatroon naar elkaar te hebben. Ook zullen ze een eenduidig doel moeten hebben, zodat er een balans ontstaat in de samenwerking. Als er een balans gevonden is tussen de betrokken partijen, dan pas kan een begeleider zich gaan richten op de groei naar zelfredzaamheid van een cliënt.

Op basis van de resultaten en conclusie wordt aanbevolen om scholing aan begeleiders aan te bieden voor basiskennis over de verslaving. Wat is een verslaving, wat doet dit precies met het lichaam en de hersenen en wat zijn behandelmogelijkheden? Daarnaast wordt psycho-educatie geadviseerd voor het netwerk, zodat zij kennis gaan bezitten over de verslavingsproblematieken. Een tweede aanbeveling is, dat begeleiders outreachend moeten gaan werken om korte lijnen met expertisecentra op te bouwen en onderhouden. Als laatste wordt er een aanbeveling gedaan om vervolg onderzoek te doen naar autisme en verslavingsproblematieken voor een grotere doelgroep.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport over autisme en verslavingsproblematieken bij beschermd wonen. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding sociale studies aan de Fontys Hogeschool in Eindhoven. Het onderzoek voor deze scriptie naar autisme en verslavingsproblematieken is uitgevoerd bij organisatie X bij vier verschillende beschermd wonen locaties in Brabant.

Van februari 2019 tot en met juni 2019 ben ik bezig geweest met het schrijven van dit afstudeeronderzoek. De scriptie heb ik geschreven over instelling X, omdat ik daar al enkele jaren werkzaam ben als complexe zorgbegeleider. In het werk kom ik steeds vaker verslavingsproblematieken bij het beschermd wonen tegen. Doordat ik merkte dat de complexiteit steeds meer aan het toenemen is, wilde ik mij hier meer in gaan verdiepen. Het riep bij mij de vragen op: wat de reden is voor deze toename en hoe wij hier als begeleiders mee om moeten gaan? Het schrijven van mijn afstudeeronderzoek was een onverwachte leerzame ervaring. Het afstudeeronderzoek heb ik ervaren als complex, doordat er al snel bleek dat er nog maar weinig literatuur over bekend was. Dit motiveerde mij alleen maar meer om op onderzoek uit te gaan. Veel heb ik mogen leren over de doelgroep autisme, de meest voorkomende verslavingsproblematieken en door de verkregen kennis vanuit de literatuur en collega's.

Voor mijn afstudeeronderzoek wil ik mijn afstudeerbegeleider Mariëlle Verhagen bedanken voor het vertrouwen, feedback en de motiverende begeleiding tijdens het gehele proces. Uit de afstudeerkring wil ik Michelle Thijssen bedanken voor haar hulp en samenwerking gedurende de afstudeerperiode. Daarnaast wil ik mijn collega's en cliënten bedanken voor hun tijd en energie, die zij gestoken hebben in mijn afstudeeronderzoek. Ook wil ik Studio Ioz Sand en Frans A. Brocatus bedanken voor het ontwerpen van mijn titelafbeelding en het schrijven van het gedicht voor mijn inleiding. Tevens wil ik mijn vriend en vrienden bedanken voor de steun en afleiding tijdens het afstuderen. Tot slot wil ik mijn moeder Sandra Kok bedanken voor alle tijd die gestoken is in het nakijken van mijn afstudeeronderzoek. Ook wil ik haar bedanken voor het vertrouwen, motiverende gesprekken en liefde die zij mij tijdens het afstuderen geboden heeft. Al deze betrokken personen hebben er aan mee geholpen om het afstudeeronderzoek tot een goed einde te brengen.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Thyra van Berkel.

Tilburg, 21 juni 2019.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Hoofdstuk 1. Context en probleemschets.....	7
1.1 Probleemanalyse	7
1.2 Probleemstelling.....	12
1.3 Onderzoeksdoelstelling	13
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	13
1.5. Begripsafbakening	13
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	16
Hoofdstuk 3: Methodologie	20
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	20
3.2 Dataverzamelingsmethode	21
3.3 Meetinstrument	22
3.4 Data-analyse	22
Hoofdstuk 4: Resultaten	24
Deelvraag 1: Hoe ondersteunt en coacht de begeleiding op dit moment de cliënten met autisme en de bijkomende verslavingsproblematieken?	24
Deelvraag 2: Wat vinden begeleiders en cliënten goed werken in de begeleiding en waar liggen volgens hun de verbeterpunten?	26
Deelvraag 3: Wat hebben begeleiders nodig om cliënten met autisme en verslavingsproblematieken te kunnen begeleiden naar zelfredzaamheid?	29
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	31
Conclusie Deelvraag 1: Hoe ondersteund en coacht de begeleiding op dit moment de cliënten met autisme en de bijkomende verslavingsproblematieken?	31
Conclusie Deelvraag 2: Wat vinden begeleiders en cliënten goed werken in de begeleiding en waar liggen volgens hun de verbeterpunten?	31
Conclusie Deelvraag 3: Wat hebben begeleiders nodig om cliënten met autisme en verslavingsproblematieken te kunnen begeleiden naar zelfredzaamheid?	32
Conclusie van de HOOFDVRAAG: 'Hoe kunnen begeleiders, binnen een beschermde woonvorm volwassen cliënten met normaal begaafd autisme en bijkomende verslavingsproblematieken, begeleiden naar meer zelfredzaamheid? '	32
Aanbeveling 1: Scholing	33
Aanbeveling 2: Samenwerking	34
Aanbeveling 3: Vervolgonderzoek.....	34
Hoofdstuk 6: Discussie	35
Literatuurlijst	37
Bijlagen	42
Bijlage 1: Topic lijst	42

Bijlage 2: Informed consent formulier	47
Bijlage 3: Codeboom	48

Je staat in het midden van een
rondtollende cirkel. Je zit gevangen.

Er gebeurt alles en niets. Jouw hand
is jouw hand niet. Je grijpt wat je

wegvoert in jouw hoofd. Je tolt alsmaar
sneller rond. Jouw hoofd is een cirkel

met hoge muren waar je niet overheen
kunt
kijken, waaruit je niet kunt ontsnappen.

F.A. Brocatus

De laatste jaren vindt er steeds meer onderzoek plaats naar de diagnose autismespectrumstoornis (ASS), hierna autisme genoemd. In de huidige maatschappij komt er steeds meer aandacht voor autisme. De kijk op autisme is nog in ontwikkeling, omdat het een stoornis is die zich niet gemakkelijk laat omschrijven. Bij mensen met autisme is er sprake van een beperking in de sociale communicatie (Nederlands jeugdinstituut, z.j.).

In 2012 is er een wereldwijd onderzoek naar de prevalentie van de autismespectrumstoornis gedaan. In dit onderzoek kwam naar voren, dat er bij 62 op de 10.000 mensen sprake was van ASS. Door de toenemende aandacht is er in de afgelopen jaren steeds meer kennis, bewustwording en erkenning gekomen over autisme (Elsabbagh, et al., 2012). De laatste paar jaar is er geen onderzoek gedaan over het aantal gestelde diagnoses in Europa en/of Nederland. De schatting die gemaakt wordt, is dat ongeveer 1,2 % van de bevolking de diagnose autisme heeft (vanuit autisme bekeken, z.j.). De diagnose autisme heeft veel invloed op iemands leven. Autismen kan invloed hebben in alle levensfasen en op alle levensterreinen. Voor mensen met autisme is de adolescentie vaak de moeilijkste periode. Er kan een besef ontstaan van acuut isolement. De behoefte om mee te doen is gegroeid, echter is het in contact blijven vaak in het verleden mislukt. In de adolescentie zijn de gebreken het sterkst zichtbaar. Deze fase kan zorgen voor somberheid of depressie (Delfos, 2018). De onzichtbare en wisselende sociale regels maken het lastig voor mensen met autisme. Mensen met autisme hebben soms behoefte aan een sociaal verlot. Het sociale verlot nemen, kan leiden tot vluchten, waardoor iemand niet leert om te gaan met de stress van sociale situaties (Vermeulen, 2013). Een sociaal verlot nemen kan iemand met autisme doen door gebruik te maken van middelen of te vluchten in het gamen. Het vluchtgedrag kan leiden tot een verslavingsproblematiek. Over de combinatie autisme en verslaving is nog niet veel wetenschappelijke literatuur bekend. De beeldvorming over mensen met autisme en een verslaving is beperkt. Het is onduidelijk wat de verslaving voor iemand met autisme betekent.

Uit de literatuur die beschikbaar is, komt naar voren dat de combinatie autisme en verslaving in Nederland voor 16% voorkomt onder de gestelde diagnoses (Dom, 2013). De combinatie autisme en verslaving valt onder de term dubbeldiagnose. Een dubbeldiagnose houdt in, dat er psychiatrische problematiek aanwezig is in combinatie met een verslaving. De combinatie autisme en verslaving maakt het complexer voor behandeling en begeleiding (Dom, 2013). In de literatuur wordt er gesproken dat mensen met autisme hun middelengebruik inzetten voor het ervaren van minder sociale problemen (Sizoo, Wijngaarden-Cremers, & Gaag, 2013). Na een rondvraag bij het beschermd wonen van organisatie X komt er naar voren, dat er steeds vaker sprake is van de bijkomende problematiek verslaving naast de diagnose autisme. In deze scriptie is ervoor gekozen, dat de focus gelegd wordt op

autisme en de bijkomende verslavingsproblematiek en met welke aanpak cliënten met een dubbele diagnose gerichter en effectiever ondersteund kunnen worden. Het onderzoek richt zich op normaal begaafd autisme 18+. De focus in deze scriptie wordt gelegd op begeleiding en niet op behandeling.

In dit onderzoek wordt er gesproken over de beschermde woonlocaties van instelling X. Binnen het beschermd wonen zijn er begeleiders en persoonlijk begeleiders werkzaam. Een persoonlijk begeleider is de regie houder van het zorgplan en begeleiders helpen in de ondersteuning bij de beantwoording van de hulpvraag. Op de beschermde woonlocaties wonen volwassenen met de gestelde diagnose normaal begaafd autisme. Deze populatie heeft de leeftijd van 18 tot en met 50 jaar. De beschermde woonlocaties zijn er voor mensen met autisme die zelfstandig willen gaan wonen, maar zich nog niet zelfstandig kunnen handhaven in de samenleving. Hoelang ze gebruik mogen maken van beschermd wonen, hangt af van de afgegeven indicatie vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), hierna Wmo genoemd. Het doel is, dat ze na beschermd wonen zijn doorgegroeid naar zelfstandig wonen in de wijk.

De begeleiders van voorziening Y zien de combinatie autisme en beginnende verslaving toenemen. Dit speelt een grote rol in de dagelijkse begeleiding. Met deze scriptie wordt er aandacht besteed aan de beeldvorming bij autisme en verslaving en welke invloed dit heeft op de begeleiding. Daarnaast wordt onderzocht wat iemand met autisme nodig heeft van de begeleiding en wat hebben professionals nodig over dit thema. Daarnaast zal de rol van de begeleiders beschreven worden in de bejegening naar de bewoners met autisme en de bijkomende problematiek verslaving.

Het hieronder beschreven onderzoeksverslag is verdeeld in zes hoofdstukken.

In *hoofdstuk 1: context en probleemschets*, zal in de probleemanalyse autisme en de verslaving beschreven worden. De probleemanalyse wordt beschreven op drie niveaus, namelijk op macro-, meso- en microniveau. Er wordt aandacht besteed aan de maatschappelijke factoren, die mee kunnen spelen bij de dubbel diagnose autisme en verslaving. Vanuit de probleemanalyse volgt een probleemstelling. Ook wordt in dit hoofdstuk de probleem- en doelstelling beschreven voor het onderzoek. Als laatste wordt er een begripsafbakening beschreven.

Vervolgens wordt in *hoofdstuk 2: theoretisch kader*, de theorieën beschreven. Dit hoofdstuk zal zorgen voor verheldering op de gestelde hoofd en deelvragen. In het theoretische kader wordt er verdieping gegeven aan de term autisme en worden de verschillende visies over autisme en verslaving beschreven.

Daaropvolgend wordt in *hoofdstuk 3: methodologie*, de onderzoekspopulatie, steekproef, dataverzamelmethode, meetinstrumenten en de data-analyse beschreven. In dit hoofdstuk wordt geanalyseerd hoe het onderzoeksproces is doorlopen, wie er zijn geïnterviewd en wat de uitkomsten zijn.

In hoofdstuk 4: resultaten, worden de resultaten van het onderzoek beschreven. In dit hoofdstuk wordt er aandacht besteed of de gegevens, die verkregen zijn door de respondenten overeenkomen met de gegevens uit de beschreven literatuur. Er wordt gekeken naar de verschillen en overeenkomsten tussen theorie en praktijk.

Aansluitend wordt in *hoofdstuk 5: conclusie en aanbevelingen*, er antwoord gegeven op de gestelde hoofdvraag. Daarnaast staan er aanbevelingen beschreven, die helpend kunnen zijn voor de probleemeigenaar. Er worden adviezen gegeven, die de kwaliteit van begeleiding verbeteren bij mensen met autisme en verslaving.

Tot slot wordt in *hoofdstuk 6: discussie*, de verantwoording van het onderzoek beschreven a.d.h.v. een kritische reflectie en zwaktes en sterktes van het onderzoek. Er wordt bekeken welke waarde dit onderzoek heeft voor de beantwoording van de probleemstelling.

HOOFDSTUK 1. CONTEXT EN PROBLEMSCHETS

1.1 PROBLEEMANALYSE

In de probleemanalyse wordt autisme en verslaving uitgelegd en wat de combinatie van de twee beperkingen complex maakt. Dit wordt op drie niveaus onderzocht, namelijk op: macro-, meso- en microniveau. Op macro niveau wordt er gekeken wat er maatschappelijk wordt gedaan in de hulpverlening vanuit de huidige wetgeving. Ook wordt er gekeken naar de gestelde definitie en de kijk op de termen autisme en verslaving. Vervolgens wordt er op meso niveau gekeken naar de gemeentelijke uitvoering van de wetgeving en hoe dit in verhouding staat met de diagnoses autisme en verslaving. Als laatste wordt er gekeken naar aanleiding van het macro- en meso niveau wat er op micro niveau gebeurt in de relatie tussen begeleiders en cliënten.

Macroniveau

In 2013 is de participatiesamenleving geïntroduceerd. Koning Willem-Alexander gaf aan: ‘van iedereen die dat kan wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar leven en omgeving’ (Movisie, 2017). In een participatiesamenleving wordt er van iedereen gevraagd om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn eigen leven en omgeving voor zover dit mogelijk is. Dit is naar aanleiding van de decentralisatie (Tweede Kamer der staten- generaal, 2014). De decentralisatie houdt in, dat de overheid de taken naar de gemeenten overdraagt. Deze overheveling van taken gebeurt met de achterliggende gedachte, dat er dan een integraal en samenhangend beleid wordt uitgevoerd. Ook wil de overheid de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van de burgers vergroten. De overheid blijft er echter wel voor mensen die niet zelfstandig kunnen functioneren in de maatschappij (Pommer, Boelhouwer, Berg, & Draak, 2016).

De transitie is ingezet om een duurzamer zorgsysteem te creëren. De overheid geeft de gemeenten jaarlijks een vastgesteld budget, dit zou het probleem van de financiering moeten regelen. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vraagt van burgers om het sociale netwerk te betrekken, voordat ze een dure professional inschakelen. De transitie zorgt ook voor een omschakeling in de werkwijze van de professionals. De professional gaat van een verzorgende rol naar een meer coachende rol. Dit houdt in, dat een hulpverlener de burger gaat coachen om op eigen kracht te kunnen gaan functioneren in de maatschappij. Als dit niet haalbaar wordt geschat, kan een burger gebruik maken van algemene laagdrempelige voorzieningen of faciliteiten, die worden aangeboden door de gemeente. De burger kan zich aanmelden bij een buurthuis of een sociaal wijkteam. Deze voorzieningen zijn ingezet om de inclusie tussen de burgers te vergroten. Naast de georganiseerde algemene voorzieningen zijn er zorgvoorzieningen en sociale voorzieningen. Dit zijn voorzieningen waarvan een burger gebruik kan maken, indien het sociale netwerk niet meer in staat is om de burger te ondersteunen. De burger kan zich dan aanmelden bij voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg of de gehandicaptenzorg (Gijzel, Karbouniaris, & Overkamp, 2016).

De transitie wordt ondersteund door de ingevoerde WMO op 1 januari 2015. De WMO 2015 is een kaderwet opgesteld vanuit de overheid. In de kaderwet staan de uitgangspunten en grenzen van het beleid beschreven voor de uitvoering door de gemeenten. De gemeente is dus vanaf nu verantwoordelijk voor de eigen invulling en uitvoering van de wet (Feijten, et al., 2017). De WMO is erop gericht dat burgers zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Als cliënten al beschermd wonen dan is het doel, indien mogelijk, ze later weer zelfstandig te laten functioneren in de maatschappij. De WMO zorgt ervoor dat er ondersteuning dicht bij de burger is voor het bevorderen van de sociale samenhang (Overheid.nl, 2015).

Onder de WMO valt het beschermd wonen, vanaf 2015 is de gemeente daar verantwoordelijk voor gesteld. Beschermd wonen is bedoeld voor mensen, die niet in staat zijn om op eigen kracht te kunnen functioneren in de maatschappij. Beschermd wonen biedt begeleiding, die gericht is op het bevorderen

van de zelfredzaamheid, participatie, het psychisch functioneren, stabiliseren van het ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast (Veld, Soons, Keijser, & Leussink, 2017).

Door de invoering van de WMO blijven mensen in eerste instantie langer thuis of zelfstandig wonen, omdat eerst het sociale netwerk wordt ingeschakeld. Naast het sociale netwerk kan ook gebruik worden gemaakt van laagdrempelige voorzieningen. Als dit niet voldoende is, wordt eerst nog ambulante ondersteuning in de thuissituatie ingezet. Er wordt zolang mogelijk geprobeerd om mensen in de thuissituatie te houden, voordat de beschikking voor beschermd wonen wordt afgegeven. Deze beschikking kost de gemeente veel geld, dus ook financiële redenen spelen een rol om dit zo lang mogelijk uit te stellen. Doordat eerst alle andere opties zijn bekeken en ingezet om iemand te ondersteunen in de thuissituatie, neemt de complexiteit bij mensen met een autismespectrumstoornis op een beschermd woonlocatie toe. Alleen de mensen met autisme, die echt niet in staat zijn om zelfstandig te functioneren en vaak een dubbele diagnose hebben, komen nu in aanmerking voor beschermd wonen. Dit houdt voor de begeleiding in, dat er sinds 2015 een populatie met zwaardere problematiek voor beschermd wonen wordt aangemeld. Voor 2015 kregen de instellingen meer geld per cliënt voor beschermd wonen dan na 2015. In de praktijk betekent dit, dat er ondanks de zwaardere problematiek met minder personeel gewerkt moet worden, dus een verhoging van de werkdruk (Veld, Soons, Keijser, & Leussink, 2017). In de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) staat de diagnose autismespectrumstoornis uitgelegd. In de DSM-5 zijn de autistische stoornis, de stoornis van Asperger en de pervasieve ontwikkelingsstoornis onder een overkoepelende classificatie beschreven, namelijk de autismespectrumstoornis (ASS) (Spek, 2014).

De reden voor mensen met autisme om beschermd te moeten wonen, komt voort uit hun beperkingen. Bij mensen met autisme is er sprake van een sociale en communicatieve beperking en problemen met de zintuiglijke waarneming. Deze beperkingen zorgen voor een extra kwetsbaarheid voor stress bij mensen met autisme en beperken ook de mogelijkheden om ermee om te gaan. Mensen met autisme kunnen ook problemen ervaren met slapen. Het zenuwstelsel van mensen met autisme komt hierdoor niet tot rust. Het zenuwstelsel van iemand met autisme is hierdoor continue in een staat van opwindning. Daarnaast ervaren mensen met autisme een hoge mate van stress in het dagelijks leven. De prikkels worden anders verwerkt bij mensen met autisme dan zonder autisme. De hersenen kunnen op een gegeven moment de prikkels niet meer verwerken en dan is er sprake van een overprikkeling. Het tegenovergestelde kan ook voor voorkomen, dat mensen niet voelen wanneer ze honger, kou of warmte ervaren, dit heet onderprikkeling. Het gevaar hierbij is, dat mensen dagen niet kunnen eten of zich verbranden aan een hete pan. Een ander risico is, dat mensen met autisme voor de buitenwereld een masker op kunnen zetten. Vooral mensen met autisme met een normale tot hoge intelligentie kunnen aangeleerde strategieën inzetten, zoals gedrag van andere kopiëren en door hun goede verbale vaardigheden. Hierdoor kunnen de problemen pas op latere leeftijd aan het licht komen (Fokkens, Begeer, Spek, Verhoeven, & Landsman, 2015).

Naast bovenstaande factoren zijn er nog andere factoren die ook voor de begeleiding een rol spelen. Volgens Hood (2014) kan er gesproken worden over twee vormen van complexiteit in het sociaal werk. Er is sprake van complexiteit van de cliënt: de cliënt heeft te maken met meerdere problemen, deze problemen zijn vaak aan elkaar gerelateerd en daardoor zijn ze moeilijker te ontwarren. Aan de andere kant is er altijd sprake van meerdere professionals in een team, die zich bezig houden met dezelfde cliënt. De complexiteit kan ontstaan binnen de samenwerking, conflict en onduidelijkheid (Hood, 2014).

Uit onderzoek is er naar voren gekomen, dat er bij de diagnose autisme steeds vaker gesproken kan worden over een bijkomende problematiek namelijk verslaving. Een psychiatrische stoornis, die samengaat met verslavingsproblematiek wordt ook wel een dubbele diagnose genoemd. Beide problematieken beïnvloeden elkaar op een complexe manier. Over de dubbeldiagnose autisme en verslaving is echter nog niet veel bekend. Er zijn enkele onderzoeken gedaan naar de verslavingsproblemen bij mensen met autisme. Het ene onderzoek geeft aan, dat 30 % van de mensen met autisme bekend is met een verslavingsproblematiek (Sizoo, Wijngaarden-Cremers, & Gaag, 2013).

Het andere onderzoek geeft aan, dat de dubbeldiagnose autisme en verslaving geschat kan worden op 16 % bij mensen met autisme (Dom, 2013).

In de hulpverlening wordt aangegeven door hulpverleners, dat er bij patiënten steeds vaker sprake is van een dubbeldiagnose. Redenen die gegeven kunnen worden voor het toenemen van de dubbeldiagnose zijn, dat patiënten middelen inzetten als zelfmedicatie, dit zou hun symptomen of stemmingen beïnvloeden. Ook zouden middelen gebruikt worden om eenzaamheid, verveling, interpersoonlijke conflicten tegen sociale angst en/of slapeloosheid tegen te gaan (Wamel, 2012). Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar mensen met autisme en een verslaving. Wat echter wel bekend is, is dat er bij mensen met autisme sprake is van een dopamine tekort. Dit zou hen kwetsbaarder maken voor middelen, omdat ze dit gebruiken om het dopaminetekort te compenseren. Bij het gebruik maken van een middel of game zou er een beloningseffect worden afgegeven. Bij een beloningseffect zou er sprake kunnen zijn van bijvoorbeeld een afname in de prikkelgevoeligheid, minder sociale angst, rust en een bevredigend gevoel. Dit gevoel kan door iemand met autisme als prettig ervaren worden, waardoor er vaker en sneller naar een middel of een game gepakt zou kunnen worden. Het gebruik kan een gewoonte worden en een overheersend karakter krijgen (Bonebakker A. , Nieuwkerk, Vuijk, & Blanken, 2016).

Mesoniveau

Door de invoering van de WMO hebben gemeenten de verantwoordelijkheid om diverse wetten binnen het sociale domein vorm te geven. Gemeenten zijn opdrachtgevers die zorgaanbieders inschakelen voor de uitvoering. Gemeenten willen via de marktwerking de professionele ondersteuning inkopen. Via de marktwerking kunnen zorgaanbieders aanbestedingen doen. De combinatie bekostiging en contractvorm zou de zorgaanbieders financieel moeten motiveren voor het investeren in goede kwaliteit van dienstverlening. Het doel van de overdraging naar de gemeenten is om zorgverlening op verschillende terreinen goed bij elkaar aan te laten sluiten. Doordat er door de marktwerking verschillend ingekocht wordt per gemeente, sluit op dit moment de zorg en ondersteuning minder goed op elkaar aan (Uenk, 2016).

Voor de gemeenten is het lastig om integraal te werken, omdat de decentralisatie hier niet gericht op is. De gemeenten zouden een stroef lopende samenwerking hebben. Dit komt, omdat de gemeenten verschillende visies hebben op de inrichting en de uitvoering van de WMO. Ook geven gemeenten aan samen te willen werken, maar de financiële kwesties zitten daarvoor in de weg (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017).

Het beschermd wonen wordt bekostigd door centrumgemeenten. De gemeente doet zorginkoop via dialoogsessies, marktconsultaties en onderhandelingen. De gemeenten hanteren vaak de resultaat-populatiebekostiging voor de WMO-maatwerkvoorzieningen (Uenk, Wind, Telgen, & Bastiaanssen, 2018).

Voor zorginstellingen verandert niet alleen de manier waarop zorg ingekocht wordt, maar ook het personeel moet meegaan in de veranderde manier van werken. De marktwerking zorgt ervoor, dat er per jaar gekeken wordt hoeveel personeel er nodig is, de aanbestedingen worden meestal per jaar of per 2 jaar gedaan. Er wordt gewerkt met een flexibele schil van personeel, zodat een organisatie kan omgaan met veranderingen in de aanbesteding zonder dat vast personeel ontslagen moet worden. Dit heeft gevolgen voor het personeel van een organisatie en dus ook voor de teamsamenstelling. Dit kan zorgen voor een wisseling in begeleiding. Er is sprake van een verschuiving van werknemers van de ene organisatie naar de andere, omdat de organisatie met de grootste aanbesteding vaak meer personeel nodig heeft om aan de vraag te kunnen voldoen. Daarnaast is ook de visie van de organisatie en begeleider gaan veranderen op de ondersteuning, die geboden moet worden aan cliënten. Er heeft sinds 2015 een kanteling plaatsgevonden in de rol van de begeleiding. Voorheen was de rol van de begeleider het zorgen voor de cliënt, nu is die rol veranderd in het zorgen dat een cliënt zelfstandig kan gaan functioneren in de wijk zonder of met ambulante begeleiding. De bezuinigingen in de zorg

vraagt van professionals, dat er effectief gewerkt wordt door middel van maatwerk. De zorg gedachte is gericht op het benutten van de eigen kracht, eigen verantwoordelijkheid en het resultaatgericht werken (Draak & Ham, 2018).

In een gesprek met een WMO- consulent gaf zij het volgende aan: voor beschermd wonen is er een indicatie nodig, die wordt afgegeven door middel van een keukentafelgesprek met een WMO- consulent. De indicatie beschermd wonen wordt afgegeven aan de hand van de begeleidingsbehoefte van een cliënt. Een indicatie wordt afgegeven via het afnemen van een zelfredzaamheidsmatrix (ZRM). Dit is een instrument, die de mate van zelfredzaamheid van cliënten eenvoudig en volledig kan beoordelen. De ZRM scoort de ernst van de problematiek in licht, matig en zwaar. Bij de ZRM wordt er gekeken naar alle levensgebieden, zo ook naar het gebruik van middelen (persoonlijke communicatie, 5 maart 2019).

Daarnaast gaf de WMO- consulent aan, dat de instelling een zorgovereenkomst afsluit met de cliënt. Vanaf het moment dat het zorgcontract getekend is, start de zorgverantwoording voor de cliënt vanuit de instelling. De zorg wordt ingericht op de afgegeven indicatie en wordt verwerkt in een persoonlijk plan. Het lastige van een indicatie is, dat het wordt afgegeven, op het vertelde verhaal van de cliënt en het netwerk. Indien een persoon informatie achterhoudt, wordt dit niet gescoord op de ZRM en kan er een verkeerde indicatie afgegeven worden. Dit kan ervoor zorgen, dat een zorginstelling niet de juiste zorg kan leveren aan de cliënt. De zorginstelling gaat dan weer in contact met de WMO-consulent (persoonlijke communicatie, 5 maart 2019).

Vanuit de WMO 2015 worden er beschermde woonlocaties aangeboden voor mensen met de diagnose normaal begaafd autisme. Zo'n beschermde woonlocatie heeft als doel, dat een persoon leert voor zichzelf te zorgen en dat hij of zij mee kan doen in de maatschappij. Het is de bedoeling, dat iemand leert groeien en uiteindelijk doorstroomt naar zelfstandig wonen in de wijk (Overheid.nl, 2015).

Microniveau

De zorg heeft een transformatie moeten maken, het vraagt om ander gedrag van professionals en een andere wijze van samenwerking tussen de betrokken partijen. De professional sluit bij die andere wijze van werken aan en is minder bezig met het zorgen voor en krijgt een meer coachende en verbindende rol. De zorg wordt ingericht op herstel, op de persoonlijke processen en ervaringen (Boumans & Hoof, 2016). De zorg is vanuit de WMO 2015 meer gericht op ambulantisering. De visie en de kijk op beschermd wonen is hierdoor ook veranderd, het doel is dat de cliënten van beschermde woonlocaties, die hier al woonden voor 2015 zelfstandig gaan wonen in de wijk. Voor cliënten, die nog beschermd gaan wonen, betekent dit dat het maar voor een aantal jaar zal zijn. Dit is voor cliënten en het netwerk een hele omschakeling. Voor de invoering van de WMO viel beschermd wonen namelijk onder de Algemene Wet Bijzondere Zorg (AWBZ). Met een AWBZ- indicatie kon je vaak onbeperkt wonen (Kooistra, Ruiter, & Triest, 2016).

Door de invoering van de WMO 2015 wordt er verwacht, dat cliënten binnen een bepaalde tijd doorstromen, hiervoor wordt een termijn gesteld. Vanuit de WMO gedachte wordt er van begeleiders verwacht, dat ze een coachende houding aannemen richting cliënten. Er wordt van begeleiders verwacht, dat ze de regie bij de cliënt houden en meer gebruik gaan maken van het sociale netwerk. Er moet een triade ontstaan tussen cliënt, netwerk en de hulpverlening. De begeleiding heeft een omschakeling te maken van de visie zorgen voor naar zorgen dat en dit vraagt om een andere manier van werken. De begeleiding wordt ingericht op de herstelvisie en de zelfredzaamheid van een cliënt (Feijten, et al., 2017). Van het netwerk wordt verwacht, dat ze een actievere rol gaan spelen bij het ondersteunen van de cliënt naar afspraken. De reden hiervoor is, dat de cliënt het netwerk als hulpbron gaat zien en niet de begeleider. De cliënt leert op deze manier wie hij kan inschakelen bij situaties, die nu nog lastig zijn om zelfstandig te ondernemen.

De transitie is voor mensen met autisme een uitdagende factor, omdat de zorg veranderd is. Volgens Giarelle en Fisher (2017) kan de transitie zorgen voor een gevoel van verwarring, onzekerheid en

paniek. Volgens hun is het dus belangrijk, dat mensen met autisme een veilige basis hebben of dat ze kunnen rekenen op een ankerfiguur. Bij mensen met autisme is er vaak sprake van een complexe hulpvraag, waardoor er meerdere professionals bij de casus betrokken kunnen zijn. De cliënt krijgt te maken met veel wisselende professionals, door de eerder beschreven veranderde teamsamenstelling, maar ook door de verschillende functies, zoals jobcoach, begeleider, persoonlijk begeleider, behandelaar. Voor mensen met autisme kan dit zorgen voor beperking in de communicatiemogelijkheden. Mensen met autisme vinden het lastig telkens te schakelen naar het wisselende personeel, om zich open te stellen en hun verhaal te kunnen doen. Deze wisselingen kunnen zorgen dat mensen met autisme dichtklappen en dat er een sociale angst kan ontstaan (Clauwaert, Steyaert, Noens, & Baeyens, 2017).

Voor mensen met autisme is het lastig om een passende woning te vinden in de wijk. Hierdoor vallen zij vaak tussen wal en schip. Mensen met autisme geven aan, dat ze gevoelig zijn voor omgevingsgeluiden. Bij mensen met autisme ligt de kwaliteit van leven ruim onder het gemiddelde. Dit wordt veroorzaakt, doordat mensen met autisme vaak geen veilige thuissituatie ervaren. Mensen met autisme worden in de maatschappij overvraagd en kunnen ook thuis hun rust niet vinden. Uit onderzoek is echter gebleken dat mensen met autisme, met een geschikte woning een hogere kwaliteit van leven ervaren (PAS, 2014).

Bovenstaande problemen zijn mede het gevolg van de invoering van de WMO. Daarnaast zien we nog een andere verschuiving plaatsvinden binnen beschermd wonen en dat zijn toenemende verslavingen. Er wordt steeds vaker gesproken over een dubbeldiagnose bij cliënten, die in een beschermde woonvorm wonen. De complexiteit lijkt op een beschermde woonlocatie toe te nemen. Er is helaas nog weinig onderzoek gedaan naar autisme en comorbiditeit. Bij de doelgroep autisme is binnen beschermd wonen steeds vaker sprake van de comorbiditeit verslaving.

Bij de relatie tussen autisme en verslavingsproblematieken wordt er soms de suggestie gedaan, dat het een beschermende functie zou hebben. Mensen met autisme zouden middelen of gamen inzetten als zelfmedicatie om rust te ervaren en om beter te kunnen omgaan met sociale situaties. Al is er feitelijk nog maar weinig bekend over deze comorbiditeit (Bosma, Zanten, & Sonneborn, 2014).

Bij instelling X op locatie Y zien de begeleiders de dubbeldiagnose autisme en verslaving bij cliënten toenemen. De organisatie heeft echter nog geen specifieke richtlijnen over hoe om te gaan met de dubbeldiagnose. Vanuit de organisatie zijn er wel huisregels opgesteld voor de woningen. De huisregel met betrekking tot het gebruik van middelen is als volgt: in de woningen mogen softdrugs benut worden, harddrugs zijn ten strengste verboden. De organisatie geeft cliënten de ruimte om softdrugs te kunnen gebruiken in hun appartement.

Het probleem wat aan het ontstaan is op locatie Y, is dat het personeel cliënten steeds vaker uit beeld ziet verdwijnen, verwaarlozing ziet optreden in de zelfzorg bij cliënten en verwaarlozing van de appartementen. Begeleiders geven aan, dat de focus op het middelengebruik wordt gelegd tijdens begeleidingsmomenten. Deze focus wordt niet gedeeld door de cliënten, die nog niet open staan voor een gesprek over hun middelengebruik. De cliënten geven aan nog geen last te ervaren van de gebruikte middelen en/of gamegedrag. De begeleiding ziet het middelengebruik echter wel als problematisch, maar lopen tegen de motivatie aan van de cliënt om hier iets mee te doen. Op dit moment geven begeleiders andere doelen om aan te werken de prioriteit dan de cliënt met een verslaving zelf wil. Dit zorgt ervoor dat begeleiders niet weten wat de juiste begeleidingsstijl is in de huidige situatie (persoonlijke communicatie, 21 februari 2019).

Het gevolg is, dat er bij de begeleiders sprake kan zijn van handelingsverlegenheid op het gebied van autisme en verslaving. Locatie Y heeft als doel om cliënten in hun eigen kracht te zetten en te leren om zelfstandig te kunnen functioneren in de maatschappij. In de praktijk blijkt echter, dat begeleiders die kans niet krijgen. Begeleiders constateren, dat de focus vooral gelegd wordt op de verslaving van een cliënt en dat andere levensgebieden steeds meer naar de achtergrond verdwijnen. De vraag die speelt bij begeleiders op een beschermde woonlocatie is, hoe begeleiding de gevraagde zorg kan bieden aan

de doelgroep normaal begaafd autisme met een (beginnende) verslaving. Begeleiders willen een zo passend mogelijk aanbod kunnen bieden aan cliënten, dit om zorgmijndend gedrag te kunnen voorkomen. Daarnaast heeft de instelling een contract met de gemeente en moet ervoor zorgen dat een cliënt binnen vijf jaar zelfstandig kan wonen in de wijk. Dit zorgt ervoor, dat er bij cliënten en personeel een tijdsdruk ontstaat, wat ervoor zorgt dat de begeleiding nog complexer wordt (persoonlijke communicatie, 21 februari 2019).

Uit de literatuur komt naar voren, dat de Nederlandse maatschappij van een verzorgingsstaat veranderd is naar een participatiesamenleving. Door de invoering van de WMO 2015 zien we dat de kijk op de zorg veranderd is. Er wordt verwacht dat begeleiders cliënten begeleiden in hun zelfredzaamheid en indien mogelijk door laten stromen naar zelfstandig functioneren in de wijk.

Wat ook naar voren komt, is dat de doelgroep van het beschermd wonen aan het veranderen is. In de praktijk ziet men de comorbiditeit toenemen. Na de invoering van de WMO wordt er pas een beschikking beschermd wonen afgegeven bij complex probleem gedrag. De populatie binnen beschermd wonen wordt zwaarder en de eisen van doorstroom hoger. Er kan sprake zijn van een hogere werkdruk en wisselend personeel. De kennis van begeleiding en behandeling voor de doelgroep autisme is aan het toenemen, maar er is nog weinig onderzoek gedaan naar de dubbeldiagnose autisme en verslaving. Binnen het beschermd wonen neemt de dubbeldiagnose autisme en verslaving zichtbaar toe binnen instelling X. Bovenstaande factoren zorgen ervoor dat de complexiteit van de werksituatie voor begeleiders binnen het beschermd wonen aan het toenemen is.

1.2 PROBLEEMSTELLING

Uit de probleemanalyse blijkt dat er in de zorg sprake geweest is van een kanteling door de invoering van de WMO. Door de invoering van de WMO valt het beschermd wonen nu onder de gemeente. Door deze kanteling is de rol van de professional veranderd van een zorgende rol naar een coachende rol. Dit vraagt om een andere manier van werken, de cliënt moet in zijn eigen kracht worden gezet en de regie krijgen over zijn eigen leven. De kanteling zorgt ook voor jaarcontracten en minder geld per beschikking, dus meer werkdruk. Naast deze andere manier van werken is ook de doelgroep complexer geworden, omdat de beschikking beschermd wonen pas als laatste middel gegeven wordt als ambulante zorg niet meer mogelijk is en het terugvallen op het netwerk. Daarbij is ook het thema autisme en verslaving een opkomende problematiek. Over deze combinatie is nog maar weinig wetenschappelijke literatuur bekend. De begeleiding heeft sinds 2015 dus te maken met de gevolgen van de kanteling, complexere zorgvragen en toename dubbele problematiek.

Na een rondvraag onder de professionals van instelling X komt er naar voren, dat begeleiders steeds vaker middelengebruik en gamegedrag onder cliënten zien toenemen. Het toenemen van het gamegedrag en middelengebruik zorgt ervoor dat cliënten minder gemotiveerd zijn om aan hun hulpvragen te werken. Daarnaast raken cliënten steeds vaker uit beeld bij de begeleiding. De rol van een begeleider op een beschermd woonlocatie is om ondersteuning te bieden op de verschillende levensgebieden. Het doel is, dat cliënten na de aangeboden handvaten zelfredzaam genoeg zijn om zelfstandig te wonen in de wijk.

Op dit moment hebben begeleiders steeds meer een signalerende functie wat betreft de gezondheid en veiligheid van een cliënt. De begeleiders komen niet toe aan het opgestelde persoonlijk plan om de zelfredzaamheid te vergroten. De gemeente geeft echter een indicatie af aan instelling X om de cliënten te leren om op eigen kracht te kunnen functioneren. Er wordt vanuit de gemeente verwacht, dat de begeleider zo snel mogelijk de cliënt laat doorgroeien naar wonen in de wijk. In de praktijk blijkt echter dat professionals niet toekomen aan het stuk zelfredzaamheid bij cliënten. Begeleiders hebben op het moment vaak met een verslaafde cliënt te maken, die op zo'n moment niet leerbaar wordt geacht. De begeleiders hebben in zo'n geval hun focus verlegd naar de verslaving van de cliënt, met als gevolg dat de andere hulpvragen naar de achtergrond worden verplaatst. De cliënten zien hun middelengebruik of gamegedrag niet als hulpvraag en staan voor een gesprek over het gebruik

niet open. Bij de cliënten ontstaat zichtbaar achteruitgang in hun gezondheid. Begeleiders vinden de achteruitgang van de gezondheid zorgwekkend en zijn op zoek naar wat de begeleiding nodig zou hebben om aan te kunnen sluiten bij de cliënten, die te maken hebben met een verslaving.

1.3 ONDERZOEKSDOELSTELLING

Aan de hand van dit onderzoek wordt er kennis verzameld over de huidige manier van begeleiden aan volwassenen met normaal begaafd autisme en de daarbij komende verslavingsproblematieken. Daarnaast wordt er kennis verzameld over wat complexe zorgbegeleiders nodig hebben voor het begeleiden naar zelfredzaamheid van de doelgroep autisme en de bijkomende problematiek verslaving. Met de verkregen kennis worden er in dit onderzoeksrapport aanbevelingen geschreven voor begeleiders van beschermd woonlocaties van instelling X. Deze aanbevelingen moeten er voor zorgen, dat de begeleiders weer in gesprek kunnen gaan met cliënten met autisme en verslavingsproblematiek en de verslavingsproblematiek besproken kan worden. Met als uiteindelijk doel, dat er weer aan de zelfredzaamheid van de cliënten gewerkt kan worden.

1.4 HOOFDVRAAG EN DEELVRAGEN

Uit de onderzoeksvraagstelling is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

‘Hoe kunnen begeleiders binnen een beschermde woonvorm volwassen cliënten met normaal begaafd autisme en bijkomende verslavingsproblematieken, begeleiden naar meer zelfredzaamheid?’

Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden zijn er de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Hoe ondersteunt en coacht de begeleiding op dit moment de cliënten met autisme en de bijkomende verslavingsproblematieken?
2. Wat vinden begeleiders en cliënten goed werken in de begeleiding en waar liggen volgens hun de verbeterpunten?
3. Wat hebben begeleiders nodig om cliënten met autisme en verslavingsproblematieken te kunnen begeleiden naar zelfredzaamheid?

1.5. BEGRIPSAFBAKENING

In het onderzoek wordt er gesproken over een aantal kernbegrippen. Deze kernbegrippen worden hieronder gedefinieerd. Vervolgens wordt er aangegeven over welke term er gesproken wordt in het onderzoek.

- *Autismespectrumstoornis:*

In het onderzoek wordt er gesproken over de classificatie autismespectrumstoornis. In de theorie wordt de autismespectrumstoornis (ASS) beschreven als een overkoepelende classificatie voor het autismespectrum. Hieronder valt: de autistische stoornis, de stoornis van Asperger, het syndroom van Rett en de desintegratieve stoornis en PDD-NOS. Voorheen waren dit aparte stoornissen, nu is er een overkoepelend begrip voor. De autismespectrumstoornis heeft twee belangrijke gemeenschappelijke kenmerken namelijk, dat ze allemaal beperkingen ervaren in de sociale communicatie en dat ze beperkt en zich herhalend gedrag laten zien. Ook wordt er gesproken over de aanwezigheid van sensorische over-, of ondergevoeligheid (Spek, 2014).

De classificatie autismespectrumstoornis wordt in het onderzoek beschreven onder de verkorte term autisme.

- *Beschermd wonen*

Beschermd wonen biedt begeleiding aan cliënten die gericht is op het bevorderen van de zelfredzaamheid, participatie, het psychisch functioneren, stabiliseren van het ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast (Veld, Soons, Keijser, & Leussink, 2017). Binnen het beschermd wonen is er overdag begeleiding aanwezig in de vorm van een ochtend en een avonddienst. In de nacht is er een slaapdienst aanwezig. Begeleiders bieden nabijheid en er is een mogelijkheid om ongepland hulp te kunnen geven aan cliënten en daarin vroegtijdig problemen of risico's te kunnen signaleren.

In dit onderzoek wordt er gesproken over 24 uurszorg binnen verschillende locaties beschermd wonen van instelling X.

- *Cliënten*

In het onderzoek wordt er gesproken over de term cliënten. Cliënten binnen instelling X, op locatie Y zijn volwassenen met de diagnose normaal begaafd autisme. De cliënten zijn woonachtig in een locatie beschermd wonen. Binnen het beschermd wonen is er 24-uur begeleiding aanwezig. Normaal begaafd autisme houdt in, dat je een diagnose hebt binnen de autismespectrumstoornis, waarbij je een IQ-score hebt wat gelijk is aan of hoger dan 85 (Amarantgroep, z.j.). Daarnaast kan er bij cliënten sprake zijn van een dubbeldiagnose, dus naast autisme nog een andere diagnose. Bij deze cliënten is de andere diagnose steeds vaker verslavingsproblematiek.

In dit onderzoek wordt de doelgroep normaal begaafd autisme omschreven onder de term cliënten.

- *Complexe zorgbegeleider*

In het onderzoek wordt er gesproken over de term complexe zorgbegeleiders. Volgens de theorie worden complexe zorgbegeleiders omschreven als begeleiders, die begeleiding bieden aan mensen met een psychiatrische grondslag, waarbij er sprake is van een beperking op de zelfregie en de sociale zelfredzaamheid. Er wordt ondersteuning geboden aan de tekortkomende zelfregie en er is aandacht voor activerende elementen in de opgestelde hulpvragen (Ribwallantie, 2017).

In dit onderzoek wordt er gesproken over complexe zorgbegeleiders, die ondersteuning bieden aan de doelgroep normaal begaafd autisme. De ondersteuning vindt plaats op alle levensgebieden. Naast het autisme kan er sprake zijn van een dubbeldiagnose verslaving.

In dit onderzoek wordt de term complexe zorgbegeleider beschreven in de verkorte term begeleider.

- *Dubbeldiagnose.*

Een dubbeldiagnose wordt de comorbiditeit van psychische problemen en verslaving genoemd (Dom, 2013). In dit onderzoek gaat het over de dubbeldiagnose autisme en bijkomende verslavingsproblematieken.

- *Gameverslaving*

Voor gameverslaving is er nog geen officiële diagnose binnen de DSM-5. Er wordt gesproken over de begrippen afhankelijkheid en compulsiviteit. Er is sprake van een afhankelijkheid als de gamers voldoen aan de volgende criteria: aantrekkingskracht, ook al speelt de persoon niet maar is wel bezig met het spel. Stemningsbeïnvloeding: games kunnen ingezet worden om negatieve gevoelens tegen te gaan. Tolerantie: de gamer heeft steeds meer en nieuwere games nodig. Ontwenning: als de gamer

is gestopt, ervaart hij vervelende gevoelens. Conflict: de gamer is in conflict met het omringende sociale netwerk. De laatste is terugval: de gamer wil stoppen, maar valt in zijn oude gedrag terug (Clerkx, Groot, & Prins, 2011).

- *Stoornis in het gebruik van middelen.*

In het onderzoek wordt de term stoornis bij het gebruik van middelen genoemd. In de DSM-5 wordt de stoornis als volgt omschreven, de DSM-5 spreekt over drie categorieën binnen de stoornis bij het gebruik van middelen, namelijk de milde stoornis, gematigde stoornis en ernstige stoornis. In de DSM-5 zijn er criteria opgesteld voor de meetbaarheid van de stoornis bij het gebruik van middelen. Er is sprake van een milde stoornis als je voldoet aan twee criteria, bij vier criteria of meer spreekt men over een gematigde stoornis en bij zes of meer criteria wordt er gesproken over een ernstige stoornis in het gebruik van middelen. De criteria zijn als volgt: vaker in grote hoeveelheden gebruiken dan het plan was, mislukte pogingen om te stoppen of te verminderen, het gebruik en herstel kosten veel tijd, sterk verlangen, tekortschieten op het werk, thuis of op school door het middel, blijven gebruiken ondanks de problemen die het middel met zich meebrengt, door het middel opgeven van je werk, sociale activiteiten of hobby's, gebruiken van het middel ondanks dat je daardoor in gevaar komt, weten dat het middel lichamelijke of psychische problemen met zich meebrengt en/of verergert, grotere hoeveelheden nodig hebben om hetzelfde effect te ervaren of tolerantie en het optreden van onthoudingsverschijnselen (Nederlands Jeugdinstituut, z.j.).

Binnen instelling X wordt er gebruik gemaakt van middelen door cliënten. In dit onderzoek wordt er softdrugs en alcohol bedoeld met het middelengebruik.

De classificatie stoornis in het gebruik van middelen en het overmatige gamegebruik wordt in dit onderzoek beschreven onder de verkorte term verslaving.

- *Zelfredzaamheid.*

Zelfredzaamheid wordt omschreven als het vermogen om de dagelijkse activiteiten zelfstandig te doen. Begrippen die verband houden met zelfredzaamheid zijn eigen kracht, eigen regie en eigen verantwoordelijkheid (Movisie, z.j.).

Cliënten komen het beschermd wonen binnen met beperkte mogelijkheden tot zelfredzaamheid. De maatschappij verwacht dat er stappen gezet worden, die gericht zijn op zelfredzaamheid. Begeleiders willen vooruitgang boeken met cliënten in die zelfredzaamheid. Begeleiders richten zich op het ondersteunen hiervan, zodat het mogelijk wordt voor cliënten om weer zelfstandig te gaan wonen in de wijk.

HOOFDSTUK 2: THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk worden de theorieën beschreven die van meerwaarde zijn voor het onderzoek. In het theoretisch kader wordt beschreven wat autismespectrumstoornis en verslaving inhouden vanuit de gevonden literatuur. Daarnaast worden verschillende theorieën beschreven over de kijk op mensen met autisme met een verslaving. Ook wordt er gekeken naar de combinatie autisme en verslaving.

Beeldvorming over de autismespectrumstoornis.

Volgens de DSM-5 is er bij mensen met de diagnose autismespectrumstoornis sprake van een informatieverwerkingstoornis. Een autismespectrumstoornis kan gekenmerkt worden op drie hoofddomeinen, namelijk op: beperkte sociale communicatie, repetitief gedrag en een sensorische overgevoeligheid of ondergevoeligheid (Spek, 2014).

Bij mensen met autisme wordt de informatie anders verwerkt. Zintuiglijke prikkels kunnen intenser of juist niet worden opgemerkt, zoals de prikkels, die veroorzaakt worden door zien, horen, voelen, proeven en ruiken. Mensen met autisme zouden meer aandacht hebben voor details. Het kost mensen met autisme vaak meer moeite om van de details een kloppend geheel te maken. Mensen met autisme kunnen daardoor problemen ervaren met overzicht en plannen, sociale interactie, verbeelding en communicatie (Trimbos instituut, z.j.).

In dit onderzoek wordt er gekeken naar verschillende visies op autisme. De eerste visie komt van Martine Delfos, zij is wetenschappelijke onderzoeker, klinisch- en bio psycholoog, die onder andere gespecialiseerd is in autisme. Volgens Delfos is autisme een moeilijk te doorgronden stoornis. Mensen met autisme zouden allemaal anders zijn en er zou geen blauwdruk van een mens met autisme bestaan. Delfos geeft aan, dat iemand met autisme gezien kan worden als de meest extreme vorm van de mannelijke hersenen. Er zou een hoger niveau van testosteron aanwezig zijn, zowel bij mannen als vrouwen met autisme. Delfos verklaart autistisch gedrag door een vertraagde rijping van het centrale zenuwstelsel. Volgens Delfos is de kern van een autismespectrumstoornis de gebrekkige sociale ontwikkeling. Het gaat om een vertraagde ontwikkeling op specifieke gebieden, vooral bij de sociale interactie. Andere ontwikkelingsgebieden hoeven niet vertraagd te zijn of kunnen zelfs voorlopen op leeftijdsgenoten. Er kan een verschil zitten in de verschillende mentale kalenderleeftijden bij mensen met autisme. Een kind kan motorisch gezien een kind van zeven jaar zijn, maar speelgedrag laten zien van een driejarige. Delfos geeft aan, dat het belangrijk is om aan te sluiten bij de verschillende mentale leeftijden (Delfos, 2012).

De tweede visie komt van Peter Vermeulen, een Vlaamse pedagoog die gespecialiseerd is in de doelgroep autisme. Vermeulen geeft aan, dat mensen met autisme omschreven kunnen worden als een vat vol tegenstrijdigheden. Zo geeft hij als voorbeeld aan, dat iemand met autisme je de ene keer laat verrassen met een talent en de andere keer een schromelijke uitval kan laten zien (Trapman, 2013).

De derde visie is van Peggy Royackers, een klinisch orthopedagoog, die gespecialiseerd is in gedragsproblemen en ontwikkelingsstoornissen. Volgens Royackers nemen mensen met autisme de wereld op een andere manier waar. De wereld kan onvoorspelbaar en dreigend overkomen. Mensen met normaal begaafd autisme compenseren vaak met hun intelligentie, context of imitatie, maar de waarneming blijft anders. Mensen met autisme compenseren hun gedrag. Door hun intelligentie leren mensen hun problemen te verbergen. Mensen met autisme kopiëren het wenselijk gedrag van anderen om zich aan te kunnen passen aan een situatie. Door het aangeleerd wenselijk gedrag vertonen mensen met autisme het sociaal wenselijk gedrag. Het telkens moeten compenseren kost enorm veel energie. Dit kan leiden tot een burn-out of een depressie (Royackers, 2013).

Royackers spreekt over meerdere neuropsychologische verklaringsmodellen, die autisme kunnen verduidelijken. De verklaringsmodellen worden hierna verder uitgelegd. De verklaringsmodellen verduidelijken autisme, maar het is niet zo dat iedereen met autisme hetzelfde ervaart. Het eerste

verklaringsmodel is de Theory of mind. Theory of mind (TOM) is het vermogen om je te kunnen verplaatsen in de gevoelens en gedachten van een ander. Bij mensen met autisme is er een gebrek aan inlevingsvermogen. Mensen met autisme kunnen zich wel inleven in een ander, maar dit gaat niet automatisch of spontaan. Het kost voor mensen met autisme meer tijd. Mensen met autisme gaan uit van hun eigen uitgangspunt en vergelijken dat met een ander. Voor iemand met autisme bestaat er vaak maar een waarheid.

Executief functioneren is het tweede verklaringsmodel. Executief functioneren, houdt het vermogen in om problemen doelgericht op te kunnen lossen. De executieve functies spelen een rol bij de impulscontrole, planningsgedrag, flexibiliteit en organisatievermogen. Bij mensen met autisme zou er een stoornis zijn in de frontale hersenen, waardoor ze problemen ervaren op dit gebied. Mensen met autisme kunnen daardoor vaak niet goed oorzaak- gevolg overzien.

Het laatste verklaringsmodel is de centrale coherentie. De centrale coherentie heeft betrekking op de informatieverwerkingsprocessen. De centrale coherentie is het vermogen om waargenomen prikkels samen te voegen tot een zinvol geheel. Mensen met autisme hebben moeite om de samenhang te zien tussen losse elementen in situaties. Mensen met autisme slaan de details op, maar als de context ontbreekt, kunnen ze het niet verbinden aan een breder begrip. Mensen met autisme merken details op maar er een samenhangend geheel van maken kost meer moeite en tijd (Royackers, 2013) .

Naast bovenstaande verklaringsmodellen hebben mensen met autisme ook relatief vaak te maken met bijkomende symptomen. De Britse autisme-expert Baron-Cohen is een Engelse hoogleraar, gespecialiseerd in autisme. Baron- Cohen geeft aan, dat uit onderzoek naar voren komt, dat 70% van de mensen met autisme te maken krijgen met depressieve of angstklachten. Dit kan veroorzaakt worden, doordat mensen met autisme vaak in hun kindertijd gepest worden, uitvallen in het onderwijs, uitvallen op het werk (Baron-Cohen, 2016). Daarnaast geeft het Nederlandse autisme register naar aanleiding van hun onderzoek aan, dat mensen veel last ervaren van de symptomen van de gestelde diagnose. Zo zouden mensen met autisme vaker last ervaren van stress. Mensen met autisme zouden stress ervaren in de sociale contacten, op het werk en kunnen vastlopen op verschillende levensgebieden. De stress die mensen met autisme ervaren kan leiden tot psychische klachten zoals angst en depressie (Begeer, Wijngaarden, Mataw, & Wijnker-Holmes, 2018). Stress bij mensen met autisme kan ook voortkomen uit stigmatisering. Mensen met autisme krijgen nog steeds te maken met stigmatisering, zoals de vergelijking met Rain Man. Stigmatisering wordt gezien als een van de grootste barrières om mee te kunnen doen in de maatschappelijke participatie en arbeidsre-integratie (Kienhorst, 2014).

De stoornis in het gebruik van middelen.

Er wordt gesproken van middelenmisbruik als er langdurig alcohol of drugs gebruikt wordt, ondanks de problemen die het veroorzaakt. De DSM-5 maakt geen onderscheid tussen afhankelijkheid en misbruik. Een stoornis in middelengebruik kan veroorzaakt worden door het gebruik van alcohol, cannabis, opiaten en stimulerende middelen. De DSM-5 spreekt over drie categorieën voor de afhankelijkheid en de ernst van de problematiek. Er wordt in de DSM-5 gesproken over een milde, gematigde of ernstige stoornis (Nederlands Jeugdinstituut, z.j.).

Verslaving wordt gezien als de betrokkene geen controle meer heeft over zijn gebruik. Het kenmerkt zich door het dwangmatig gebruik van psychoactieve stoffen. Voor misbruik van middelen zijn er risicofactoren aan te geven. Er wordt gesproken over cultuur en samenleving. Zo wordt er bijvoorbeeld gesproken over: wat zijn de sociale normen en de beschikbaarheid van het middel? Ook wordt er gesproken over interpersoonlijke factoren, hoe kijkt bijvoorbeeld het gezin naar middelen? Als derde wordt er gesproken over psychosociale factoren. Dit kan bijvoorbeeld betrekking hebben op aanhoudend probleemgedrag, falen, ect. Als laatste wordt er gesproken over biogenetische factoren. Hier wordt gekeken naar de erfelijke kwetsbaarheid en de psychofysiologische kwetsbaarheid voor het effect van een middel (Stel, 2017).

Elk middel heeft zijn eigen werking en effect, het kan verdovend, oppeppend en/of bewustzijns veranderend zijn. Het effect van de drug heeft te maken met welke dosering je neemt en welk middel. Daarnaast kan je tolerantie opbouwen voor het middel, waardoor je steeds meer nodig hebt om hetzelfde effect te creëren (Drugsinfoteam, 2017).

Gameverslaving.

Er is steeds vaker sprake van een gameverslaving. Bij een gameverslaving zijn mensen gericht op het gamen, waardoor andere aspecten in het leven ondergesneeuwd raken. Overmatig gamen leidt tot afhankelijkheid, verstoring in relaties, het matig functioneren op school en werk en een preoccupatie met het gamen (Nederlands jeugdinstituut, 2019). Gamen wordt door de meeste gamers ervaren als een hobby. Gamen kan echter ook gebruikt worden om problemen te ontvluchten. Gamen zelf kan ook problemen veroorzaken. Als iemand ernstige problemen ervaart door zijn gamegedrag spreken we over een gameverslaving. Een gamer blijft dan gamen, ondanks dat het ernstige negatieve gevolgen met zich meebrengt. De gevolgen hebben dan betrekking op de lichamelijke en mentale gezondheid, persoonlijke relaties, opleiding en/of werk. In het DSM-5 bestaat een diagnose voor gameverslaving nog niet (Trimbos instituut, z.j.).

De combinatie autisme en verslaving.

Volgens Wijngaarden-Cremers en van der Gaag speelt er bij mensen met autisme een tekort aan dopamine. Dit zou hun kwetsbaarder maken voor het zoeken naar en gebruiken van middelen. Het middel, bijv. drugs, compenseert het dopaminetekort en geeft daarmee een beloningseffect af. Het beloningseffect is een afname van prikkelgevoeligheid en sociale angst, wat kan zorgen voor een gevoel van rust. Deze coping kan voor mensen met autisme een gewoonte worden, waardoor iemand na langer gebruik niet meer zonder kan. Het gevolg kan zijn, dat iemand in een klein wereldje terecht komt en obsessieve gerichtheid op het middel krijgt (Bonebakker A. , Nieuwkerk, Vuijk, & Blanken, 2016).

In een onderzoek geeft Sizoo (2016) ook aan, dat middelengebruik bij mensen met autisme kan zorgen voor een verminderde angst in het sociale contact. Het middelengebruik zou als functie hebben het verminderen van prikkels, ongewenste gevoelens, voor het invullen van vrije tijd en het erbij willen horen (Baron-Cohen, 2016).

Volgens Mijland & Kisjes (2011) ervaren mensen met autisme de wereld als veel complexer dan mensen zonder autisme. Daarnaast is aangetoond dat bij gamen de adrenaline en dopamine in het lichaam toenemen. Met gamen wordt net als bij middelengebruik een bepaalde tolerantie opgebouwd. De gamer moet dus steeds vaker/langer gamen of nieuwere games spelen om datzelfde prettige gevoel te kunnen behouden. Bij overmatig gamen is er sprake van een verstoorde balans. Er kan dan sprake zijn van één of meerdere problemen op sociaal, psychisch of lichamelijk gebied. Bij mensen met autisme is er kans op grenzeloos vluchtgedrag in de verslaving, wat kan leiden tot een isolement (Mijland & Kisjes, 2011) .

Gamen is voor mensen met autisme extra aantrekkelijk om de volgende redenen. Ten eerste mensen met autisme hebben moeite met het face-to-face contact. In een game omgeving is het gemakkelijker contact maken, omdat je de keus kan maken of je wilt praten of niet, of je alleen speelt of samen en je deelt een gezamenlijke interesse. Ten tweede is in de games ook een houvast aan structuur en logica te vinden. Het leven is onvoorspelbaar, maar in een game bepaalt de gamer zelf wat er gebeurt. Games zijn een oplossing voor als je de vermoeiende of verwarrende werkelijkheid wilt ontvluchten. Ten derde kan gamen een prettige oplossing zijn voor de verlossing van de alledaagse prikkels. Dit kan zorgen voor een gevoel van ontspanning en rust. Ten vierde mensen met autisme voelen zich vaker eenzaam of depressief en een game zorgt voor online contact (Trimbos instituut, z.j.).

methodieken

Over gameverslaving is nog weinig onderzoek gedaan naar bewezen effectieve methoden. Wel is aangetoond dat de cognitieve gedragstherapie (CGT), mogelijk in combinatie met medicatie, een positief effect heeft. De CGT leert mensen het gedrag te veranderen en de manier van denken. De CGT leert probleemoplossende vaardigheden aan, het verkrijgen van inzicht en het versterken van de zelfcontrole van een persoon (Trimbos instituut, z.j.).

Een andere effectieve methode voor mensen met autisme is het toepassen van mindfulness. Bij mindfulness leer je anders omgaan met stress en spanningen. Het zorgt ervoor dat je makkelijker kalm en helder blijft in stressvolle of moeilijke situaties. Uit onderzoek is gebleken dat mindfulness werkt voor mensen met autisme, doordat ze bezig zijn met hun eigen gedachten en dit niet hoeven uit te leggen aan een ander. Er is wel speciaal voor mensen met autisme mindfulness ontwikkeld, anders werkt het niet (Spek, 2010).

Voor het stimuleren van cliënten om hulp te zoeken voor hun problemen en/of hun ongezonde levenswijze aan te pakken, is er de methode motiverende gespreksvoering ontwikkeld. Motiverende gespreksvoering is een empathische en motiverende houding vanuit de hulpverlener. Het is een techniek om cliënten te motiveren tot verandering. Het doel ervan is om cliënten in beweging te brengen. De motivatie moet komen vanuit de cliënt zelf om zijn of haar levenswijze te veranderen. De hulpverlener kan aan de hand van motiverende gespreksvoering op zoek gaan naar de intrinsieke motivatie van de ambivalentie van een cliënt om te willen veranderen om dit samen op te gaan lossen (Bartelink, 2013).

Als cliënten willen veranderen, krijgen ze met de cirkel van gedragsverandering te maken. De cirkel bevat zes fasen van verandering volgens het model van Prochaska en Diclemente. Voor aanvang van de motiverende gespreksvoering zit de cliënt nog in de voorbeschouwing. In deze fase is de cliënt zich vaak niet bewust van zijn probleem, maar het sociale netwerk eromheen wel. Als er begonnen wordt met het inzetten van motiverende gespreksvoering komt de cliënt in de fase van overpeinzing. Dit houdt in, dat de cliënt zich bewust is geworden van het probleem en er motivatie is ontstaan om hier iets aan te doen. Er is in deze fase nog geen actie ondernomen. Vervolgens komt de cliënt in de besluitvorming. De cliënt gaat plannen maken om het gedrag te gaan veranderen en gaat dan over naar de volgende fase van actie. In de actie fase gaat de cliënt actief aan de slag om zijn gedrag te veranderen tot hij bij het volgende niveau terecht komt. Dit niveau is het volhouden of consolidatie. De cliënt gaat in deze fase proberen om niet terug te vallen en het nieuwe gedrag eigen te maken. Vaak komt een cliënt terug in de laatste fase, de terugval. Het is de cliënt niet gelukt om het nieuwe gedrag vast te houden en moet dan weer opnieuw beginnen (Movisie, 2018).

Een methode, die ook ingezet kan worden, is de psycho-educatie. Deze methode heeft als doel een persoon competenties te laten verwerven, die bijdragen aan de geestelijke gezondheid. Psycho-educatie kan kennisoverdracht zijn over bijvoorbeeld de beperking. Daarnaast kan het gericht zijn op het aanleren van vaardigheden. Er worden handvaten meegegeven waardoor een persoon zelf kan door werken aan vooruitgang (Deale, 2010).

Nog een interventie, die ingezet kan worden door professionals is het oplossingsgericht werken. Het oplossingsgericht werken kan ingezet worden wanneer mensen niet in staat zijn om zelfstandig hun problemen te hanteren. De hulpverlener ondersteunt, begeleidt en structureert het proces van de cliënt. Dit wordt gedaan om met de cliënt zijn persoonlijke oplossende vermogen te ontwikkelen. De cliënt wordt centraal gezet. De hulpverlener neemt een houding van het niet weten aan. Het komt vanuit de cliënt en de hulpverlener bevraagt. Vervolgens richt de hulpverlener zich op interventies voor het construeren van oplossingen (Vries, 2017).

HOOFDSTUK 3: METHODOLOGIE

In het hoofdstuk methodologie wordt er ingegaan op de keuzes en verantwoording die geldend zijn in het onderzoek en waarom de onderzoeker hiervoor heeft gekozen. In hoofdstuk 3.1 wordt er ingegaan op de onderzoekspopulatie en de steekproef, daarin wordt er gesproken over de onderzoekspopulatie en wordt de steekproef verantwoord. Vervolgens wordt er in hoofdstuk 3.2 de dataverzamelmethode verantwoord. Dan wordt in hoofdstuk 3.3 gesproken over het meetinstrument. Bij het meetinstrument wordt de validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument beschreven. Bij het laatste kopje 3.4 wordt de data-analyse besproken. Bij de data-analyse worden de gegevens van het onderzoek bekeken en geïnterpreteerd, met de verkregen resultaten kunnen de onderzoeksvragen beantwoord worden.

3.1 ONDERZOEKSPOPULATIE EN STEEKPROEF

In het onderzoek wordt er gesproken over de onderzoekspopulatie, de populatie gaat over de groep mensen waarover je uitspraken wilt gaan doen. In dit onderzoek wordt er gekozen voor de onderzoekseenheid individuele personen. Deze keuze is gemaakt, omdat er interviews afgenomen gaan worden onder een aantal geselecteerde respondenten (Baarda, et al., 2013). In dit onderzoek wordt er gesproken over de onderzoekspopulatie professionals, ervaringsdeskundigen en cliënten op de beschermd woonlocaties van instelling X.

De waarnemingseenheden zijn geselecteerd op de functie binnen instelling X, op geslacht, leeftijd en ervaring. Door verschillende functies en persoonlijkheden te interviewen, hoopt de onderzoeker een zo breed mogelijk beeld te krijgen over de verschillende visies en meningen binnen het beschermd wonen.

Instelling X heeft vier beschermd woonlocaties in de regio's Breda en Tilburg. Binnen beschermd wonen heb je twee mogelijkheden. Er is het beschermd wonen met verblijf en beschermd wonen zonder verblijf. Bij beschermd wonen met verblijf is er 24 uur begeleiding aanwezig en wordt de huur vanuit de indicatie gefinancierd. De onderzoeker heeft hier vier respondenten geïnterviewd. Bij beschermd wonen zonder verblijf ontvang je begeleiding, maar wordt de huur voor het wonen vanuit de cliënt zelf betaald. De onderzoeker heeft hier twee respondenten geïnterviewd. In de onderzoekspopulatie wordt er gesproken over begeleiding bij beide woonvormen.

In het onderzoek is er niet gekozen om naasten te betrekken bij het onderzoek. Voor naasten is niet gekozen, vanwege de beperkte tijd van het onderzoek en de onderzoeksvraag richt zich op de rol van begeleiding bij dubbele problematiek.

Vanuit de waarnemingseenheden is er een selectie gemaakt, deze selectie wordt een steekproef genoemd. In dit onderzoek wordt er gesproken van een gerichte steekproef (Baarda, et al., 2013). Bij een steekproef gaat het om een onderzoekspopulatie waarin de onderzoeker geïnteresseerd is, eenheden kiest die de onderzoeker daadwerkelijk gaat bestuderen. In kwalitatief onderzoek wordt er gesproken over een doelgerichte steekproeftrekking. In dit onderzoek is er gekozen voor de steekproeftrekking, die vooraf is bepaald op basis van onderzochte literatuur. De onderzoeker heeft ervoor gekozen om van elke categorie een aantal eenheden te selecteren, om de gewenste variatie in de steekproef te creëren (Boeije, 2014). In dit onderzoek is er gekozen voor een maximale diversiteit, zodat de populatie heterogener is. De onderzoeker heeft rekening gehouden met verschillende karakteristieke eigenschappen bij de respondenten en op de uitvoerende functie binnen instelling X. De onderzoeker heeft jonge professionals geïnterviewd die net werkzaam zijn in de sector en er zijn professionals geïnterviewd, die al meer dan dertig jaar ervaring hebben. Daarnaast heeft de onderzoeker de laagste en hoogste functie in de hiërarchie geïnterviewd, om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de verschillende visies.

De onderzoekspopulatie betreft twee mannelijke begeleiders en zes vrouwelijke begeleiders van instelling X. Daarnaast wordt er één mannelijke externe ervaringsdeskundige geïnterviewd. De functie van de begeleiders zijn vijf persoonlijk begeleiders, twee begeleiders en een senior. De professionals zijn MBO en HBO geschoold in de sociale sector. De begeleiders zijn in de leeftijd van 26 tot 50 jaar. De ervaringsdeskundige is een man die gediagnosticeerd is met de diagnose normaal begaafd autisme, hij is HBO gediplomeerd en heeft de leeftijd van 37 jaar. De ervaringsdeskundige is werkzaam binnen de doelgroep normaal begaafd autisme.

Daarnaast bestaat de onderzoekspopulatie uit twee cliënten die woonachtig zijn bij instelling X. De twee mannelijke cliënten zijn woonachtig bij instelling X op locatie Y en hebben de leeftijd van 22 en 30 jaar. Beide mannen hebben hun middelbare opleiding afgerond en hebben hun vervolg opleiding niet afgemaakt. De cliënten maken allebei gebruik van middelen, zoals alcohol en gamen.

In het onderzoek wordt er aandacht besteed aan de ethische verantwoording en de anonimiteit van de respondenten. Aan de respondenten is gevraagd of ze vrijwillig willen meewerken aan het onderzoek. De begeleiders zijn gevraagd in een mail, met daarin uitleg over het onderzoek. De cliënten zijn persoonlijk gevraagd, zodat de cliënt de ruimte kreeg om vragen te stellen aan de onderzoeker. De respondenten zijn voorafgaand aan het interview op de hoogte gesteld, dat hun gegevens anoniem verwerkt worden. Om goedkeuring te geven dat ze mee willen werken, is er een informed consent formulier getekend. Het informed consent formulier is aan de hand van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) gemaakt en legt aan de respondenten uit dat er zorgvuldig omgegaan wordt met de verkregen gegevens (Baarda, et al., 2013). Een leeg informed consent formulier is te vinden in bijlage 2. Voorafgaand aan het interview wordt uitleg gegeven over het interview en onderzoek. Ook worden de respondenten ingelicht, dat er de mogelijkheid is om vroegtijdig het interview te stoppen. De negatieve effecten worden gewaarborgd, doordat de interviews afgenomen worden in een apart kantoor en de gegevens anoniem verwerkt worden. De kantoorruimte wordt van tevoren in orde gemaakt en is een afgesloten ruimte om de veiligheid te waarborgen van de respondent en de audio. De opnames worden tijdens het transcriberen volledig geanonimiseerd.

3.2 DATAVERZAMELINGSMETHODE

In dit onderzoek is er gekozen voor kwalitatief onderzoek. Bij een kwalitatief onderzoek wordt er aandacht gegeven aan het begrijpen van betekenissen die mensen toekennen aan gebeurtenissen in hun dagelijks leven (Boeije, 2014). In dit onderzoek is er gekozen voor het onderzoek type beschrijvend onderzoek. In het onderzoek wordt er aandacht gegeven aan de situatie, de methode en de kenmerken van de respondenten.

Voor de kwalitatieve onderzoeker is het van belang, dat hij een actieve rol vervult bij het verkrijgen van data. De werkelijkheid wordt beschreven aan de hand van hoe de betrokkenen het ervaren en wat van belang is voor de beeldvorming van het onderzoek. In dit onderzoek is gekozen voor het interview als dataverzamelingmethode. Deze keuze is gemaakt, omdat de bestaande informatie niet genoeg is om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Bij een interview wordt er door de onderzoeker zelf informatie verzameld (Baarda, et al., 2013). De onderzoeker heeft voor deze methode gekozen, omdat het een natuurlijke manier van gegevens verzamelen is. Het is een respondentvriendelijke methode, waardoor de weerstand bij de respondenten niet zo groot is. Daarnaast heeft de onderzoeker controle op het beantwoordingsproces. De interviewer kan corrigeren of vragen beantwoorden van de respondent tijdens het interview. Ook kan je met een interview ingewikkeldere vragen stellen, wat kan zorgen voor meer diepgang. Als laatste heeft het als voordeel dat de respons vaak groot is. Er is een afspraak ingepland, wat er voor zorgt dat respondenten komen om de vragen te beantwoorden (Baarda, Dit is onderzoek, 2014).

Bij een interview is het doel om informatie te verzamelen over een bepaald onderwerp. Bij een interview gaat het om de beleving van de geïnterviewde. De interviews worden in dit onderzoek afgenomen aan de hand van het ongestructureerde interview. Bij dit interview werk je met een

hoofdvraag en enkele onderwerpen van een vooraf opgestelde topic-lijst. Het interview verloopt bij elke respondent anders, maar de rode draad blijft hetzelfde. De onderzoeker in dit interview is flexibel en speelt in op de situatie (Verhoeven, 2018). Het nadeel van een interview onderzoek is, dat het beïnvloed kan worden door de interviewer of dat tijdens het afnemen van het interview weinig bedenktijd wordt gegund aan de geïnterviewde (Baarda, Dit is onderzoek, 2014). De onderzoeker houdt hier rekening mee en neemt de interviews individueel af. De interviews worden in een besloten ruimte afgenomen en er zijn van te voren tijdsafspraken gemaakt.

3.3 MEETINSTRUMENT

Bij het uitwerken van de methode is een van de stappen de operationalisatie. Bij de operationalisatie ontwikkelt de onderzoeker de begrippen door tot een meetinstrument. Het meetinstrument is een hulpmiddel waarmee je gegevens verzamelt. In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van het volgende meetinstrument, de topic-lijst. De topic-lijst is een lijst met onderwerpen, die als uitgangspunt dienen bij het interview. De onderwerpen zijn samengesteld aan de hand van de begripsafbakening (Verhoeven, 2018). Het meetinstrument geeft richting aan in het interview en daarnaast laat het ruimte over voor de geïnterviewde (Boeije, 2014).

In dit onderzoek wordt de topic-lijst ingezet om gestructureerd te werk te kunnen gaan. De topic-lijst geeft de hoofdonderwerpen aan, zodat de onderzoeker van te voren duidelijk heeft welke informatie hij wil verzamelen. In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van twee topic-lijsten, namelijk een topic-lijst voor professionals van instelling X en de ervaringsdeskundige en een topic-lijst voor cliënten. In de topic-lijst voor cliënten is de vraagstelling en het aantal topics aangepast. De onderzoeker heeft hiervoor gekozen, zodat de cliënten niet overvraagd worden tijdens het interview en de tijd kunnen nemen voor het beantwoorden van de vragen. In de topic-lijsten staan vragen beschreven die voortkomen uit de gestelde hoofd- en deelvragen van het onderzoek. Ook staan er onderwerpen en vragen in die onderbouwd zijn vanuit het theoretische kader. De onderwerpen die centraal staan in het topic-lijst zijn: autisme, verslaving, zelfredzaamheid, cliënten en begeleiders. De onderzoeker zet deze onderwerpen centraal, zodat er genoeg gegevens verzameld kunnen worden over deze onderwerpen om daarmee de hoofdvraag te beantwoorden. Voor de topic-lijst zie bijlage 1.

Bij de interviews wordt er aan de hand van een vragenvolgorde gewerkt. Het interview begint met eenvoudige vragen die gebaseerd zijn op feiten. Vervolgens wordt er overgegaan naar gevoeligere vragen, die vragen naar iemands mening of achtergrond. Aan het eind van het gesprek worden er weer eenvoudige vragen gesteld. De interviews geven de respondenten de mogelijkheid om hun visie en kennis over te dragen aan de interviewer. Ook kunnen de respondenten tijdens het interview verduidelijking vragen aan de interviewer indien dit gewenst is. Daarnaast wordt er eerst een proefinterview afgenomen om de lijst met onderwerpen uit te proberen. Dit verhoogt de betrouwbaarheid (Baarda, 2014).

3.4 DATA-ANALYSE

Bij de data-analyse is het inzicht van de onderzoeker over het onderwerp vergroot. Met behulp van dit inzicht kan de onderzoeker de onderzoeksvragen beantwoorden en de resultaten kunnen gerapporteerd worden. De onderzoeker heeft keuzes gemaakt voor de beste ordening aan de hand van de probleemstelling. De onderzoeker heeft zichzelf de vraag gesteld: wat wil de onderzoeker te weten komen en waarom? De verzamelde gegevens zijn uiteengehaald en geordend in thema's. Vervolgens zijn de thema's uitgewerkt en is er gekeken naar wat er belangrijk is voor het onderzoek. Als laatste is er gekeken naar patronen en het integreren van thema's (Boeije, 2014).

Om de bevindingen te kunnen uiteenrafelen, werd er door de onderzoeker gebruik gemaakt van het hulpmiddel coderen. Bij coderen zijn er door de onderzoeker codes benoemd van een thema en/of categorie. De onderzoeker is het coderen gestart met een open codering, dit betekent dat de

onderzoeker alle verzamelde gegevens heeft verdeeld in fragmenten. De relevantste fragmenten werden met elkaar vergeleken en zijn gelabeld. Tijdens het open coderen wist de onderzoeker nog niet wat belangrijke informatie zou zijn voor het onderzoek. Naar aanleiding van het open coderen kwam een lijst met codes naar voren, ook wel de codeboom genoemd. De onderzoeker heeft codes gemaakt, zoals autisme en verslaving. De codes zijn unieke woorden, die de kern weergeven van een specifieke ervaring of jargon uit een specifiek veld. Een code kan ook voortkomen uit de literatuurstudie of voortkomen uit onze eigen taal. Na het open coderen is de onderzoeker overgegaan op axiaal coderen. Bij axiaal coderen werden de codes geïntegreerd tot centrale categorieën, ook wel de assen genoemd. De onderzoeker heeft in deze fase een nieuwe ronde dataverzameling uitgevoerd en tegelijkertijd de data uit de eerdere fase vergeleken met het nieuwe materiaal. Het axiaal coderen diende als tussenbrug tussen open en selectief coderen. In deze fase heeft de onderzoeker de codes verkleind, bijvoorbeeld begeleiding en cliënten. De onderzoeker heeft aan het einde van het onderzoek selectief coderen toegepast. Bij selectief coderen werd het accent gelegd op welke onderwerpen de onderzoeker heeft gebruikt voor het onderzoek. De codes heeft de onderzoeker onderverdeeld in onderwerpen zoals verslaving met daaronder de verkleinde codes gamen, alcohol en drugs. Aan het einde van het coderen kwamen vanuit de analyse de definitieve resultaten naar voren. De gegevens zijn verwerkt en geven antwoord op de gestelde onderzoeksvragen (Boeije, 2014). De onderzoeker heeft in bijlage 3 de beschreven code-boom toegevoegd.

HOOFDSTUK 4: RESULTATEN

In dit hoofdstuk resultaten worden de resultaten op een logische volgorde gepresenteerd. De ervaringen en betekenissen worden beschreven en waar de verschillen van de respondenten vanuit de theorie en praktijk mee samen hangen. Daarnaast wordt er teruggekeken op de resultatenselectie (Boeije, 2014).

In het hoofdstuk resultaten beantwoordt de onderzoeker de drie gestelde deelvragen van het onderzoek. De deelvragen worden beantwoord aan de hand van de verzamelde gegevens van de respondenten uit de interviews, wat gekoppeld wordt aan de theorie die gevonden is in het vooronderzoek, die beschreven staat in hoofdstuk 2. De onderzoeker maakt gebruik van citaten van de respondenten bij het beschrijven van de resultaten. De citaten komen voort uit de afgenomen interviews. De onderzoeker heeft voor het onderzoek tien interviews afgenomen binnen instelling X. De respondenten bestaan uit zeven professionals van instelling X met de functies huishoudelijke ondersteuner, persoonlijk begeleiders en senior begeleider. De begeleiders krijgen de afkorting B1 t/m B7. Daarnaast heeft de onderzoeker twee cliënten geïnterviewd, die woonachtig zijn binnen instelling X op locatie Y, de afkorting voor cliënten zijn C1 en C2. Ook is er een externe ervaringsdeskundige geïnterviewd, deze krijgt de afkorting E1. In de onderzoekspopulatie kan de lezer verdere informatie terugvinden over de geïnterviewde respondenten.

De drie deelvragen komen voort uit de onderzoeksvraag. De onderzoeksvraag was als volgt: 'Hoe kunnen begeleiders binnen een beschermde woonvorm volwassen cliënten met normaal begaafd autisme en bijkomende verslavingsproblematieken, begeleiden naar meer zelfredzaamheid?'.

DEELVRAAG 1: HOE ONDERSTEUNT EN COACHT DE BEGELEIDING OP DIT MOMENT DE CLIËNTEN MET AUTISME EN DE BIJKOMENDE VERSLAVINGSPROBLEMATIEKEN?

Om de deelvragen te beantwoorden heeft de onderzoeker gevraagd naar de mening en visie van begeleiders, cliënten en ervaringsdeskundige naar autisme, verslaving en de combinatie ervan.

Autisme

Uit het theoretische kader komt naar voren, dat er geen blauwdruk over autisme bestaat. De conclusie is, dat autisme zich bij iedereen anders uit (Delfos, Nieuwe inzichten in autismspectrumstoornissen, 2012). Uit de afgenomen interviews komt ook naar voren dat begeleiders het lastig vinden om autisme te omschrijven. De begeleiders geven aan dat het een breed begrip is, waar geen eenduidige lijn in te trekken is. Volgens hun zijn er raakvlakken die mensen met autisme bezitten, maar ze geven aan dat het bij iedereen anders werkt, omdat er zoveel verschillende uitingsvormen zijn van het autisme.

De begeleiders geven als visie over autisme aan dat de technische kant ervan is, dat er bij mensen met autisme sprake is van een informatie verwerkingsstoornis. Zijn geven aan, dat mensen met autisme informatie op een andere manier verwerken dan mensen zonder autisme. Een begeleider geeft aan, dat de zintuigelijke prikkels op een andere manier binnen komen dan bij mensen zonder autisme.

De onderzoeker heeft bij cliënten en de ervaringsdeskundige gevraagd hoe zij keken naar autisme. Uit de interviews komt naar voren, dat zij moeite hebben om de vraag te beantwoorden. Alle drie geven ze aan wel de vraag te willen beantwoorden over hoe zij hun autisme ervaren. Zo wordt door een cliënt het autisme omschreven, dat voor hem autisme het anders denken inhoudt, waardoor hij moeilijker dingen kan doen. De andere cliënt geeft aan dat autisme een manier is om de wereld om hem heen te begrijpen. Daarbij wordt aangegeven, dat alle twee aangeleerd gedrag vertonen op het moment dat zij naar buiten stappen. Het volgende citaat omschrijft het autisme volgens de ervaringsdeskundige:

'autisme vind ik een kader waar je heel veel kapstokken, waar je heel veel aan kunt ophangen, maar om het heel concreet vorm te geven dat vind ik wel een hele lastige, ik merk dat het voor ieder persoon

anders uitpakt en de ene persoon zit vanuit zichzelf of misschien vanuit onzekerheid meer in zijn autisme gesloten dan een ander zit' (E1).

Verslaving

De DSM-5 stelt dat als er langdurig gebruik gemaakt wordt van alcohol, drugs of gamen, ondanks de problemen die het veroorzaakt, er gesproken kan worden van een verslaving (Nederlands Jeugdinstituut, z.j.). Uit de interviews komt naar voren dat begeleiders aangeven, dat er gesproken kan worden van een verslaving als iemand zodanig iets nodig heeft, dat het daardoor het gewone dagelijks functioneren belemmert. Een voorbeeld dat gegeven wordt, is dat mensen met een verslaving in een negatieve spiraal terecht komen door zichzelf te verslonzen, waardoor ze steeds verder in de problemen raken.

De cliënten geven aan dat iets als een verslaving gezien kan worden als iemand structureel gebruikt, waardoor die persoon dan niet functioneert volgens eigen wensen om in de maatschappij mee te komen. Ook omschrijven zij het als een uit de hand gelopen hobby. De kijk op verslaving vanuit de begeleiders en cliënten sluiten aan op de omschrijving vanuit de DSM-5.

Combinatie

In de probleemanalyse staat beschreven dat autisme en verslaving een opkomende problematiek is. Uit onderzoek is gebleken, dat mensen met autisme kwetsbaarder zijn voor middelengebruik en/of gamen. Het beloningseffect dat een middel afgeeft, zou een gevoel geven van rust bij mensen met autisme (Delfos, 2018). De zeven begeleiders geven aan dat zij het gebruik van middelen bij mensen met autisme zien als hulpmiddel voor een uitweg. Een uitweg om rust te kunnen ervaren. De volgende begeleider gaf aan als voorbeeld:

'je moet je voorstellen als je continu met je hoofd in een emmer zit en waar iemand constant op slaat. Je rookt een jointje, wat ervoor zorgt dat jij even uit de emmer kan ontsnappen. Dat je even het brein kan ervaren van iemand zonder autisme. Ik snap dat het kan aanvoelen als een opluchting' (B5).

Drie begeleiders omschrijven het inzetten van middelen ook wel als zelfmedicatie. Alle begeleiders geven aan te begrijpen en dat zij zich kunnen inbeelden dat mensen met autisme pakken naar middelen. Zo wordt als voorbeeld gegeven, dat het gebruik maken van games voor mensen met autisme wordt ervaren als een veiligere en voorspelbaardere wereld. Uit de literatuur komt ook naar voren dat games zorgen voor een houvast, structuur en context wat ingezet kan worden om de vermoeiende werkelijkheid te ontvluchten (Trimbos instituut, z.j.).

De cliënten omschrijven hun reden voor gebruik als volgt:

'Met gamen vergeet je echt alles om je heen, je wordt geabsorbeerd in de wereld die je speelt en je vergeet dat je in de echte wereld zit. Het zorgt ervoor dat ik niet meer nadenk over mijn problemen, je komt mensen tegen met autisme, die gelijkgestemd zijn met mij. De game helpt je om de harde realiteit te kunnen escaperen en je hebt controle over je eigen geluidsinstellingen, beeldinstellingen dus je filtert eigenlijk al de wereld die je daar ziet' (C1).

'Ik heb bijna 12 jaar geblowd, het loste op dat moment mijn problemen op want het gaf mij namelijk ontzettend veel rust. Ik wist dat het niet een structurele oplossing was en dat het uiteindelijk zorgde voor meer problemen maar het zorgde voor ontzettend veel rust (E1)'.

Alle drie de cliënten geven aan het ervaren van rust als grootste voordeel te zien. Daarnaast geven zij aan dat, de sociale communicatie gemakkelijker is, doordat ze onder gelijken zijn. Een ander voordeel is, dat ze door het gebruik de wereld even kunnen filteren en kunnen ontsnappen uit de werkelijkheid.

In de literatuur is nog niet veel bekend over de dubbeldiagnose, maar de kijk vanuit begeleiders, cliënten en de ervaringsdeskundige sluit aan op de gevonden literatuur.

Bovenstaand werd de kijk vanuit de geïnterviewde respondenten over de onderwerpen beschreven. De onderzoeker gaat nu antwoord geven op de deelvragen.

Begeleiding

Uit de afgenomen interviews blijkt dat alle zeven begeleiders, indien er sprake was van een vermoeden van verslaving, daarmee rekening hielden. Vier begeleiders geven aan het gesprek over middelengebruik aan te gaan met de cliënt. Drie andere begeleiders geven aan niet in gesprek te gaan met een cliënt als die onder invloed is. Op dit moment geven de zeven begeleiders aan het gesprek over verslaving zonder waarde oordeel aan te gaan. Als voorbeeld geven zij hierover aan, dat ze luisteren, kijken naar het grotere geheel, transparant blijven en in contact proberen te blijven met de cliënten. Uit de interviews blijkt dat een begeleider het belangrijk vindt, dat begeleiding zich aanpast aan het tempo van de cliënt. Dit omschreef hij als volgt: *‘je merkt dat door hun verslaving, dat alles wel heel traag loopt. Ik zeg altijd: zij zijn een boemeltreintje en wij zijn een sneltrein. Je moet je aanpassen aan de boemeltrein anders zijn wij allemaal aan het trekken en kei hard aan het werken, maar de boemeltrein is nog lang niet zo ver’ (B3).*

Uit de interviews komt naar voren, dat de zeven begeleiders hun taak op dit moment omschrijven als observerend, signalerend, ondersteunend, adviserend en soms sturend. Een begeleider geeft als voorbeeld aan, dat het de taak is van een begeleider om te zoeken naar een verklaring van het gedrag, hoe is het gedrag tot stand gekomen en wat zegt dit over de persoon en zijn autisme. Dit past bij de methodiek psycho-educatie, de beperkingen van een cliënt worden overzichtelijk gemaakt (Vries, 2017).

Uit de interviews blijkt dat begeleiders op dit moment vooral een signalerende rol aannemen. De zeven begeleiders geven aan, dat op dit moment het onderwerp onder de aandacht is bij collega's. Het team bespreekt in overdrachten en teamvergaderingen de stand van zaken en zijn aan het kijken wat zij nodig hebben om met de problematieken om te kunnen gaan. De vragen die spelen zijn: hoe herken je de symptomen van een verslaving? Is het de verslaving of het autisme? Hoe gaan wij als begeleiders om met de problematieken?

DEELVRAAG 2: WAT VINDEN BEGELEIDERS EN CLIËNTEN GOED WERKEN IN DE BEGELEIDING EN WAAR LIGGEN VOLGENS HUN DE VERBETERPUNTEN?

De onderzoeker heeft in de interviews de vragen ingedeeld in twee categorieën namelijk: wat de begeleiders in de huidige begeleiding goed vinden gaan en wat ze sterker willen zien in het team. Deze vragen zijn ook gesteld bij de twee cliënten en de ervaringsdeskundige.

Sterke punten

De onderzoeker heeft bij het afnemen van de interviews aan begeleiders en cliënten gevraagd wat zij als sterke punten ervaren. Uit de interviews blijkt, dat alle zeven begeleiders het een sterk punt vinden, dat zij zonder waarde oordeel en transparant begeleiden. Ook geven zij aan het een sterk punt te vinden, dat zij naast de cliënt staan en het zien als samenwerking. De voorbeelden die door begeleiders genoemd worden zijn: het benoemen wat zij feitelijk zien gebeuren, navraag doen bij de cliënt of de bevindingen kloppen en het onderwerp openhouden.

Drie begeleiders geven aan, dat zij het sterk vinden dat het team niet meteen in paniek schiet als een cliënt een keer gebruik maakt van middelen. Het team kan het gebruik normaliseren en het gesprek open aangaan met de cliënten, zoals navragen hoe hij dit ervaren heeft.

Het handelen van begeleiders sluit aan op een passende benadering die beschreven staat in het theoretische kader. Een begeleider moet namelijk op een unieke en afgestemde wijze de cliënt benaderen, zodat de cliënt bezig kan zijn met het vergroten van zijn autonomie (Laan, Euser, & Balkon, 2015).

Uit de interviews kwam naar voren, dat twee begeleiders van het beschermd wonen zonder verblijf aangaven geïnvesteerd te hebben in de visie en in het team. Als voorbeeld gaven zij aan, dat ze de expertise naar de locatie hebben gehaald en geïnvesteerd hebben in vergaderingen om als team een begeleidingslijn naar cliënten uit te stralen. De begeleider gaf het volgende aan: *'als team zijn wij heel lang bezig geweest dat we alle problematieken zelf wilden aanpakken, waar in de wijk of ergens anders de expertise lag, waar mensen voor hebben geleerd. Dus nu proberen wij te zoeken naar plekken die al bestaan en niet zelf weer het wiel weer uit te vinden'* (B5).

Zij ervaren een sterke eenduidige lijn in een team, waardoor er een goede onderlinge samenwerking is. Een andere locatie heeft ook een gemeenschappelijk besluit genomen over het wonen met een verslaving. Het volgende werd hierover aangegeven: *'binnen de harde regels mag je hier niet wonen als je verslaafd bent. In het team hebben wij ervan gemaakt, dat je hier wel mag wonen als je verslaafd bent, maar dat je hulp moet accepteren van de verslavingszorg. De cliënt gaat op intake en het advies dat daaruit voorkomt moet hij/ zij opvolgen en wij kijken hoe wij daarop met onze begeleiding kunnen aansluiten'* (B2).

De onderzoeker heeft ook gevraagd aan cliënten wat zij als prettig ervaren aan de begeleiding. De twee cliënten benoemden als eerste, dat zij de begeleiding als open ervaren, als meedenkend en vragen stellend, zodat de cliënt zelf aan het denken wordt gezet. Daarnaast ervaren zij de continue aanwezigheid van begeleiding, het afspraken hebben op vaste momenten en de tijd die vrij wordt gemaakt voor een ongepland praatje ook als prettig. Het volgende werd aangegeven door een cliënt: *'ik vind het fijn dat zij mij mijn ding laten doen. Mij de kans geven om dingen zelf te laten doen en dat als het niet lukt ik om hulp mag en kan vragen'* (C2).

De twee cliënten gaven daarnaast aan, dat zij op eigen tempo mogen groeien van begeleiding, ondanks hun verslaving.

Bovenstaande is passend bij de methodiek oplossingsgericht werken. De cliënt wordt centraal gezet en mag zijn eigen proces volgen, met ondersteuning en aangebrachte structuur door begeleiding (Vries, 2017).

Verbeterpunten

Uit de interviews blijkt, dat twee begeleiders onbekendheid binnen instelling X ervaren over de doelgroep autisme. Ook zouden de richtlijnen verouderd zijn over hoe te handelen bij verslaving. Zij zien als verbeterpunten, dat er meer bekendheid moet komen over wie de doelgroep is en wat zij nodig hebben. Dit ervaren zij niet alleen bij instelling X, maar ook bij de gemeente, het netwerk en de verslavingszorg.

Verschillende begeleiders geven aan zoekende te zijn naar hun rol in de dagelijkse begeleiding bij mensen met autisme en een vermoeden van verslaving. Uit de interviews blijkt, dat het team dit ziet als een gezamenlijk verbeterpunt. Het team zou zich meer moeten specialiseren in de basiselementen van verslaving. Dit kan er voor zorgen, dat begeleiders sneller kunnen signaleren, zodat er sneller acties uitgezet kunnen worden richting psycho-educatie of de verslavingszorg. Daarnaast geven begeleiders aan, dat een nauwere samenwerking met de verslavingszorg een verbeterpunt is. De zeven begeleiders geven aan, dat er kortere lijnen moeten komen. Vier van de zeven begeleiders geven aan de expertise buiten de deur te willen zoeken, zodat de begeleidingsband met de cliënt zuiver blijft. De verslaving willen zij onderbrengen bij de verslavingszorg, zodat de begeleider weer kan focussen op de dagelijkse begeleidingsvragen.

Uit de interviews blijkt, dat begeleiders bij het beschermd wonen met verblijf een heldere lijn missen in hun begeleidingsstijl. Voorbeelden die genoemd worden door begeleiders zijn: het missen van teamafspraken, concreetheid en er wordt benoemd, dat iedereen zelf maar een beetje uitprobeert wat zou moeten werken.

De begeleiders geven aan te willen zien, dat iedereen het gesprek durft aan te gaan met de cliënt rondom de vermoedens van een verslaving. Op dit moment zouden er scheve verhoudingen zijn in het team. Het team zou ook steviger willen optreden bij een vermoeden van een verslaving. Als voorbeeld wordt gegeven, dat begeleiders cliënten mogen aanspreken op gedrag dat niet passend is. Daarnaast dat cliënten een spiegel mogen voorgehouden krijgen, zodat cliënten hiervan kunnen leren.

Uit de literatuur komt naar voren, dat er nog weinig bekend is over effectieve methoden die passend zijn bij autisme en verslavingsproblematieken. Wel is er bekend, dat het inzetten van middelengebruik als coping een gewoonte kan worden. Na langere tijd kan iemand niet meer zonder (Trimbos instituut, z.j.). Uit de interviews blijkt, dat de zeven begeleiders aangeven, dat er voorwaarden gesteld moeten worden aan het wonen binnen beschermd wonen met een verslavingsproblematiek.

Een ander opvallend punt wat naar voren komt uit de interviews is, dat begeleiders aanlopen tegen de samenwerking met het netwerk. Verschillende begeleiders geven aan, dat zij het netwerk sneller aan tafel willen roepen als zij merken, dat het de begeleiding in de weg staat. Op dit moment wordt het zo ervaren dat het netwerk en begeleiding tegenover elkaar staan. Uit de interviews blijkt, dat begeleiders er behoefte aan hebben dat de samenwerking met het netwerk verbeterd wordt. Als voorbeeld wordt genoemd, dat het netwerk beter geïnformeerd moet worden over de problematieken.

De begeleiders zien als verbeterpunten een duidelijkere begeleidingslijn in het team, voorwaarden aan het wonen met verslaving binnen beschermd wonen en een betere samenwerking met de verslavingszorg en het netwerk.

De onderzoeker heeft gevraagd aan cliënten wat zij willen verbeteren aan de begeleiding vanuit het team. Uit de interviews blijkt dat beide cliënten vinden, dat er meer lef getoond mag worden vanuit de begeleiding. Als voorbeeld wordt benoemd, dat begeleiding vaak een passieve houding aanneemt. De begeleiding mag assertiever zijn in de begeleiding. Daarnaast geven beide cliënten aan, dat begeleiding minder moet kaderen en meer los mag laten. De cliënt gaf als voorbeeld aan: *'Iemand moet je laten ondervinden wat wel en wat niet werkt, je mag hier iemand zijn ontwikkelingsproces niet stop zetten'* (C1).

De ervaringsdeskundige geeft in het interview aan, dat begeleiders niet bang moeten zijn om moeilijke onderwerpen bespreekbaar te maken. Het onderwerp moet open gehouden worden, zodat dit bespreekbaar mag zijn voor een cliënt. Ook geeft hij aan, dat een begeleider een cliënt niet moet opgeven, ondanks de terugvallen. De ervaringsdeskundige geeft het volgende aan: *'bij elke poging tot verandering wordt er een klein grassprietje omgedraaid bij een cliënt, wat later gaat zorgen voor een opening voor een begeleider'* (E1).

De cliënten en ervaringsdeskundige geven in het interview aan dat begeleiding niet om de hete brei moet draaien, maar het moet houden bij de feitelijke waarheid. Dit sluit aan op de literatuur, wat aangeeft dat mensen met autisme moeite hebben om de samenhang te zien in een situatie (Royackers, 2013). Wat uit de interviews naar voren komt is, dat zij niet anders behandeld willen worden, omdat zij autisme hebben. De begeleider mag de cliënt zien als een gelijkwaardige. Ook geven zij aan, dat een verslaving ingewikkeld is, dus dat een begeleider dit ook ingewikkeld moet blijven vinden. Als voorbeeld wordt gegeven: *'als begeleider moet je onderzoeken of de cliënt weet wat hij doet, wat het effect ervan is en waarom hij het doet. Vooral het weten waarom iemand het doet, is het allerbelangrijkste. Je moet als begeleider onderzoeken waar de verslaving vandaan komt'* (C2).

DEELVRAAG 3: WAT HEBBEN BEGELEIDERS NODIG OM CLIËNTEN MET AUTISME EN VERSLAVINGSPROBLEMATIEKEN TE KUNNEN BEGELEIDEN NAAR ZELFREDZAAMHEID?

Uit de interviews komt naar voren, dat begeleiders ondersteuning nodig hebben van verschillende actoren om te kunnen werken naar zelfredzaamheid bij cliënten.

Gemeente

Uit de interviews komt er naar voren, dat begeleiders het volgende nodig hebben van de gemeente. De zeven begeleiders geven aan, dat ze vanuit de gemeente begrip en tijd willen krijgen voor het begeleidingstraject. Begrip voor de moeilijkheidsgraad van de doelgroep, maar ook begrip dat het een lang traject gaat worden. Een begeleider geeft het volgende aan: *‘jongeren met autisme hebben veel tijd nodig om zichzelf te kunnen ontwikkelen. Bij de gemeente moet er bewustwording komen dat het proces in kleine stapjes verloopt.’ (B1).*

Dit sluit aan op de beschreven literatuur over de cirkel van gedragsverandering. De cliënt gaat verschillende stappen doorlopen, maar krijgt vaak te maken met een terugval, waardoor het proces opnieuw gestart zal worden (Movisie, 2018).

Naast begrip en tijd zouden de zeven begeleiders een samenwerking willen starten met de gemeente. Er zouden kortere lijntjes moeten komen met de Wmo- consulenten, zoals het aansluiten bij teamvergaderingen en meedenken in complexe casuïstiek. Op het gebied van verslaving zouden de begeleiders graag zien, dat de gemeente een standpunt inneemt over het werken aan een verslaving. De gemeente zou bij het verlengen van de indicatie een voorwaarde eraan moeten verbinden. Het volgende voorbeeld werd omschreven door een begeleider: *‘De gemeente gaf als voorwaarde om de indicatie af te geven, dat de cliënt iets met zijn verslaving moet doen. Het is fijn dat de gemeente dat standpunt inneemt, dan kunnen wij daar continu op terug pakken en sta je niet alleen in je standpunt’ (B4).*

Netwerk.

Verschiedende begeleiders geven aan een samenwerking nodig te hebben met het netwerk. De begeleiders geven aan, dat de ouder de rol van ouder weer moet gaan aannemen en de begeleider de begeleidingsrol. Uit de literatuur blijkt, dat mensen met autisme veel stress kunnen ervaren vanuit sociale contacten, met als risico dat ze vast kunnen lopen op meerdere levensgebieden (Baron-Cohen, 2016). De begeleiders geven aan, dat de verwachtingspatronen vanuit het sociale netwerk op dit moment niet haalbaar zijn. Ook zouden ouders de focus leggen op beheersing en te betrokken zijn bij de cliënt, wat door begeleiders niet als helpend wordt ervaren. De ervaringsdeskundige geeft als voorbeeld aan, dat het netwerk juist steun moet geven aan het betrokken familielid, vertrouwen in de persoon en het proces uitstraalt en handelt zonder te oordelen over de gemaakte keuzes.

Uit de interviews komt naar voren, dat begeleiders aangeven, dat het sociale netwerk ook scholing en psycho-educatie moet krijgen over de problematieken. Ook geven drie begeleiders aan, dat ouders binnen beschermd wonen vaker aan zouden moeten sluiten bij de aangeboden momenten, zoals een planbespreking of teamvergadering.

Team

Uit de interviews blijkt, dat er zes begeleiders aangeven hun kennis te willen verdiepen over verslaving. Verschiedende begeleiders geven aan geschoold te willen worden en halfjaarlijks getraind over de huidige problematieken binnen het beschermd wonen. De begeleiders geven aan handvaten nodig te hebben om een cliënt beter te kunnen begeleiden naar zelfredzaamheid. Het volgende wordt aangegeven: *ik denk dat wij meer geschoold mogen worden. Ik denk wel dat we de echte expertise buiten de deur, de organisatie moeten halen. Dit met als reden om de vertrouwensband tussen begeleiding en cliënt zuiver te houden. Dus ik denk strikt dat wij niet de rol moeten overnemen van de verslavingszorg, maar ik denk toch wel dat het noodzakelijk is dat wij opgeleid of beter geïnformeerd gaan worden over wat is een verslaving en hoe gaan wij daarmee om (B4)’*

Ook geven de begeleiders binnen het beschermd wonen met verblijf aan samenwerking in het team nodig te hebben. Er moeten duidelijke teamafspraken komen en een eenduidige lijn. Ook zouden zij een hardere richtlijn en voorwaarden willen stellen over het wonen met een verslaving. De begeleiders geven aan, dat ze meer lef nodig hebben om eerder in te kunnen grijpen. Een begeleider geeft het volgende aan: *'ik denk dat wij veel meer mogen doen met verslavingen, ik denk dat wij sneller mogen denken aan: zou dit een verslaving kunnen zijn? We zijn te huiverig om te benoemen dit is een gameverslaving. Hier moeten we ook eerder acties in uit gaan zetten, omdat het in de weg kan staan van het proces, de ontwikkeling van cliënten zeg maar' (B3).*

Daarnaast moeten ze gezamenlijk de visie en mogelijkheden uitstralen naar het netwerk en cliënten. Hierdoor kunnen de verwachtingen van het netwerk en begeleiding dichter naar elkaar gebracht worden.

HOOFDSTUK 5: CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

In hoofdstuk 4 heeft de onderzoeker de resultaten van de deelvragen beantwoord. In dit hoofdstuk worden de conclusies van de deelvragen beschreven, wat de hoofdvraag zal beantwoorden. Vervolgens worden er aanbevelingen geschreven, die uit de resultaten en conclusies voortvloeien.

CONCLUSIE DEELVRAAG 1: HOE ONDERSTEUND EN COACHT DE BEGELEIDING OP DIT MOMENT DE CLIËNTEN MET AUTISME EN DE BIJKOMENDE VERSLAVINGSPROBLEMATIEKEN?

De geïnterviewde respondenten weten allemaal inhoudelijk te vertellen, wat voor hen autisme en verslaving inhoudt. De respondenten herkennen en erkennen de verslavingsproblematieken bij de doelgroep autisme. Ook vinden zij het een actueel en passend thema bij de doelgroep.

De respondenten kunnen zich verplaatsen in de voordelen die cliënten kunnen ervaren bij het gebruik van middelen. Het is opvallend, dat begeleiders aangeven cliënten anders te benaderen bij een vermoeden van een verslaving, maar niet weten hoe ze cliënten met autisme en verslavingsproblematieken moeten begeleiden. Op die momenten handelen de respondenten transparant en zonder waarde oordeel richting cliënten. De respondenten handelen vanuit praktijkervaring en gaan zich steeds meer verdiepen in de literatuur. Ook wordt het onderwerp verslaving steeds meer onder de aandacht gebracht in het team. Ondanks dat het onderwerp steeds vaker besproken wordt, spelen er nog veel vragen over verslaving bij de respondenten. De respondenten bezitten op dit moment te weinig kennis over autisme en de bijkomende verslavingsproblematieken. Hierdoor hebben zij moeite met het herkennen van symptomen van een verslaving. Ook kunnen zij het onderscheid niet maken tussen het autisme en de verslavingsproblematieken. Op dit moment zijn de respondenten zoekende in de begeleiding om aan te kunnen sluiten bij de cliënten met autisme en verslavingsproblematieken.

CONCLUSIE DEELVRAAG 2: WAT VINDEN BEGELEIDERS EN CLIËNTEN GOED WERKEN IN DE BEGELEIDING EN WAAR LIGGEN VOLGENS HUN DE VERBETERPUNTEN?

De begeleiders ervaren als sterk punt de samenwerking met cliënten. De begeleiders zijn transparant. Een ander sterk punt vinden de begeleiders, dat ze het gebruik van cliënten kunnen normaliseren door het passend te vinden voor de leeftijd of de situatie. De twee cliënten bevestigen dit en geven aan dat begeleiding een gevoel van veiligheid en betrokkenheid geeft.

Het beschermd wonen zonder verblijf heeft geïnvesteerd in de visie van het team, waardoor zij een eenduidige lijn ervaren binnen het team. Ook hebben zij voorwaarden gesteld aan het wonen binnen beschermd wonen met een verslaving. Het beschermd wonen zonder verblijf werkt outreachend door op zoek te gaan naar expertise buiten de organisatie. Opvallend is dat beschermd wonen met verblijf wel wensen uitspreekt om expertise buiten de deur te zoeken, maar daar op dit moment niet actief mee bezig is. De expertise wordt op dit moment gezocht als er wat speelt bij een cliënt.

Uit de interviews blijkt, dat alle begeleiders vinden dat er samenwerking gezocht moet worden met verschillende actoren, zoals met het netwerk en de verslavingszorg. Voor de verslavingsproblematieken willen de begeleiders korte lijntjes met de verslavingszorg, daarnaast spreken de begeleiders de behoefte uit om geschoold te worden over verslavingsproblematieken. Dit is gewenst, zodat begeleiders een vermoeden van verslaving eerder kunnen herkennen en weten wat voor psychische en lichamelijke gevolgen het heeft. Een belemmering is, dat er nog maar weinig onderzoek gedaan is naar de problematiek autisme en verslaving en mogelijk passende behandelingen/methodieken (Sizoo, Wijngaarden-Cremers, & Gaag, 2013). Dit zorgt ervoor dat begeleiders zoekende zijn hoe om te gaan met de problematieken.

Vier begeleiders geven aan druk te ervaren vanuit het netwerk. Een opvallend gegeven is dat alle begeleiders aangeven ouders eerder tot halt te willen roepen, maar er op dit moment niks aan gedaan wordt. Het kop-in-het-zand gedrag staat de samenwerking met het netwerk in de weg. De begeleiders willen het sociale netwerk informeren over de problematieken door psycho-educatie en door de visie

en mogelijkheden van de organisatie te bespreken. Hiermee hopen zij de verwachtingen beter af te kunnen stemmen met het netwerk, zodat er een samenwerking kan ontstaan.

De cliënten willen de begeleiding graag assertiever zien, zodat er doorgepakt kan worden met de beantwoording van de hulpvragen. De ervaringsdeskundige wil, dat de begeleider het gesprek open houdt met cliënten en het blijft zien als een ingewikkeld onderwerp.

CONCLUSIE DEELVRAAG 3: WAT HEBBEN BEGELEIDERS NODIG OM CLIËNTEN MET AUTISME EN VERSLAVINGSPROBLEMATIEKEN TE KUNNEN BEGELEIDEN NAAR ZELFREDZAAMHEID?

Zoals in de probleemanalyse al naar voren komt, is autisme in combinatie met een verslavingsproblematiek nog een onbekend terrein. Er zijn nog weinig onderzoeken gedaan over werkende behandelingen voor de doelgroep autisme. Hierdoor staat de begeleiding onder druk door de verwachtingen van de gemeente en het netwerk. Vier begeleiders geven aan de gemeente nodig te hebben als samenwerkingspartner. De begeleiders willen dat de gemeente bij een verlenging van de indicatie de voorwaarde stelt, dat er behandeling komt voor de verslaving. Daardoor wordt de druk over de verantwoordelijkheid voor de verslaving bij begeleiders weggehaald.

Verschillende respondenten geven aan, dat er begrip moet komen vanuit het sociale netwerk voor de cliënt en de begeleiding. Het netwerk moet op de hoogte gebracht gaan worden van de mogelijkheden, werkwijze en visie van instelling X. De begeleiders willen van het sociale netwerk zien, dat zij aansluiten bij de aangeboden faciliteiten, zodat er een samenwerking kan ontstaan.

De begeleiders willen een samenwerking met de verslavingszorg starten. De verslavingszorg kan de begeleiders dan handvaten aanbieden over het omgaan met verslavingsproblematieken. Deze samenwerking zou ook de focus op verslaving weghalen bij begeleiders, zodat zij zich kunnen gaan richten op de dagelijkse begeleiding. Naast de samenwerking wil het team kennis opdoen over de verslavingsproblematieken. De begeleiders willen graag een halfjaarlijkse training of cursus wat aansluit op de gestelde vragen vanuit het team.

De begeleiders binnen instelling X hebben bij een vermoeden van een verslaving de samenwerking nodig met de gemeente, het netwerk en de verslavingszorg.

CONCLUSIE VAN DE HOOFDVRAAG: 'HOE KUNNEN BEGELEIDERS, BINNEN EEN BESCHERMDE WOONVORM VOLWASSEN CLIËNTEN MET NORMAAL BEGAAFD AUTISME EN BIJKOMENDE VERSLAVINGSPROBLEMATIEKEN, BEGELEIDEN NAAR MEER ZELFREDZAAMHEID? '

De drie deelvragen zijn door de onderzoeker beantwoord, waardoor er nu antwoord gegeven kan worden op de hoofdvraag.

Als begeleiders cliënten met autisme en verslavingsproblematieken willen begeleiden naar meer zelfredzaamheid binnen instelling X, zal de begeleiding eerst meer kennis moeten krijgen over de problematieken. Dit kan worden gedaan door de begeleiders voor te lichten, cursussen en trainingen aan te bieden over verslavingsproblematieken en overige contra-indicaties in combinatie met autisme. Het resultaat hiervan is, dat de begeleiders dan basiskennis bezitten over de problematieken en vroegtijdig kunnen signaleren en doorpakken. De behandeling van de verslavingsproblematieken moet door begeleiders overgedragen worden aan externe expertisecentra, zodat de begeleiding zich kan richten op de dagelijkse begeleiding en de vertrouwensband met de cliënt.

De gemeente en het sociale netwerk zullen ook eerst betere kennis moeten krijgen rondom verslavingsproblematieken en autisme. Daarnaast zullen ze beter geïnformeerd moeten worden over de visie en mogelijkheden die organisatie X kan bieden, zodat de verwachtingspatronen op elkaar afgestemd kunnen worden. Dit is nodig, zodat de verwachtingspatronen naar elkaar op een lijn komen te liggen.

De focus van begeleiders moet in het begin gericht zijn op samenwerking creëren met het team, de gemeente, het sociale netwerk en de verslavingszorg. Als de samenwerking met de betrokken actoren

eenduidig is, kunnen begeleiders eerder tot actie overgaan door anderen te betrekken. Wanneer de begeleiders kennis en de balans hebben gevonden in de samenwerking met de betrokken actoren, dan kunnen zij zich gaan richten op de groei naar zelfredzaamheid van de cliënten.

Uit de hierboven beschreven resultaten en conclusies komen de aanbevelingen voort, die implementeerbaar zullen zijn voor instelling X.

AANBEVELING 1: SCHOLING

Uit de resultaten en conclusie blijkt, dat begeleiders behoefte hebben aan cursussen en trainingdagen over verslavingsproblematieken. Organisatie X hoeft niet opnieuw het wiel uit te vinden en kan gebruik maken van bestaande cursussen, die aangeboden worden over verslavingsproblematieken. Zo biedt de organisatie Jellinek voorlichting, cursussen, trainingen en beleidsadvisering voor diverse doelgroepen op maat aan. Er kunnen cursussen op vraag verzorgd worden voor professionals en er worden standaard cursussen aangeboden, zoals de cursus kennis over middelen (Jellinek, z.j.). Een andere organisatie, die preventie en voorlichting aanbiedt voor mensen die te maken krijgen met het onderwerp verslavingsproblematieken is Novadic-Kentron. De organisatie verzorgt voorlichtingen en andere activiteiten aan professionals (Novadic-Kentron, z.j.). Beide organisaties werken vraaggericht en stellen een voorlichting en cursus op aan de hand van de vragen vanuit de professionals. Er is voor deze problematiek geen eenduidige trainingsmethode klaar, ze worden op maat gemaakt. De cursus en voorlichting over verslavingsproblematieken kunnen ingezet worden als deskundigheidsbevordering tijdens teamvergaderingen, een teamdag of een aparte cursusdag, die wordt aangeboden vanuit de organisatie.

Uit de resultaten komt ook naar voren, dat de begeleiders behoefte hebben aan het aanleren van gesprekstechnieken. Begeleiding geeft aan, dat ze op dit moment zoekende zijn in de benadering naar cliënten. Een gesprekstechniek die passend kan zijn voor de doelgroep autisme met daarbij komende verslavingsproblematieken is motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering is een techniek die ingezet kan worden door hulpverleners om de cliënt te motiveren tot verandering. De methode oplossingsgericht werken is ook een techniek, die ingezet kan worden door begeleiders. Oplossingsgericht werken richt zich op het versterken van de autonomie van de cliënt. Beide methodieken zijn inzetbaar, omdat de focus niet op het probleem ligt, maar zich richten op wat werkt voor de cliënt. De cliënt ziet zelf de voordelen in van verandering en beide technieken zijn gericht op de samenwerking (Bartelink, 2013).

De behoefte aan voorlichting voor het sociaal netwerk kwam naar voren in de resultaten. De organisatie Jellinek biedt verschillende soorten ondersteuning aan voor betrokkenen onder de naam Sterk Ernaast. De ondersteuning kan bestaan uit trainingen, cursussen en themavonden over alles rondom verslavingsproblematieken (Jellinek, z.j.). Het sociaal netwerk maakt op dit moment geen gebruik van het bestaande aanbod. Het is de taak van begeleiding om het netwerk in te lichten en/of te adviseren om een voorlichting en/of cursus te volgen over verslavingsproblematieken.

Verder kwam uit de resultaten naar voren, dat er behoefte is aan psycho-educatie over de doelgroep voor ouders. De psycho-educatie geeft uitleg over de aard en etiologie en wat de gestelde diagnose betekent voor die persoon. Dit kan zorgen voor kennis en begrip bij ouders (Deale, 2010).

De onderzoeker adviseert instelling X om herhaaldelijk de begeleiders te trainen. De beste manier is om de begeleiders twee keer per jaar een cursusdag aan te bieden over de gevraagde problematieken. Naast de trainingdagen, is het advies om begeleiders te scholen in motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken. Ook wordt er geadviseerd om elk half jaar een deskundigheidsbevordering aan te bieden aan het sociaal netwerk. Zo blijft het netwerk geïnformeerd en op de hoogte over de problematieken en mogelijkheden.

AANBEVELING 2: SAMENWERKING

Uit de resultaten blijkt, dat begeleiders de samenwerking nodig hebben met de gemeente, verslavingszorg en het sociale netwerk. Het zou goed zijn als begeleiders outreachend te werk zouden gaan. Dit kunnen ze realiseren door te gaan investeren in samenwerking met de aangeboden voorzieningen in de wijk. De begeleiders moeten gaan bouwen om korte lijntjes te krijgen met de betrokken voorzieningen. Ook moeten zij blijven investeren in het contact met de mogelijke samenwerkingspartners. Het doel van outreachend werken is om een verbinding te maken tussen de burger en de samenleving. Door een samenwerking met de aangeboden voorzieningen aan te gaan, kunnen begeleiders cliënten eerder doorverwijzen (Movisie, 2013).

De samenwerking kan gezocht worden door de benoemde expertisecentra uit te nodigen om aan te sluiten bij teamvergaderingen. De voordelen zijn, dat er kennis gemaakt wordt met de expertisecentra en er kunnen verwachtingen tot samenwerken uitgesproken worden. Als er een samenwerking ontstaat, kan de begeleiding vaker gebruik maken van de aangeboden expertise. De expertise kan ook gedeeld worden met het netwerk door de expertise een tweede keer uit te nodigen bij de verwanten teamvergadering. Het netwerk kan dan psycho-educatie krijgen vanuit de deskundige, zodat ouders meer inzicht kunnen krijgen over de problematieken en de bestaande mogelijkheden tot hulp.

In de interviews gaf een begeleider aan een teambespreking te willen waarin de ouders besproken worden. Begeleiders brengen in de teamvergadering in kaart hoe het met het sociale netwerk van de cliënt gaat en wat ze ervan nodig hebben. Het zou goed zijn als dit drie keer per jaar zou plaats vinden, zodat er eerder het gesprek aan gegaan kan worden met het netwerk voor een goede samenwerking. Ook zouden begeleiders in kunnen zetten op een binnenloop voor ouders. Dan kunnen ouders een keer in de maand op vrijdagavond binnen lopen om hun verhaal te kunnen doen of om samen koffie te drinken. Zo creëer je een situatie om elkaar laagdrempelig te ontmoeten.

De onderzoeker adviseert de begeleiders van beschermd wonen elke drie maanden een extern expertisecentrum uit te nodigen om aan te sluiten bij een teamvergadering of casusbespreking. Dan blijft er contact gehouden worden met de verschillende expertises en de deskundigheid kan worden uitgewisseld. Een keer in het halfjaar adviseert de onderzoeker om ouders te bespreken in een teamvergadering. In de teamvergadering wordt er dan besproken wat begeleiders van het netwerk veranderd willen zien. Daarnaast wordt het advies gegeven om een keer per maand een inloop voor ouders aan te bieden, zodat zij laagdrempelig kennis kunnen maken met het team en de werkwijze en er onderlinge verwachtingen naar elkaar uitgesproken kunnen worden.

AANBEVELING 3: VERVOLGONDERZOEK

Dit onderzoek heeft zich gericht op een klein percentage binnen het beschermd wonen van instelling X. Een respondent gaf aan te willen weten hoe verslaving werkt bij de diagnose autisme. Een andere respondent gaf aan een onderzoek te willen naar passende methodieken voor de beschreven doelgroep.

De onderzoeker zou een verkennend vervolg onderzoek willen adviseren, die over een grotere respondentengroep wordt afgenomen, zodat er een betrouwbaarder beeld komt over de vraagstelling. De onderzoeker denkt over twee onderzoeken. Een grootschalig onderzoek over de werking van verslavingsproblematieken bij de doelgroep autisme. Een ander onderzoek over wat begeleiders binnen beschermd wonen nodig hebben om met deze problematieken om te kunnen gaan.

De onderzoeksvraag is in de bovenstaande hoofdstukken beantwoord. In het hoofdstuk discussie wordt de betekenis van het onderzoeksresultaat bediscussieerd. Ook wordt er gekeken naar de methodologische en inhoudelijke leermomenten. Daarnaast wordt de betrouwbaarheid en de reikwijdte, de inhoudsvaliditeit van de resultaten beschreven (Baarda, Dit is onderzoek, 2014).

Betekenis en bruikbaarheid

De problematiek van autisme met een daarbij komende verslavingsproblematiek is een actueel thema binnen het beschermd wonen volgens de respondenten en onderzoeker. De begeleiders geven aan, dat er op dit moment geen onderzochte methode of methodiek is, die ingezet kan worden tijdens het begeleiden van een cliënt met autisme en een verslaving. Uit de probleemanalyse komt ook naar voren, dat hier nog weinig onderzoek naar is gedaan en er nog geen passende behandeling bestaat. Het ontbreken van een beleid of methode zorgt voor onduidelijkheden bij begeleiders. In dit onderzoek heeft de onderzoeker onderzocht wat een begeleider nodig heeft om cliënten met autisme en een verslavingsproblematiek naar zelfstandigheid te kunnen begeleiden. Uit de resultaten en conclusies kwam naar voren, dat begeleiders samenwerking en taakverdeling nodig hebben door verschillende partijen, zoals de gemeente en het netwerk. De begeleiders willen ook hun kennis verdiepen over verslaving, zodat zij dit eerder kunnen herkennen en actie kunnen gaan ondernemen. De respondenten geven ook duidelijk aan een vervolg onderzoek te willen over de gevolgen van middelengebruik bij iemand met autisme.

Dit onderzoek heeft een toegevoegde waarde voor de complexe zorgbegeleiders en het management van instelling X. Het onderzoek geeft theoretisch inzicht in waarom mensen met autisme gebruik kunnen maken van middelen of games. Daarnaast geeft het aan, dat er samenwerking en kennis van belang is om met de problematieken om te kunnen gaan. De conclusie en aanbevelingen worden door de respondenten herkend en erkend. De respondenten geven aan, dat de aanbevelingen implementeerbaar zijn in de praktijk. Dit is mogelijk, omdat er gebruik kan worden gemaakt van bestaande expertises. De respondenten hebben aangegeven, dat ze graag een vervolg onderzoek willen zien over wat begeleiders nodig hebben voor het samenwerken met het netwerk. Uit de praktijk blijkt dat het in theorie heel vanzelfsprekend is, maar dat het in de praktijk vaak anders loopt en niet haalbaar wordt geacht.

Sterkte- zwakteanalyse

De onderzoeker heeft gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Bij een kwalitatief onderzoek zijn de betrouwbaarheid en validiteit een belangrijke criterium om naar objectiviteit te kunnen streven (Boeije, 2014). De onderzoeker heeft gewerkt aan de betrouwbaarheid door standaardvragenlijsten op te stellen, zoals de topiclijst. Vooraf is er ook een proefinterview afgenomen om de betrouwbaarheid van de topiclijst te verhogen. Het is ook afgenomen om zo nodig aanpassingen te maken, zodat het passend werd voor de respondentengroep. Bij het proefinterview kwam er naar voren, dat er een paar vragen onduidelijk overkwamen bij de respondent, dit heeft de onderzoeker aangepast. Daarnaast is er gebruik gemaakt door de onderzoeker van een vier-ogenprincipe en heeft er gedurende het onderzoek iemand mee gekeken en feedback gegeven. De feedback is verwerkt in het onderzoek (Verhoeven, 2018). De topiclijst is gemaakt aan de hand van de gevonden literatuur, wat beschreven staat in de probleemanalyse. De onderzoeker ziet de topiclijst als een sterk punt van het onderzoek. De betrouwbaarheid is door de onderzoeker ook bewaakt door nauw samen te werken met instelling X, dit heeft ervoor gezorgd dat er gebruik gemaakt kon worden van hun deskundigheid. De onderzoeker bedoelt met deskundigheid het gebruik maken van hun kennis, het meedenken en het gebruik mogen maken van beschikbaar gestelde middelen zoals een afgesloten kantoor en boeken. Verder ziet de onderzoeker als sterk punt, dat er rekening gehouden is met de betrouwbaarheid bij het afnemen van de interviews. De onderzoeker heeft de respondenten van te voren ingelicht over het

onderzoek en de gevraagde tijd en plaats doorgegeven. Er is ook aangegeven, dat de gegevens in het onderzoek anoniem verwerkt zouden worden. De afgenomen interviews hebben plaatsgevonden in een afgesloten en rustig kantoor. Ook zijn er opnames gemaakt met behulp van opnameapparatuur, waarna de gegevens ook daadwerkelijk anoniem verwerkt zijn. Als laatste is er aan de respondenten een terugkoppeling gegeven over het gehouden onderzoek, waardoor zij op de hoogte zijn gebracht van de conclusies en aanbevelingen. Door rekening te houden met bovenstaande punten is er gezorgd om een gevoel van veiligheid te creëren bij de respondenten.

De onderzoeker heeft rekening gehouden met de generaliseerbaarheid door te streven naar een steekproef met variatie van de populatie. De onderzoekspopulatie is gekozen op functie, leeftijd, geslacht, karakter en werkervaring (Boeije, 2014).

De onderzoeker rekent dit echter ook als zwakte punt van dit onderzoek. De selectie van respondenten zijn allemaal woonachtig of werkzaam binnen instelling X. Dit zorgt voor de mening van een selecte groep, waardoor de steekproef geen goede afspiegeling kan geven van de populatie (Verhoeven, 2018). De onderzoeker rekent als zwakte punt ook het aantal respondenten. In totaal zijn er tien respondenten voor het onderzoek geworven. De respondentengroep bestond uit zeven hulpverleners, twee cliënten en een ervaringsdeskundige. Voorafgaand aan het onderzoek had de onderzoeker het streven om meer cliënten te interviewen. Voor de onderzoeker was het moeilijk om de doelgroep te interviewen, vanwege de spelende problematieken. De onderzoeker rekent ook als zwakte punt, dat de onderzoeker werkzaam is binnen de instelling. De teams binnen beschermd wonen zijn klein en wisselen van voorziening, waardoor iedereen elkaar kent. De onderzoeker kan niet uitsluiten, dat er geen sociaal wenselijke antwoorden zijn geven tijdens de interviews. Tijdens het interview gaven respondenten dit ook terug aan de onderzoeker, door aan te geven het lastig te vinden om hun kennis te delen, omdat ze de onderzoeker als gelijke zagen.

In dit onderzoek kan er gesproken worden van sterke en zwakke punten als het gaat om betrouwbaarheid en validiteit. De onderzoeker heeft geprobeerd de betrouwbaarheid en validiteit gedurende het onderzoek te waarborgen.

LITERATUURLIJST

- Amarantgroep. (z.j.). *Expertisecentrum autisme Amarant groep*. Opgeroepen op februari 28, 2019, van www.amarantgroep.nl: <https://www.amarantgroep.nl/expertisecentrumautisme/client-ouder/wonen/beschermd-wonen>
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers. Opgeroepen op april 17, 2019
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. d., Peters, V., & Velden, T. v. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers. Opgeroepen op april 9, 2019
- Baron-Cohen, S. (2016, oktober). *Why are autistic people more vulnerable?* Opgeroepen op februari 21, 2019, van www.autistica.org.uk: <https://www.autistica.org.uk/our-research/research-projects/why-are-autistic-people-more-vulnerable>
- Bartelink, C. (2013, Februari). *Wat werkt: motiverende gespreksvoering?* Nederlandse jeugd instituut. Opgeroepen op mei 21, 2019
- Batterink, M., Kleef, D. v., Bakker, L., Vergouwe, Y., Asselt, M. v., & Aarts, L. (2018, december 17). *Onderzoek externe in- en uitstroom*. Opgeroepen op februari 21, 2019, van www.rijksoverheid.nl: <file:///C:/Users/Thyra/Downloads/onderzoek-externe-in-en-uitstroom-beschermd-wonen-en-maatschappelijke-opvang.pdf>
- Begeer, S., Wijngaarden, M. v., Mataw, K., & Wijnker-Holmes, B. (2018). *Nederlands autisme register rapportage*. Amsterdam: Nederlandse vereniging voor autisme. Opgeroepen op februari 21, 2019
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lenna uitgevers. Opgeroepen op april 9, 2019
- Boekel, L. v., Brouwers, E., Garretsen, H., & Weeghel, J. v. (2016). onderzoek naar stigmatisering van mensen met een alcohol- of drugsverslaving. *verslaving*, 124-131. Opgeroepen op maart 30, 2019
- Bonebakker, A., Nieuwkerk, S. v., Vuijk, R., & Blanken, P. (2016). Een autismespectrumstoornis bij dubbel-diagnosepatiënten. *wetenschappelijk tijdschrift autisme*, 119-124. Opgeroepen op maart 20, 2019
- Bonebakker, A., Nieuwkerk, S. v., Vuijk, R., & Blanken, P. (2016, september). Een autismespectrumstoornis bij dubbele-diagnosepatiënten: een verkennend onderzoek door middel van screening. *Wetenschappelijk tijdschrift autisme*, 119-125. Opgeroepen op mei 1, 2019
- Bosma, M., Zanten, J. v., & Sonneborn, C. (2014). ASS en verslaving. *Verslaving*, 37-50. Opgeroepen op maart 20, 2019
- Boumans, J., & Hoof, F. v. (2016, Oktober). Over geestelijke gezondheidszorg binnen een Wmo-kader. *Soicaal Bestek*, 6-9. Opgeroepen op maart 20, 2019
- Clauwaert, S., Steyaert, J., Noens, I., & Baeyens, D. (2017). Transitiezorg voor jongvolwassenen met ASS: een literatuurstudie naar richtlijnen en good practices. *Signaal*, 8-26. Opgeroepen op maart 22, 2019, van ppw.kuleuven.be.

- Clerkx, M., Groot, R. d., & Prins, F. (2011). *Grensoverschrijdend gedrag van pubers*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Cruys, S. v., Evers, K., & Wagemans, J. (2018). omgaan met onzekerheid binnen autisme. *wetenschappelijk tijdschrift autisme*, 14-30. Opgeroepen op februari 21, 2019
- Deale, T. v. (2010). Preventie van stress, angst en depressie door psycho-educatie. Een overzicht van interventies. *Psychologie en gezondheid*, 224-235. Opgeroepen op mei 21, 2019
- Delfos, M. (2012, december). Nieuwe inzichten in autismespectrumstoornissen. *GZ-psychologie*, 10-15. Opgeroepen op april 26, 2019
- Delfos, M. (2018). *Een vreemde wereld*. Amsterdam: Uitgeverij SWP. Opgeroepen op april 24, 2019
- Dom, G. (2013). *Handboek Dubbel Diagnose*. Amsterdam: Boom Uitgevers. Opgeroepen op Februari 20, 2019, van www.trimbos.nl.
- Draak, d. M., & Ham, L. v. (2018, november 13). Gemeenten over de uitvoering van de Wmo 2015: het glas is halfvol én halfleeg. *gezondheidswet*, 348- 353. Opgeroepen op maart 18, 2019
- Drugsinfoteam. (2017, juli 10). *Drug, set en setting*. Opgeroepen op maart 11, 2019, van www.drugsinfoteam.nl: <https://www.drugsinfoteam.nl/tips-hulp/drug-set-en-setting>
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.-J., Kim, Y., Kauchali, S., Marcin, C., . . . Fombonne, E. (2012, 11 april). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Department of psychiatry*, 160-179. Opgeroepen op februari 20, 2019
- Feijten, P., Schellingerhout, R., Klerk, M. d., Steenbekkers, A., Schyns, P., Vonk, F., . . . Heering, L. (2017). *Zicht op de WMO 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Opgeroepen op januari 14, 2019, van sers/Thyra/Downloads/Zicht%20op%20de%20Wmo%202015_web.pdf
- Fokkens, A., Begeer, S., Spek, A., Verhoeven, E., & Landsman, J. (2015). *Autisme en stress*. Utrecht: Autisme kenniscentrum. Opgeroepen op Mei 20, 2019
- Gijzel, S. v., Karbouniaris, S., & Overkamp, E. (2016). *Wat betreft de kanteling*. Opgeroepen op februari 27, 2019, van www.onderzoek.hu.nl: <file:///C:/Users/Thyra/Downloads/wmo%20lijst%20Wmo-wijzer%20Wat%20betreft%20de%20kanteling.pdf>
- Hood, R. (2014, januari). Complexity and Integrated Working in Children's Services. *Britisch Journal of social work*, 27-43. Opgeroepen op maart 22, 2019
- Jellinek. (z.j.). *compleet cursusaanbod*. Opgeroepen op juni 12, 2019, van www.jellinek.nl: <https://www.jellinek.nl/over-jellinek/organogram/preventie/compleet-cursusaanbod/#iva>
- Jellinek. (z.j.). *Naasten*. Opgeroepen op juni 12, 2019, van www.jellinek.nl: <https://www.jellinek.nl/familie-en-omgeving/naasten/>
- Kienhorst, G. (2014). *stigmabestrijding in de ggz*. Opgehaald van www.kenniscentrumphrenos.nl: https://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2015/01/Wegwijzer-stigmabestrijding_def_p9-31.pdf
- Kooistra, H., Ruiter, G. d., & Triest, N. v. (2016, augustus). *Doorstromers beschermd wonen en maatschappelijke opvang*. Opgeroepen op maart 20, 2019, van www.platform31.nl:

- https://www.opvang.nl/files/rapport_Doorstromers_beschermd_wonen_en_maatschappelijke_opvang.pdf
- Laan, E. v., Euser, A., & Balkon, I. v. (2015). De sociale dimensie van kwaliteit van leven binnen de zorg voor volwassenen met autisme. *Tijdschrift voor psychiatrie*(57), 526-530.
- Mijland, E., & Kisjes, H. (2011). *gamen en autisme*. Innodoks Uitgeverij. Opgeroepen op februari 27, 2019
- Movisie. (2013). *Outreaching werkt*. Movisie. Opgeroepen op juni 12, 2019
- Movisie. (2017, september 15). *Participatiesamenleving anno 2017: volop kansen*. Opgeroepen op mei 1, 2019, van www.movisie.nl: <https://www.movisie.nl/artikel/participatiesamenleving-anno-2017-volop-kansen>
- Movisie. (2018, april 19). *Cirkel van gedragsverandering*. Opgeroepen op mei 23, 2019, van www.movisie.nl: <https://www.movisie.nl/tool/cirkel-gedragsverandering>
- Movisie. (z.j.). *Zelfredzaamheid*. Opgeroepen op Mei 21, 2019, van www.movisie.nl: <https://www.movisie.nl/zelfredzaamheid>
- Nederlands jeugdinstituut. (2018, april 18). *Kerncijfers*. Opgeroepen op februari 2019, 2019, van www.nji.nl: <https://www.nji.nl/Autisme-Probleemschets-Cijfers>
- Nederlands jeugdinstituut. (2019, Februari 1). *Gamen*. Opgeroepen op Mei 21, 2019, van www.nji.nl: <https://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-onderwerp/Gamen>
- Nederlands jeugdinstituut. (z.j.). *autisme*. Opgeroepen op april 23, 2019, van www.nji.nl: <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Autisme>
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.j.). *middelenmisbruik en verslaving*. Opgeroepen op maart 13, 2019, van www.nji.nl: <https://www.nji.nl/Middelenmisbruik-en-verslaving-Probleemschets-Definitie>
- Novadic-Kentron. (z.j.). *Preventie en voorlichting*. Opgeroepen op juni 12, 2019, van www.novadic-kentron.nl: <https://www.novadic-kentron.nl/hulp-en-advies/preventie-en-voorlichting/>
- Overheid.nl. (2015, januari 1). *Wmo beleid 2015-2018*. Opgeroepen op februari 28, 2019, van overheid: <http://decentrale.regelgeving.overheid.nl/cvdr/xhtmlloutput/Actueel/Winsum/345979.html>
- PAS. (2014). *Autisme vriendelijk wonen*. Opgeroepen op maart 11, 2019, van www.pasnederland.nl: <http://downloads.pasnederland.nl/folders/wonen/AutismeVriendelijkWonenPASnov14.pdf>
- Pommer, E., Boelhouwer, J., Berg, E. v., & Draak, d. M. (2016, mei). *samenvatting overall rapportage sociaal domein 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel planbureau. Opgeroepen op maart 21, 2019
- Ribwalliantie. (2017, maart 10). *Definitie van specialistische begeleiding wmo*. Opgeroepen op maart 13, 2019, van <http://www.ribwalliantie.nl>: <http://www.ribwalliantie.nl/definitie-van-specialistische-begeleiding-wmo>
- Royackers, P. (2013). *autisme in bolletjes*. Den Haag: Acco Nederland. Opgeroepen op maart 28, 2019
- Schuurman, C. (2010). *cognitieve gedragstherapie bij autisme*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers. Opgeroepen op maart 28, 2019

- Singh, S., Hellemans, H., & Dom, G. (2012). autismespectrumstoornis en verslaving: een onbekende comorbiditeit. *Tijdschrift voor psychiatrie*(54), 893-897.
- Sizoo, B., Wijngaarden-Cremers, P. v., & Gaag, R. v. (2013). Autismespectrumstoornissen en verslaving. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 873-878. Opgeroepen op februari 27, 2019
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2017). *Samenvatting: overall rapportage sociaal domein 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Opgeroepen op maart 22, 2019
- Spek, A. (2010). *Minfulness bij volwassenen met autisme*. Amsterdam: Hogrefe uitgevers. Opgeroepen op maart 30, 2019
- Spek, A. (2014, juli 31). *Autismespectrumstoornissen in de DSM-5*. Opgeroepen op maart 1, 2019, van www.dsm-5.nl: <https://www.dsm-5.nl/documenten/artikel/28/Autismespectrumstoornissen-in-de-DSM-5>
- Spek, A. (2014, juli 31). *Autismespectrumstoornissen in de DSM-5*. Opgeroepen op februari 20, 2019, van www.dsm5.nl: <https://www.dsm-5.nl/documenten/artikel/28/Autismespectrumstoornissen-in-de-DSM-5>
- Stel, J. v. (2017). *Wat elke professional over verslaving moet weten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- T helpt. (z.j.). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Opgeroepen op februari 16, 2019, van www.t-helpt.nl: <https://www.t-helpt.nl/is/begrippen/wmo#maatwerkvoorziening>
- Trapman, A. (2013). Pastoraat aan echtparen met een autismespectrumstoornis. *Metamorfose*(97), 12-14. Opgeroepen op maart 18, 2019
- Trimbos instituut. (z.j.). *Gameninfo*. Opgeroepen op mei 21, 2019, van www.gameinfo.nl: <https://www.gameninfo.nl/publiek/voordelen-risico-s-van-gamen/gameverslaving>
- Trimbos instituut. (z.j.). *Wie lopen extra risico?* Opgeroepen op mei 17, 2019, van www.gameinfo.nl: <https://www.gameninfo.nl/publiek/voordelen-risico-s-van-gamen/wie-extra-risico>
- Tweede Kamer der staten- generaal. (2014, juli 2). *Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving*. Opgeroepen op maart 21, 2019, van www.tweedekamer.nl: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/verzorgingsstaat
- Uenk, N. (2016). *Gemeentelijke inkoop Wmo: overzicht 2015 en trends 2016*. Opgeroepen op maart 22, 2019, van www.nevi.nl: https://nevi.nl/sites/default/new_files/kennisbank_artikel/deal01-2016%20p32%20Wmo.pdf
- Uenk, N., Wind, M., Telgen, J., & Bastiaanssen, I. (2018). *Monitor gemeentelijke zorginkoop 2018*. Lunteren: Public Procurement Research Centre. Opgeroepen op maart 22, 2019
- vanuit autisme bekeken. (z.j.). *kenmerken autisme*. Opgeroepen op februari 21, 2019, van www.vanuitautismebekeken.nl: <https://www.vanuitautismebekeken.nl/kenmerken>
- Veld, A. o., & Wachtmeester, J. (2012, januari). *Decentralisatie betekent transitie & transformatie*. Opgeroepen op februari 20, 2019, van www.vgn.nl: <https://vng.nl/files/vng/publicaties/2013/201204-decentralisatie-transitie-transformatie-transitiebureau-vng-vws.pdf>

- Veld, A. o., Soons, L., Keijser, R., & Leussink, S. (2017). *beschermd wonen en maatschappelijke opvang: de regio's aan zet!* Utrecht: Andersson elffers felix. Opgeroepen op maart 21, 2019
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek*. Amsterdam: Boom uitgevers. Opgeroepen op april 15, 2019
- Vermeulen, P. (2013). *Brein bedreigt autisme en normale tot hoge begaaftheid*. Berchem: Uitgeverij EPO. Opgeroepen op april 24, 2019
- Vries, S. d. (2017). *Interventie oplossingsgericht werken*. Nederlands jeugdinstituut. Opgeroepen op mei 21, 2019
- Wamel, A. v. (2012, december 21). Dubbel diagnose. *Wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut, programma Reintegratie*, 45-50. Opgeroepen op maart 14, 2019
- Wisselink, D., Kuijpers, W., & Mol, A. (2015). *Kerncijfers verslavingszorg 2015*. Houten: Stichting informatie voorziening zorg. Opgeroepen op februari 20, 2019
- zorginstituutnederland. (z.j.). *leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (wlz)*. Opgeroepen op januari 14, 2019, van www.zorginstituutnederland.nl:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/l/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz>

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: TOPICLIJST

Inleiding:

- Het doel van het interview uitleggen
- Tijdsafbakening
- Toestemmingsformulier uitleggen en laten tekenen.

Voorbeeldvragen:

- Kun je een beschrijving geven van een situatie...
- Kun je daar iets meer over vertellen?
- Kun je daar een voorbeeld van geven?
- Je zegt.. wat bedoel je daar precies mee?
- Wat dacht/voelde/deed je toen?

Afsluiting

- Heb je nog aanvullingen naar aanleiding van de gestelde vragen?
- Bedanken voor de tijd en eerlijkheid.

Topiclijst voor professionals:

Topics	Vragen
Inleiding	▪ Wat is je functie? ▪ Wat is je leeftijd? ▪ Wat is je geslacht? ▪ Wat is je opleidingsniveau? ▪ Wat is je werkervaring?
Autisme	▪ Het onderzoek gaat over autisme en verslaving en de rol van een begeleider, als ik dit zo opnoem, wat komt er meteen bij jou op? ▪ Kun je omschrijven wat autisme volgens jou is? ▪ Wat zijn volgens jou de kwaliteiten van iemand met autisme? ▪ Wat zijn volgens jou de tekortkomingen van iemand met autisme? ▪ Kun je een cliënt in gedachten nemen en aangeven wat jou rol is als begeleider?

	▪ Hoe kijkt de maatschappij volgens jou naar autisme? / begeleiding? ▪ Wat zou je tegen de gemeente willen zeggen wat iemand met autisme nodig heeft? ▪ Wat vind je van je kennis over autisme? ▪ Wat zou je nodig hebben om je kennis nog meer te verbreden?
Verslaving	▪ Kun je omschrijven wat verslaving volgens jou is? ▪ Wat is je ervaring met verslaving? ▪ Hou je in je benaderingswijze ergens rekening mee? ▪ Wat is jouw rol als begeleider bij verslaving? ▪ Wat vind je van je kennis over verslaving? ▪ Wat zou je nodig hebben om je kennis te verbreden?
Begeleiding	▪ Wat is jou kijk op de combinatie autisme en verslaving? ▪ Wat kunnen factoren zijn voor het gaan gebruiken voor iemand met autisme volgens jou? - Voorbeelden? ▪ Wat zouden volgens jou positieve factoren kunnen zijn voor iemand met autisme en gebruik/gamen? ▪ Wat zouden volgens jou negatieve factoren kunnen zijn voor iemand met autisme en gebruik/gamen? ▪ Wat is er complex aan de combinatie autisme en verslaving? - Kun je hier een casus bij benoemen? ▪ Met welke verslavingen heb jij te maken? ▪ Kun je een cliënt in gedachten nemen, waarin de begeleiding goed ging en dit omschrijven? - Wat ging er goed? - Wat deed je? ▪ Wat werkt er volgens jou in de omgang? ▪ Kun je een casus beschrijven waarin de begeleiding niet aansloot? - Wat ging er precies mis?

	▪ Wat vind je van de huidige begeleiding rondom autisme en verslaving? ▪ Wat gaat er goed? Voorbeelden? ▪ Wat zou je sterker willen zien? ▪ Wat heb jij als begeleider nodig om met de combinatie autisme en verslaving om te gaan? ▪ Wat heb jij nodig van de gemeente om met de combinatie om te kunnen gaan? ▪ Hoe kijkt een gezin naar een cliënt? - Wat heb je nodig van het sociale netwerk? ▪ Als je kijkt naar de huidige begeleiding, wat zou een cliënt hier volgens jou van vinden? ▪ Wat zou de cliënt volgens jou willen zien?
Stellingen	▪ Wat vind je van de volgende stellingen: - Mensen met autisme redeneren vanuit hun eigen visie en kunnen zich niet verplaatsen in een ander? - Iemand met autisme kan geen verslaving hebben? - Iemand met autisme moet je niet begeleiden volgens zijn kalenderleeftijd maar juist aansluiten op zijn mentale leeftijd?

Topiclijst voor cliënten

Inleiding	▪ Wat is je leeftijd? ▪ Wat is je hoogst behaalde opleiding? ▪ Wat is je woonsituatie? ▪ Hoelang ben je binnen instelling X woonachtig?
Autisme	▪ Het onderzoek gaat over autisme en verslaving en de rol van een begeleider, als ik dit zo opnoem, wat komt er meteen bij jou op? ▪ Wat is volgens jou autisme? ▪ Wat betekent autisme voor jou? ▪ Kun je iets positiefs opnoemen over jouw autisme? ▪ Waar loop jij tegenaan met je autisme? - School/ werk/ isolement?

Verslaving	▪ Wat is volgens jou een verslaving? ▪ Op welke leeftijd ben jij begonnen met experimenteren van drank, drugs/ gamen? ▪ Wat is voor jou de keus geweest om te beginnen met drank, drugs/ gamen? - Verkeerde vrienden? - Uitgesloten door familie? ▪ Kun je een situatie voor mij schetsen wanneer jij gebruikt? ▪ Wat betekent jouw verslaving voor jou? ▪ Wat is voor jou een reden om te blijven gebruiken? ▪ Kun je voorbeelden opnoemen wat het gebruik fijn maakt? ▪ Kun je voorbeelden opnoemen wat het gebruik minder fijn maakt? ▪ Wat zijn volgens jou de gevolgen van middelengebruik? ▪ Als je zou willen stoppen, wat heb jij dan nodig? ▪ Wat vind jij van de hulp die er nu geboden wordt bij het afkicken?
Dag invulling	▪ Hoe ziet jou dag eruit? ▪ Als je alles zelf mocht bepalen, hoe zou jouw dag er dan uitzien?
Begeleiding	▪ Wat vind je van de begeleiding op dit moment? ▪ Kun je een begeleider in gedachten nemen die je fijn vind in de begeleiding - Wat doet diegene precies? - Wat vind je prettig? - Kun je andere voorbeelden opnoemen wat je fijn vindt? ▪ Kun je een begeleider in gedachten nemen die je niet fijn vindt? - Wat doet diegene precies? - Wat vond je hier niet prettig aan? - Kun je nog meer voorbeelden benoemen? ▪ Als jij kon bepalen hoe de begeleiding eruit zou zien, hoe zou dat dan zijn?

Stellingen	Wat vind jij van de stelling?: ▪ Iemand met autisme kan niet verslaafd zijn? ▪ Mensen met autisme kijken vanuit hun eigen perspectief en kunnen zich niet verplaatsen in de ander? ▪ Iemand met autisme maakt gebruik van middelen om de angst/ prikkels tegen te gaan?
-------------------	--

Notitie voor mezelf:

- Na het interview in paar regels de rode draad beschrijven van het interview.
- Het interview dezelfde dag/dag erna uitwerken. Kijken of je niet sturend bent -> aanpassen voor het vervolg interview.

Toestemmingsformulier

Voor het onderzoek naar de rol van begeleiding bij autisme en verslaving.

- Ik heb de informatie(brief) gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is en dat ik mijn toestemming kan intrekken op ieder moment van het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik weet dat als ik mij terugtrek, mijn gegevens tot dat moment gebruikt kunnen worden, tenzij ik ook vraag om de reeds verzamelde gegevens te wissen. Dit kan enkel als het onderzoek daardoor niet wordt geschaad.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen, bewaren en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik weet dat alleen ter controle van de wetenschappelijk integriteit van het onderzoek sommige mensen toegang tot mijn verzamelde gegevens kunnen krijgen.
- Ik kan mijn gegevens inzien en volledige inzage krijgen in de wijze waarop mijn gegevens worden verwerkt en bewaard.
- Ik geef toestemming voor het anoniem verzamelen, bewaren en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek en weet dat mijn gegevens geheel anoniem verwerkt worden.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik, de onderzoeker, verklaar dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Deelvraag 1: <i>‘Hoe gaat de begeleiding op dit moment om met autisme en de bijkomende verslavingsproblematieken’</i>	
Hoofdthema	Subthema
<i>Begeleiders</i>	
<i>Kennis over autisme</i>	Een andere manier van de wereld interpreteren
	De informatieverwerking loopt anders
	Problemen in het plannen en organiseren
	Niet kunnen filteren
	Sociaal wenselijk gedrag aangeleerd
	Het grote geheel niet kunnen overzien
	Overdenken
	Bij iedereen is autisme anders
	Overvraagd worden door de maatschappij door sociale activiteiten, werkdruk en huishouden
<i>Kennis over verslaving</i>	Verslavingsgevoeligheid door kwetsbaarheid
	Het niet kunnen functioneren vanuit eigen wensen
	Als het een belemmering oplevert in het dagelijks handelen
	Afhankelijk zijn van een middel of een gedraging wat invloed heeft op andere levensgebieden
	Dempende werking
	Hoe vaker het gebruik, hoe groter de zucht
	Vergroot de kans op depressie
	Niet meer hoeven nadenken over problemen
<i>Kennis over de combinatie</i>	Coping mechanisme
	Sociale contacten opdoen
	Zorg mijndend
	Dag-nachtritme verleggen
	Veilige wereld/ zelf de wereld creëren
	Overprikkeling/ onderprikkeling
	Inzetten als zelfmedicatie
	Versterkt elkaar -> niet positief
	Onwetendheid over de gevolgen
	Actueel/ veel voorkomend
	Ontsnappen aan de werkelijkheid
	Dempende werking
	Manieren zoeken om om te kunnen gaan met moeilijkheden
	Eenzaamheid / niet beschikken over sociale capaciteiten
<i>Rol van de begeleider</i>	Inzicht geven/ adviseren / inlichten
	Hulpvragen kleiner te maken en stapsgewijs
	Warrig hoofd helpen te structureren
	Observeren / kristalliseren en positioneren
	Uit te dagen/ te prikkelen
	Hand aan hand meenemen / overnemen
	Verbinding zijn tussen de cliënt en de maatschappij

	Doorverwijzen
	Handelen als een extern geweten
Deelvraag 2: ‘Wat vinden begeleiders en cliënten goed werken in de begeleiding en waar liggen volgens hen de verbeterpunten?’	
<i>Draagkracht</i>	Signaleren
	Overnemen
	Samenwerking in het team
	Sparren met collega's
	Cliënt centraal zetten
	Open houding
	Oordeel vrij handelen
<i>Handelingsverlegen</i>	Samenwerking opzoeken met externe expertise
	Verwijzen naar expertise en het daar houden
	Niet zelf alle problematieken willen aanpakken
	Geen heldere lijn in begeleiding / betere afstemming
	Wat is goed en wat is niet goed in de begeleiding?
	Betere handvaten vragen over hoe om te gaan met verslaving
	Netwerk meenemen in verantwoordelijkheden en begeleidingsstijl
	Halt roepen bij het netwerk
	Eigen normen en waarden benoemen
	Samenwerking met het sociaal netwerk
	Samenwerking met de gemeente
	Moeilijke onderwerpen bespreekbaar maken
	Voorwaarden stellen
	Standpunt innemen
Deelvraag 3: ‘Wat hebben begeleiders nodig om cliënten met autisme en verslavingsproblematieken te kunnen begeleiden naar zelfredzaamheid?’	
<i>Kennisgaten</i>	Scholing over verslaving
	Kennis over hoe verslaving werkt bij iemand met autisme.
	Kennis om te kunnen kijken: is het autisme of de verslaving waar het gedrag uit voortkomt?
	Verplichte opfriscursus dagen vanuit de organisatie
	Het kunnen aanbieden van alternatieven
	Overal een basiskennis over bezitten
<i>Gemeente</i>	Tijd
	Meedenken in casuïstiek
	Psycho- educatie
	Begrip voor de situatie
	Samenwerking creëren
	In financiën voorzien
<i>Netwerk</i>	Betrokkenheid bij cliënt
	Samenwerking creëren

	Bij de rol van de ouder blijven
	Begrip voor de situatie
	Psycho- educatie

Deelvraag 2.	
'Wat vinden begeleiders en cliënten goed werken in de begeleiding en waar liggen volgens hen de verbeterpunten?'	
Hoofdthema	Subthema
<i>Cliënten</i>	
<i>Kijk op autisme</i>	Verschil en verwarring veroorzaken Extra challenge blok / blok aan het been Constant aangeleerd gedrag vertonen Het niet tot uitvoering kunnen komen Gedetailleerd Opvoeding vs karaktereigenschappen Onthouden alles Hersenen denken sneller na dan mijn lichaam. Oorzaak gevolg niet kunnen overzien
<i>Kijk op verslaving</i>	Een uiteengelopen hobby Pas een verslaving als iemand het zo ervaart Alles opgeven voor dat ene middel/ game.
<i>Kijk op de combinatie</i>	Bepaalde visie Hobby Ontsnappen aan de realiteit Vergroten van het sociale netwerk Een game kan je filteren naar jou voorkeuren, de echte wereld niet Middelen haalt de remmen weg Generatiekloof Aanleren probleemoplossing
<i>Kijk op begeleiding</i>	Oordeel vrij handelen Moeilijke onderwerpen bespreekbaar maken Confronteren met feiten Continuïteit in begeleiding Niet autoritair handelen Ruimte geven om te mogen leren Begeleiding handelt te passief Ervaringsdeskundigheid inzetten Alternatieven aanbieden