

INTRAMURAAL VS. EXTRAMURAAL

De verschuiving van hulpverlening binnen de verslavingszorg



Izette Harzevoort & Marko Durdzic

INTRAMURAAL VS. EXTRAMURAAL

De verschuiving van hulpverlening binnen de verslavingszorg

Izette Harzevoort: 325436
Marko Durdzic: 333980
Klas: EMM4VD

Begeleidend docent: Helma Hendriks

Academie Mens en Maatschappij
Bachelorrapport Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Saxion Hogeschool Enschede
Enschede, 4 april 2016

Inhoudsopgave	
Voorwoord	4
Samenvatting	5
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Doelstelling	7
1.3 Vraagstelling	7
1.4 Leeswijzer	8
2. Theoretisch kader	9
2.1 Deelvraag 1	9
2.2 Deelvraag 2	10
2.3 Deelvraag 3 & 4	11
2.4 Deelvraag 5 & 6	12
3. Methode van onderzoek	13
3.1 Onderzoeksmethode	13
3.2 Onderzoektype	13
3.3 Populatie	14
3.4 Onderzoeksinstrument	14
3.5 Validiteit	14
3.6 Betrouwbaarheid	15
3.7 Ethische verantwoording	15
4. Resultaten	17
4.1 Kwantitatieve resultaten I	17
4.2 Kwantitatieve resultaten II	19
4.3 Antwoorden op de open vragen	20
5. Conclusies en aanbevelingen	21
5.1 Conclusies deelvragen	21
5.2 Conclusie hoofdvraag	22
5.3 Aanbevelingen	23
5.4 Sterkte/zwakte analyse	23
5.5 Discussie	24
Literatuur	27
Bijlage I Vragenlijst	29

Voorwoord

Voor u liggen de resultaten van het onderzoek naar de oorzaken en gevolgen van de verschuiving naar ambulante hulpverlening binnen Tactus, locatie Ripperdastraat. Wij hopen met dit onderzoek een bijdrage te hebben geleverd aan het verbeteren van het hulpverleningstraject voor zowel cliënten als de hulpverleners. Ook hopen we dat hierdoor inzichtelijk is geworden wat er nog kan verbeteren.

We willen een aantal personen bedanken voor de medewerking en begeleiding tijdens dit uitvoeren van dit onderzoek. Dit zijn om te beginnen de cliënten van het casemanagementteam, zonder hen had dit onderzoek niet kunnen plaatsvinden. Daarvoor onze dank. Verder willen wij Michel van Naarden, die als opdrachtgever een bijdrage heeft geleverd aan ons onderzoek, bedanken voor het vertrouwen en de verkregen feedback. Het casemanagementteam willen wij bedanken voor hun medewerking. Tevens willen wij Helma Hendriks bedanken voor het begeleiden van dit onderzoek. Door ons kundig te hebben voorzien van feedback konden we dit onderzoek met succes afronden.

Marko Durdzic & Izette Harzevoort
Enschede, april 2016

Samenvatting

Tactus streeft er naar zijn cliënten zo goed mogelijk te ondersteunen in hun gevecht tegen de verslaving en probeert dit op allerlei manieren. Sinds een aantal jaar heeft Tactus, locatie Ripperdastraat een andere weg ingeslagen. Het casemanagementteam richt zich op de zorg van chronisch verslaafden. Dit gebeurde altijd op locatie, maar nu zijn de casemanagers actief de cliënten gaan bezoeken. Dit doordat ook steeds meer van deze cliënten gehuisvest worden. Maar heeft deze verschuiving het gewenste resultaat gegeven? Dit vormde de aanleiding van het onderzoek.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de belevenis van cliënten met betrekking tot de verschuiving van hulpverlening op locatie naar ambulante hulpverlening. Hoe beleven de cliënten, binnen de afdeling casemanagement Tactus locatie Ripperdastraat, de verschuiving van hulpverlening op locatie naar ambulante hulpverlening? Dat is de vraag waarop een antwoord moet komen. Om deze vraag te kunnen beantwoorden heeft er een inventarisatieonderzoek plaatsgevonden. De methode van dataverzameling die gebruikt is zijn enquêtes. Verder is onderzoek gedaan met behulp van literatuur en een theoretische onderbouwing. De verkregen data is verwerkt middels Excel. De verkregen data door middel van open vragen zijn kwalitatief verwerkt. Dit door het volledig uit te schrijven.

Uit het onderzoek kan de conclusie getrokken worden dat de cliënten de verschuiving naar ambulante hulpverlening als zeer prettig ervaren. Het veilige gevoel en het verminderen van prikkels van buiten af wordt als positief ervaren. De casemanagers worden als professioneel en betrouwbaar ervaren. De cliënten worden met respect benaderd en voelen zich hierdoor prettiger. Er zijn echter wel een aantal kanttekeningen te plaatsen. Sommige cliënten schamen zich zo voor hun omgeving en thuissituatie dat ze het lastig vinden om een casemanager thuis te ontvangen. Dit gevoel verdwijnt echter na een aantal afspraken mede dankzij het opstellen van een plan waardoor ze het gevoel hebben dat er echt iets gaat veranderen. Verder vinden cliënten dat ze beter moeten worden ingelicht over andere soorten behandelingen. Ze blijven soms te lang hangen in een bepaald traject hebben ze het gevoel. Ook de bereikbaarheid in avonden en weekenden mag van een groot gedeelte beter. Nu zijn ze nog te vaak afhankelijk van de crisisdienst die vaak niks voor hen kan betekenen.

1. Inleiding

In hoofdstuk 1 wordt het onderwerp van het onderzoek beschreven. Paragraaf 1.1 zal de aanleiding van het onderzoek beschrijven. Vervolgens zal in paragraaf 1.2 en 1.3 de doelstelling en de vraagstelling van het onderzoek weergegeven worden. De doelstelling is opgesplitst in een korte- en lange termijn doelstelling. De vraagstelling zal de hoofdvraag van het onderzoek weergegeven met daarnaast de theoretische en praktische deelvragen. Tot slot bevat paragraaf 1.4 de leeswijzer van het onderzoek.

1.1 Aanleiding

Sinds het begin van de afgelopen eeuw hebben zich veel veranderingen voor gedaan op het gebied van verslaving. Ook de manier van denken is veranderd (Van den Brink, 2005). In de wetenschappelijke literatuur wordt er nauwelijks meer gesproken over verslaving, maar meer over afhankelijkheid. Bovendien is verslavingsgedrag in de DSM van DSM-IV naar DSM-5 verschoven (DSM, 2013)

Tactus is er voor vragen of problemen rond alcohol, drugs, medicijnen, gamen en gokken. Ze noemen dit middelen. Ook biedt Tactus hulp bij eetproblemen. Voor iedere hulpvraag over middelen kunnen mensen bij hun terecht. De begeleiding kan bij een locatie van Tactus plaatsvinden, maar kan tegenwoordig ook in veel gevallen via één van de internetbehandelingen. Verder geeft Tactus ook ondersteuning bij eventuele psychische problemen die met het gebruik van middelen te maken hebben. Of met problemen rond wonen, werk, scholing en relaties die mede zijn ontstaan door het gebruik van middelen (Tactus, 2015). Tactus heeft onder andere een aantal klinieken. Deze klinieken richten zich op bijvoorbeeld op de detox van cliënten, wat inhoudt dat het lichaam wordt ontgift. Andere klinieken richten zich op het begeleiden naar totale abstinentie van middelen.

De organisatie is ingedeeld in vier regio's: Divisie oost, divisie west, divisie klinieken en divisie reclassering. De missie luidt als volgt: Tactus beoogt de risico's voor de gezondheid en veiligheid van haar doelgroepen en de samenleving als gevolg van middelengebruik en verslavingsgedrag zoveel mogelijk te beperken. Tactus zet zich in om op klantvriendelijke, respectvolle en zorgvuldige wijze voorlichting en advies te geven en/of passende zorg te bieden aan mensen met verslavingsproblemen, hun naasten en de samenleving. Hierbij staat de (al dan niet uitgesproken) vraag van haar cliënten en patiënten centraal (Tactus, 2015).

De visie luidt als volgt: Tactus werkt simpel gezegd volgens het principe: niet meer dan nodig, maar niet minder dan verantwoord. Met andere woorden: een zwaardere vorm van hulp wordt alleen ingezet wanneer een lichtere vorm onvoldoende is (Tactus, 2015).

Dit onderzoek richt zich op de locatie Ripperdastraat. Aan de Ripperdastraat worden cliënten begeleid die chronisch verslaafd zijn. Dit wordt gedaan door middel van arbeidsdagbesteding, maar ook door individuele gesprekken. Verder is er op de Ripperdastraat een gebruikersruimte aanwezig en een methadonpost. In de gebruikersruimte mogen de cliënten de middelen onder toezicht gebruiken. Wel moeten cliënten aan een aantal voorwaarden voldoen. Zo moeten ze bijvoorbeeld laten zien wat ze mee naar binnen nemen.

De hulpverlening is continu aan verandering onderhevig. Eén van die aspecten is het verschuiven van de hulpverlening van interne begeleiding naar ambulante begeleiding. Zo ook

bij Tactus, locatie Ripperdastraat. Hier is gekozen om cliënten actief thuis te gaan op zoeken, omdat er op locatie veel mensen komen die nog in gebruik zitten van verdovende middelen. Cliënten zouden er meer baat bij hebben om in de thuis omgeving te worden behandeld, daar waar zij zich veilig voelen. Dit kan alleen door middel van zo min mogelijk prikkels van buiten af.

Evenson en collega's (1998) hebben vastgesteld dat een ambulante behandelingsprogramma, dat onder meer bestond uit zorg en casemanagement, effectief werkt tegen het verminderen o.a. drugsgebruik en het verbeteren van contact met hulpverleners. Geldt dit ook voor de cliënten van het casemanagement team van de locatie Ripperdastraat?

Een ander aspect van de verandering zijn de intrede van wijkteams. Steeds vaker is een stad opgedeeld in wijken en wordt van daaruit hulp geboden. Dit door middel van wijkcoaches. De locatie Ripperdastraat in Enschede heeft sinds een aantal jaar ook gekozen voor deze methode. Er is voor gekozen om aan elke wijk één casemanager te koppelen die in speelt op hulpvragen op het gebied van verslaving. Waar vroeger de cliënten naar de Ripperdastraat kwamen voor begeleiding, zoekt de casemanager de cliënt nu actief op. Zo is de zorg continue in beweging en is het belangrijk om te onderzoeken of deze veranderingen bijdragen aan het hulpverleningsproces. Want wat zijn de voor en nadelen van deze veranderingen? En beleven de cliënten deze verandering wel als vooruitgang? Dit zijn een aantal interessante vragen waarop na dit onderzoek antwoord gegeven kan worden.

Dit onderzoek is voor Tactus bruikbaar, omdat men naar aanleiding van de uitkomsten kan bepalen of deze verandering daadwerkelijk bijdraagt aan het stabilisatieproces van de cliënt. Deze verandering is nu een aantal jaren geleden ingevoerd en er is behoefte aan een evaluatie. Het is Tactus breed nog niet duidelijk wat voor invloed deze verschuiving heeft gehad. Dus niet alleen voor de cliënten is dit onderzoek interessant, maar vooral voor Tactus zelf.

1.2 Doelstelling

1.2.1 Korte termijn doelstelling:

Informatie verzamelen over de bijdrage van ambulante hulpverlening aan het stabilisatieproces van de cliënt

1.2.2 Lange termijn doelstelling:

Bijdragen aan het verbeteren van het ambulante hulpverleningsproces binnen de afdeling casemanagement Tactus Ripperdastraat.

1.3 Vraagstelling

1.3.1 Hoofdvraag

Hoe beleven de cliënten, binnen de afdeling casemanagement Tactus locatie Ripperdastraat, de verschuiving van hulpverlening op locatie naar ambulante hulpverlening?

1.3.2 Theoretische deelvragen

- Hoe ziet het hulpverleningsproces van casemanagement eruit?

- Wat wordt verstaan onder ambulante hulpverlening?
- Op welk cliëntprofiel richt de afdeling casemanagement zich en wat zegt de literatuur hierover?
- Wat houdt het stabilisatieproces in bij dit cliënt profiel?

1.3.3 *Praktische deelvragen*

- Wat zijn de positieve gevolgen van de verschuiving naar ambulante hulpverlening voor de cliënten?
- Wat zijn de negatieve gevolgen van de verschuiving naar ambulante hulpverlening voor de cliënten?
- Welke aanbevelingen doen de cliënten in het kader van de verschuiving naar ambulante hulpverlening?

1.4 ***Leeswijzer***

Dit bachelor rapport bestaat uit vijf hoofdstukken. Hoofdstuk 1 zal een inleiding geven in het onderzoek. Dit hoofdstuk zal de aanleiding, doelstelling en vraagstelling beschreven worden. In hoofdstuk 2, die het theoretisch kader bevat, zal antwoord gegeven worden op de vooraf gestelde theoretische deelvragen. Deze vragen zullen door middel van theorie beantwoord worden. Hoofdstuk 3 zal de methode van het onderzoek toelichten. Dit hoofdstuk is opgebouwd uit de methode, het type onderzoek, de populatie die gebruikt is voor het onderzoek, de onderzoeksinstrumenten, de betrouwbaarheid en de validiteit. Vervolgens zal er in hoofdstuk 4 ingegaan worden op de resultaten die uit het onderzoek zijn gekomen. Tot slot zal er in hoofdstuk 5 de conclusie van het onderzoek aan bod komen. Daarnaast zullen er aanbevelingen gegeven worden.

2. Theoretisch kader

Hoofdstuk 2 zal antwoord geven op de vier gestelde theoretische deelvragen. Omdat deelvraag 3 & 4 betrekkelijk veel met elkaar te maken hebben zijn deze twee vragen samengevoegd. Tot slot zijn er ook twee praktische deelvragen theoretisch onderbouwd. Dit om uiteindelijk na te kunnen gaan of de theorie klopt met de praktijk.

2.1 Hoe ziet het hulpverleningsproces van casemanagement eruit?

Casemanagement is ontstaan in de jaren '70 en is afkomstig uit de Verenigde Staten. Dit als reactie op de deinstitutionalisering in de geestelijke gezondheidszorg. Een van de redenen was het omlaag brengen van de kosten binnen de GGZ. Casemanagement was goedkoper, omdat er maar één hulpverlener bij betrokken is en de cliënt thuis wordt behandeld. Casemanagement vindt zijn oorsprong in de theorie van Mary Richmond in de jaren '20 (Siegal, Li & Pranjit, 1998).

Casemanagement werd vooral gebruikt bij chronisch psychiatrische cliënten. Later werd casemanagement ook steeds meer ingezet bij kinder- en jeugdzorg. 25 jaar geleden werd deze methode voor het eerst ingezet in de verslavingszorg in Canada (Birchmore-Timney & Graham, 1989). Deze methode werd vooral ingezet om de toegankelijkheid te verbeteren en om het contact met de cliënt beter te behouden. Later werd casemanagement ook in Europa een belangrijke methode. Casemanagement werd, zoals eerder ook in de Verenigde Staten gebeurde, vooral toegepast bij psychiatrische cliënten en in de bejaardenzorg. Later kwamen daar ook de multi-probleemgezinnen bij.

Casemanagement in de verslavingszorg is vooral bruikbaar bij drugsgebruikers die moeilijk contact maken met de hulpverlening. Of voor cliënten die door hun meervoudige problematiek met verschillende hulpverleners en instantie in aanraking komen (Siegal e.a., 1998). Volgens Willenbring (1996) zal er in de toekomst steeds meer vraag zijn naar casemanagement. Dit door de steeds complexer wordende problematiek en de toename van het aantal drugsgebruikers.

Er bestaat niet één duidelijke definitie over casemanagement. Dit komt doordat elke toepassing van deze methodiek andere doelstellingen nastreeft (Ridgely & Willenbring, 1992). Er zijn wel een aantal basis principes uitgewerkt. Van Riet en Wouters (1996) beschrijven een aantal zorgprincipes, een aantal van deze principes zijn:

De hulpvraag van de cliënt vormt het uitgangspunt van de zorg en niet het bestaande hulpverleningsaanbod

Het sociaal netwerk van de cliënt wordt zoveel mogelijk betrokken bij het proces

Cliënten worden als personen met mogelijkheden betrokken bij de hulpverlening

De taken van de casemanager bestaan onder anderen uit het begeleiden en coördineren van het volledige hulpverleningsproces. Dit kan bestaan uit het voeren met gesprekken met zowel de cliënt als andere betrokkenen.

2.2 Wat wordt bestaan onder ambulante hulpverlening?

Ambulant werken is iets wat vroeger ook al werd gedaan. In de jaren '80 en '90 was het GGZ-beleid ook gericht op extramuralisering. In andere Europese landen is deze trend al veel langer gaande.

Afgelopen eeuw is er al veel gesproken over de verschuiving van de hulpverlening van intramuraal naar extramuraal. Oftewel van behandeling op locatie naar behandeling in de thuissituatie van de cliënt. De verandering heeft in de periode van 1970 tot 2000 verschillende fasen doorlopen (Vijselaar, Hoof & van Kok, 2009). Echter kwam het keerpunt pas in 2010. Toen keerde het thema extramuralisering terug op de landelijke beleidsagenda. In het IBO (Interdepartementaal Beleidsonderzoek) wordt dan vastgesteld dat binnen de Nederlandse GGZ over een grote intramurale capaciteit beschikt en dat bedden afbouw aangewezen is (IBO GGZ, 2010). Vanaf dit moment veranderen er dingen binnen verschillende GGZ-instellingen en gaan ze over op de afbouw van intramurale capaciteit. In het jaar daarop, 2011, spreken ook GGZ Nederland en het Nederlandse Zorgautoriteit hun vertrouwen uit in dit proces. Dit om de overgang soepel te laten verlopen (NZA, 2011). Uiteindelijk in 2012 wordt het ook een belangrijk thema op de agenda van een akkoord tussen aanbieders, verzekeraars, overheid en cliëntenorganisaties. Er wordt dan afgesproken om de intramurale capaciteit terug te dringen naar één derde ten opzichte van 2008.

Niet de GGZ zelf of de overheid, maar vooral de zorgverzekeraars zijn de belangrijkste partij in deze ontwikkeling. Namelijk het aansturen van de ambulantisering. Wat vooral meespeelt heden dag zijn de financiële en economische factoren in dit proces. Ambulantisering betekent minder bedden en cliënten sluiten makkelijker aan, waardoor er minder mensen nodig zijn. Hieronder een tabel met de ontwikkeling de afgelopen 30 jaar. Hierin is duidelijk te zien dat Nederland, in vergelijking met andere Europese landen, nog steeds hoog staat met het aantal bedden. Dit is dan ook een speerpunt van de overheid om dit aantal terug te dringen. Mensen moeten meer in hun thuissituatie geholpen worden en minder snel opgenomen worden of behandeld worden binnen een instelling.

Tabel 1: Psychiatrische opname- en verblijfsplaatsen* per 100.000 inwoners in zeventien Europese landen, 1980-2009

Land	Rang 1980	Bedden 1980 (rang)	Bedden 1990	Bedden 2000	Bedden 2005	Bedden 2009	Rang 2009
Finland	1	400	230	103	93	80	8
Ierland	2	395	263	142	96	77	9
Zweden	3	324	170	63	48	48	13
België	4	245	191	...	...	179	1
Frankrijk	5	240	180	107	96	91	6
Zwitserland	6	220	170	120	106	101	4
Verenigd Koninkrijk	7	200	130	93	74	61	10
Noorwegen	8	192	89	70	100	86	7
Denemarken	9	183	95	76	65	58	12
Nederland	10	170	178	156	141	139	2
Tsjechië	11	147	140	113	110	103	3
Italië	12	144	83	15	13	11	15
Griekenland	13	140	120	97	87	80	8
Kroatië	14	138	142	104	94	93	5
Oostenrijk	15	130	118	74	74	77	9
Spanje	16	110	71	52	46	41	14
Portugal	17	100	88	68	64	59	11

Bron: World Health Organization (2012a)

* Bedden in psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor verslavingszorg en psychiatrische afdelingen van algemene of gespecialiseerde ziekenhuizen. Exclusief langdurige verpleeg- en rehabilitatiebedden.

2.3 Op welk cliëntprofiel richt de afdeling casemanagement zich en wat zegt de literatuur hier over?

Wat houdt het stabilisatieproces in bij dit cliëntprofiel?

Een profiel is een karakterschets of een beschrijving van bepaalde eigenschappen, vaardigheden en kennis waaraan een groep cliënten voldoet. Er zijn verschillende kenmerken en een belangrijke daarvan is de mate van integratie in de maatschappij. Er zijn verschillende profielen ontwikkeld voor de RIOB (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling). Deze vloeien voort uit het onderzoek van Lempens, Wildschut, Knibbe & Van de Mheen (2001) naar een groep in Utrecht. Deze groep liet zich veelvuldig gelden in en rondom Hoog Catharijne. De drie hoofdprofielen zijn:

1. Scene mijders;

Dit zijn de cliënten die komen alleen om drugs te kopen of om methadon af te halen bij de instelling. Deze cliënten gebruiken relatief weinig drugs en ondernemen meerdere pogingen om af te kicken of om te minderen (RIOB, 2012)

2. Scene bezoekers;

Deze cliënten komen regelmatig bij de instelling om te gebruiken en of om methadon af te halen. Deze groep cliënten heeft het gebruik redelijk onder controle (RIOB, 2012)

3. Scene bewoners;

Dit zijn de cliënten die frequent en veel gebruiken. Deze cliënten zijn afhankelijk van de scene. Dit is ook de zwaarste groep cliënten binnen deze profielen. Vaak is er sprake van verwaarlozing op alle gebieden, weinig of geen contact met familie en haken deze cliënten niet aan bij de hulpverlening (RIOB, 2012)

De casemanagers richten zich op profiel drie. Dit is de zwaarste groep en daarom is het juist belangrijk op een goede manier aan te haken.

De profielen hebben verdere onderbouwing nodig. Echter zijn deze genoemde profielen in de praktijk bruikbaar geweest en is naar voren gekomen dat de meeste verslavingsinstellingen gebruik maken van deze profielen. Deze profielen bieden de instelling een duidelijk beeld over wat er speelt. Op basis van deze profielen kunnen verschillende invullingen bepaald worden. Zo kan er worden gekeken naar welke functies er nodig zijn en het aantal uren. Op basis hiervan kan er een team worden samengesteld. Naar aanleiding van een eerste gesprek worden er gegevens verzameld van de cliënt die betrekking hebben op verschillende leefgebieden. Hierdoor is het mogelijk de cliënt in te delen in één van de drie profielen. Echter moet er rekening mee gehouden worden dat men niet een stempel op mensen drukt. De hulpverlener zal te allen tijde zelf moeten bepalen wat goed is voor de cliënt. Deze profielen zijn opgesteld en bedoeld als ondersteuning (RIOB, 2012)

Het stabilisatie proces kenmerkt zich bij deze doelgroep vooral op het onder controle krijgen van het gebruik. Het doel van de hulpverlening moet zijn: beperking van de overlast en hulp bij acute en chronische psychische, somatische en sociale problemen (RIOB, 2012). De hulpverlening moet een actieve houding hebben richting de cliënten. Basisvoorzieningen voor deze doelgroep zijn nachtopvang, gebruikersruimte en een dagcentrum. Dit moet de cliënten

helpen in hun stabilisatieproces. Zo is arbeidsdagbesteding gewenst. Dit omdat cliënten vaak geen structuur kennen en ze mede daardoor meer gaan gebruiken.

2.4 *Wat zijn de positieve gevolgen van de verschuiving naar ambulante hulpverlening voor de cliënten?*
Wat zijn de negatieve gevolgen van de verschuiving naar ambulante hulpverlening voor de cliënten?

In de verslavingszorg worden verschillende manieren gebruikt om mensen te begeleiden. Het gebruik van verdovende middelen kan uiteindelijk leiden tot verslaving. De afgelopen jaren is in de verslavingszorg onderzoek gedaan naar verschillende methodieken. Wat werkt nu het beste voor de cliënt? Wat zijn de voor en nadelen?

Eén van de eerste studies naar de effectiviteit van casemanagement werd gedaan in Canada (Lightfoot, Rosenbaum, Ogurzsoff, Laverty, Kusiar, Barry & e.a., 1982). Deze studie toonde aan dat casemanagement bijdroeg aan het verminderen van de drop-out. Evenson en collega's (1998) hebben vastgesteld dat een ambulant behandelingsprogramma, dat onder meer bestond uit zorg en casemanagement, effectief werkt tegen het verminderen o.a. drugsgebruik en het verbeteren van contact met hulpverleners. Ambulante hulpverlening in combinatie met casemanagement zorgt voor een duidelijke verbetering van het contact tussen hulpverlener en cliënt wat interessant is. De cliënt heeft in zijn of haar eigen omgeving een veilig gevoel en haakt daardoor sneller aan. Verder werd aangetoond dat vooral zeer problematische gebruikers baat hebben bij deze manier van werken. Zij lieten een duidelijke verbetering zien op psychosociale en drug- en alcoholproblemen. De overlast nam af en kwaliteit van leven werd verbeterd (Lightfoot e.a., 1982).

Het nadeel is dat er vanuit de literatuur ook studies zijn te vinden die geen significant verschil laten zien tussen ambulant casemanagement en casemanagement op locatie (Vanderplasschen, Wolf & Colpaert, 2004). Er is verder grote behoefte aan verder onderzoek binnen Europa met een robuuste opzet en een voldoende grote steekproef. De kleine steekproeven die tot nu toe zijn gedaan leveren minder krachtige conclusies op. Ook vermindert het de kans op het vinden van de effecten (Orwin, Sonnefeld, Garrison-Mogren & Smith, 1994).

3. Methode van onderzoek

In het volgende hoofdstuk zal de onderzoeksmethode verder worden uitgelicht. Het hoofdstuk is opgedeeld in verschillende paragrafen. Paragraaf één zal de onderzoeksmethode beschrijven. Er zal worden toegelicht waarom er voor de gebruikte methode gekozen is. Paragraaf twee bevat het onderzoektype. De populatie is te vinden in paragraaf drie. Vervolgens zal paragraaf vier het onderzoeksinstrument toelichten. Paragraaf vijf zal over de validiteit van het onderzoek gaan. Daarna kunt u de betrouwbaarheid van het onderzoek in paragraaf zes vinden. Tot slot zal in paragraaf zeven de ethische verantwoording worden toegelicht.

3.1 Onderzoeksmethode

Een methode is een algemene werkwijze om gegevens te verzamelen of te analyseren. (van Buuren, Hummel, Berkhout & Slootmaker, 2003) Er zijn verschillende soorten methoden van dataverzameling. De meest gebruikte methoden zijn interviews, enquêtes en observaties. Daarnaast bestaat er nog de bekende deling tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek kenmerkt het gebruik van flexibele methoden, bijvoorbeeld een interview. Bij kwantitatief onderzoek wordt gebruik gemaakt van voor gestructureerde methoden, bijvoorbeeld een vragenlijst.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de belevenis van cliënten met betrekking tot de verschuiving van hulpverlening op locatie naar ambulante hulpverlening. In eerste instantie zou dit een goed doel zijn om een kwalitatief onderzoek uit te voeren. Door middel van interviews kan er diep op het onderwerp in gegaan worden en kom je tot een goed resultaat.

Aangezien de doelgroep waarmee het onderzoek wordt uitgevoerd van een dusdanig moeilijke aard is, is er gekozen voor een kwantitatief onderzoek te doen met open vragen. Voor de cliënten waarvan wij een mening willen is het moeilijk om een interview te geven aan onbekenden. Er is daarom in samenspraak met de casemanagers besloten om de enquêtes telefonisch af te nemen. Je hebt contact met ze, maar wanneer ze niet willen of het wordt de cliënten te veel hebben ze de mogelijkheid op te hangen. Dit is makkelijker dan iemand weg sturen. We hebben één dagdeel op locatie Ripperdastraat mogen werken. Het was makkelijk om vanuit daar de cliënten telefonisch te benaderen. Wel hebben de casemanagers tijdens hun contactmomenten met de cliënten gevraagd wie er open staat voor een telefonische enquête. Hierdoor kwamen de cliënten maar ook de onderzoekers niet voor verassingen te staan.

3.2 Onderzoektype

Vanuit het doel van het onderzoek kun je stellen dat het type onderzoek dat uitgevoerd gaat worden evaluerend is. Evaluerend onderzoek sluit aan bij een toetsend onderzoek. Dit houdt in dat er een oplossing is gevonden in de praktijk. Maar is die oplossing een goede? (Plooi, 2014). Zoals in de aanleiding van het onderzoek te lezen is, is de verschuiving binnen de hulpverlening al in volle gang. De hulpverlening wordt minder op de locatie zelf aangeboden en verschuift naar de eigen omgeving van de cliënt, ambulante hulpverlening. Het idee achter de verschuiving is goed. De vraag blijft alleen of de uitvoering positief werkt voor de cliënt. Omdat het onderzoek uiteindelijk antwoord geeft op de vraag of cliënten de verschuiving van de hulpverlening als goed hebben ervaren doen wij een evaluerend onderzoek. Door onze onderzoeksresultaten kan het team van Tactus Ripperdastraat het nieuwe beleid aanpassen of op de huidige manier doorzetten.

3.3 Populatie

De populatie is een verzameling van onderzoekseenheden waarvoor je je onderzoeksresultaten wil laten gelden. Onderzoekseenheden kunnen individuele personen zijn, maar ook groepen, wijken, steden, landen. Ook objecten kunnen eenheden van onderzoek zijn. (van Buuren, Hummel, Berkhout & Sloomaker, 2003).

In dit onderzoek bestaat de populatie uit cliënten van Tactus locatie Ripperdastraat. Deze locatie verleent hulp aan chronisch verslaafden binnen heel Enschede. Gezien de grootte van Enschede is de stad in vijf wijken opgedeeld; noord, oost, zuid, west en centrum. Iedere wijk staat onder leiding van één casemanager. Iedere casemanager heeft zo'n tien cliënten aan wie er hulp wordt verleent. Tiencliënten maal vijf casemanagers maakt in totaal 50 cliënten. Iedere cliënt heeft wekelijks een gesprek met de casemanager. Tijdens deze gesprekken hebben de casemanagers gevraagd welke cliënten open staan voor een telefonische enquête. Uit eindelijk zijn wij uitgekomen op een respons van 30 cliënten.

3.4 Onderzoeksinstrument

Om het onderzoek te beginnen zal er literatuuronderzoek worden verricht naar hoe de hulpverleningen was en welke verschuiving er precies heeft plaats gevonden. Deze informatie loopt als rode draad door het onderzoek. Na alle informatie over de verschillen in hulpverlening verzameld te hebben vindt er een gesprek plaats met alle casemanagers binnen de locatie Ripperdastraat. Dit gesprek zal plaats vinden tijdens de wekelijkse vergadering van de casemanagers. Tijdens dit gesprek is de enquête besproken. Daarnaast zullen we de verwachtingen naar elkaar toe uitgespreken. Verder werd er tijdens het gesprek kort gesloten wanneer de enquêtes ingevuld terug moeten zijn, en wat te doen bij cliënten die weigeren, om miscommunicatie voorkomen. Toen alles helder was, konden de casemanagers starten met het afnemen van de enquêtes. Het doel is om wekelijks een update te krijgen van de casemanagers.

Uiteindelijk volgt er de data analyse. Om de verkregen gegevens uit de enquêtes te analyseren wordt er gebruik gemaakt van het programma Excel. Excel is een digitaal programma voor het analyseren van kwantitatieve gegevens. Uiteindelijk geeft het programma een duidelijk overzicht van de verkregen antwoorden en het aantal percentages dat per vraag gescoord is. Verder kun je met Excel makkelijk grafieken maken van de ingevoerde gegevens. Dit geeft schematisch een beeld van de resultaten. Aan de hand van deze uitkomsten kan de conclusie en de aanbevelingen worden geschreven.

3.5 Validiteit

Validiteit betreft het vertrouwen in de inhoud van de gegevens (Baarda & de Goede, 2006) In dit onderzoek is er gekozen om bij de cliënten enquêtes af te nemen. Zoals eerder vermeld staat is hier voor gekozen omdat deze methode het beste aansluit bij de doelgroep. De uitkomsten van de enquêtes zullen voor een groot deel antwoord geven op onze hoofdvraag. Een valkuil die hier kan optreden is dat de cliënten een sociaal wenselijk antwoord gaan geven. Dit kan zijn omdat de cliënt zich beter voor wil doen of omdat hij zo snel mogelijk van de enquête af wil zijn. Samen met de casemanagers, die de enquêtes uit gaan delen, is afgesproken dat ze er alles aan zullen doen om de validiteit en betrouwbaarheid van de gegeven antwoorden

te waarborgen. Het voordeel is dat de casemanagers de cliënten vaak goed kennen, dus weten wanneer er sociaal wenselijke antwoorden gegeven worden.

Om de validiteit te waarborgen is het van belang om een goede vragenlijst op te stellen. Een goede vragenlijst bevat ten eerste geen suggestieve vragen. Daarnaast moeten de vragen duidelijk gesteld zijn en goed op elkaar aansluiten. Tot slot is het van belang dat de vragen echt van toepassing zijn op het geen er onderzocht wil worden.

Om de validiteit nog beter te kunnen waarborgen wordt er voor het uitdelen van de enquêtes een gesprek gepland met de casemanagers. In het gesprek zal besproken worden wat de bedoeling is, hoe de casemanagers het beste te werk kunnen gaan, en wat er uiteindelijk verwacht wordt.

3.6 *Betrouwbaarheid*

Er is sprake van een hoge betrouwbaarheid wanneer de onderzoeksresultaten zo min mogelijk afhankelijk zijn van toeval. (Baarde & de Goede, 2006) De onderzoeksresultaten worden in dit onderzoek verkregen door zowel enquêtes en interviews. Om de enquêtes zo betrouwbaar mogelijk te maken laten we die afnemen door de casemanagers binnen Tactus. Dit omdat de cliënt deze mensen vertrouwt en er daardoor eerlijker geantwoord zal gaan worden. Daarnaast zullen de enquêtes afgenomen worden bij de cliënten thuis. Dit zorgt ervoor dat er een prikkelvrije omgeving is en de cliënt privacy heeft. Wanneer we de cliënt de enquête op locatie en door de onderzoekers laten invullen kunnen er wenselijke antwoorden gegeven worden. Ten eerste omdat de cliënten de onderzoekers niet kennen. Dit is zeer moeilijk voor de cliënt. Het vertrouwen is er niet. Er worden waarschijnlijk snelle antwoorden gegeven zodat de cliënt snel van de vreemde gezichten af is. Ten tweede heeft de cliënt thuis een gevoel van privacy. Alles kan besproken worden, er is niemand die toevallig iets kan horen. Er wordt van uit gegaan dat de cliënt zich hierdoor vrijer voelt om te praten. Verder is het van belang dat er een goede enquête wordt opgesteld. Dit heeft ook invloed op de betrouwbaarheid. De vragen worden neutraal opgesteld, suggestieve vraagstellingen worden vermeden. Daarnaast bied de enquête voor dit onderzoek de ruimte om eigen meningen mee te nemen.

Een struikelblok voor de betrouwbaarheid kan de interpretatie van de onderzoekers zijn. De onderzoekers kunnen een bepaald antwoord op een andere manier interpreteren. Om de betrouwbaarheid hierdoor zo goed mogelijk te waarborgen is het van belang dat de onderzoekers op een lijn zitten wat betreft de antwoorden. Dit kan worden bereikt door wanneer er een antwoordt verkeerd geïnterpreteerd wordt hierover in gesprek te gaan, net zo lang tot er op een lijn wordt gezeten.

De populatie binnen dit onderzoek zijn chronisch verslaafden. Het is daarom aannemelijk dat ten tijde van de enquêtes deze cliënten onder invloed waren van alcohol of drugs. Dit kan de betrouwbaarheid van het onderzoek beïnvloeden. Er kan niet nagegaan worden of de cliënten dit daadwerkelijk vinden of dat ze het zeggen omdat vinden dat het zo hoort.

3.7 *Ethische verantwoording*

Voor het onderzoek worden enquêtes afgenomen. Bij het afnemen van de enquêtes is het van belang dat de anonimiteit van de cliënt wordt gewaarborgd. De anonimiteit wordt gewaarborgd doordat de cliënten geen naam op de enquête hoeven te schrijven. Daarnaast geven de

casemanagers niet door wie er wel en wie er geen enquête heeft ingevuld. Verder is het van belang dat de enquêtes geheel vrijwillig worden ingevuld. De casemanager gaat kort aan de cliënt vertellen waar het voor is. Op basis daarvan kan de cliënt de beslissing nemen om de enquête wel of niet in te vullen.

4. Resultaten

In hoofdstuk vier worden de resultaten van de enquêtes weergegeven. Om de deelvragen te beantwoorden is er gekeken naar welke vragen uit de enquête hier een antwoord op geeft. Deze vragen inclusief resultaten zijn beschreven onder de deelvraag.

4.1 Kwantitatieve resultaten I

4.1.1 Wat zijn de positieve gevolgen van de verschuiving naar ambulante hulpverlening voor de cliënten?

Tabel 4.1: Is het een probleem om een afspraak met uw behandelaar snel te laten plaatsvinden?

Gegeven antwoorden	Meting
Een groot probleem	0
Een klein probleem	6
Geen probleem	24
Meting = Meting van aantal keer het gegeven antwoord.	

Wat opvalt is dat 80% van de respondenten het geen probleem vindt om een afspraak te maken met de behandelaar. 25% procent ervaart een klein probleem, maar geven aan dat dit vooral komt doordat ze in het weekend en avond niet te bereiken zijn.

Tabel 4.2: Heeft u informatie gekregen over de aanpak van uw huidige behandeling?

Gegeven antwoorden	Meting
Ja	25
Nee	5
Meting = Meting van aantal keer het gegeven antwoord.	

83,4% heeft informatie gekregen over de aanpak van huidige behandeling en dit was voor het merendeel van de respondenten duidelijk.

Tabel 4.3: Heeft uw behandelaar genoeg tijd voor u?

Gegeven antwoorden	Meting
Nooit	0
Soms	0
Meestal	9
Altijd	21
Meting = Meting van aantal keer het gegeven antwoord.	

Niemand van de respondenten heeft te kennen gegeven dat de behandelaar niet genoeg tijd voor hen heeft. 70% van hen zegt zelfs dat de behandelaar altijd genoeg tijd heeft voor hen.

Tabel 4.4: Begrijpt u behandelaar in voldoende mate wat uw klachten zijn?

Gegeven antwoorden	Meting
Ja	30
Nee	0
Meting = Meting van aantal keer het gegeven antwoord.	

Opvallend is dat alle respondenten aangaf dat de behandelaar hen voldoende begrijpt. Er werd niet één keer gezegd dat de behandelaar de klachten onvoldoende begreep.

Tabel 4.5: Vergeleken met 12 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu functioneert?

Gegeven antwoorden	Meting
Veel minder goed	1
Iets minder goed	0
Ongeveer hetzelfde	10
Een beetje beter	12
Veel beter	7
Meting = Meting van aantal keer het gegeven antwoord.	

23,3% van de ondervraagden geeft aan dat het nu veel beter gaat dan voorheen. 52,1% ervaart een beetje vooruitgang. 47,8% geeft aan dat de situatie onveranderd is en slechts 3,3% geeft aan dat het slechter gaat dan voorheen.

Tabel 4.6: Vergeleken met 12 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu met uw klachten omgaat?

Gegeven antwoorden	Meting
Veel minder goed	1
Iets minder goed	0
Ongeveer hetzelfde	10
Een beetje beter	12
Veel beter	7
Meting = Meting van aantal keer het gegeven antwoord.	

De respondenten gaven allen een identiek antwoord vergeleken met de vorige vraag. Ze gaven aan dat hoe ze op dit moment functioneren en hoe ze met hun klachten omgaan voor hen in verband staat.

Tabel 4.7: Wat vindt u er van dat u nu in uw eigen omgeving wordt behandeld?

Gegeven antwoorden	Meting
Veel minder goed	0
Iets minder goed	1
Ongeveer hetzelfde	1
Een beetje beter	7
Veel beter	21
Meting = Meting van aantal keer het gegeven antwoord.	

Van alle respondenten geeft 70% aan dat ze het veel beter vinden dat ze in hun eigen omgeving worden behandeld. Slechts 6,6% vindt dat er voor hen geen verschil is.

4.2 Kwantitatieve resultaten II

4.2.1 Wat zijn de negatieve gevolgen van de verschuiving naar ambulante hulpverlening voor de cliënten?

Tabel 4.8: Is het een probleem om een behandelaar 's avonds of in het weekend telefonisch te bereiken in geval van nood?

Gegeven antwoorden	Meting
Een groot probleem	12
Een klein probleem	3
Geen probleem	15
Meting = Meting is aantal keer het gegeven antwoord.	

40% Van de respondenten heeft te kennen gegeven dat het voor hen een groot probleem is om de behandelaar in de avond of in de weekenden te bereiken. De helft vond dit geen probleem, omdat men te kennen gaf de behandelaar in het weekend en in de avond niet nodig te hebben.

Tabel 4.9: Heeft u informatie gekregen over andere vormen van behandeling of zelfhulpprogramma's, cliëntenondersteuning, patiëntenvereniging, E-hulp en alternatieve geneeswijzen?

Gegeven antwoorden	Meting
Ja	10
Nee	20
Meting = Meting is aantal keer het gegeven antwoord.	

66,6% Van de respondenten geeft aan geen informatie te hebben ontvangen over andere soorten behandeling. Het traject dat is ingezet is volgens hen duidelijk, maar in enkele gevallen wil men toch wat anders proberen.

Tabel 4.10: Kunt u uw voorkeuren aangeven voor een bepaalde vorm van behandeling?

Gegeven antwoorden	Meting
Ja	16
Nee	14
Meting = Meting is aantal keer het gegeven antwoord.	

53,3% van de respondenten geeft aan dat ze wel een voorkeur hebben mogen uitspreken, maar dat dit vooral in het begin het geval was. Opvallend is dat 46,6% aangeeft dat de vorm van behandeling niet altijd eigen keuze was.

Tabel 4.11: Wat vond u van de behandeling op de locatie Ripperdastraat?

Gegeven antwoorden	Meting
Slecht	1
Matig	10
Goed	19
Meting = Meting is aantal keer het gegeven antwoord.	

Wat bij deze vraag vooral naar voren kwam is dat de respondenten de behandeling op zich niet als slecht ervaren. Wat wel als slecht werd ervaren is de hoeveelheid cliënten die op het terrein

loopt met de intentie drugs te gaan gebruiken of te verkopen. Hierdoor krijgen de respondenten verkeerde prikkels binnen en zijn ze sneller geneigd om met de rest van de cliënten mee te gaan.

4.3 *Antwoorden op open vragen*

4.3.1 *Over welke dingen bent u tevreden met betrekking tot de behandeling in uw eigen omgeving?*

De respondenten waren zeer te spreken over de verschuiving van de hulpverlening. Ze ervaren het contact als veilig, omdat ze in hun eigen omgeving minder prikkels ervaren van buiten af. De respondenten gaven aan minder contact te hebben met andere cliënten van Tactus, waardoor ze minder in aanraking kwamen met verboden middelen. Verder werd een aantal keer verteld dat er meer persoonlijk contact was tussen de behandelaar en de cliënt. De bejaging en het wederzijdse respect werd als zeer prettig ervaren. Citaat: 'Ik heb het gevoel serieus genomen te worden en dat vind ik fijn'. Dat de meerderheid toch aangeeft dat het niet beter gaat met hun klachten heeft volgens hen niks te maken met de omgeving waarin ze behandeld worden. Dit heeft met andere factoren te maken zoals schulden, hun hardnekkige verslaving en bijkomende problemen.

4.3.2 *Over welke dingen bent u niet tevreden met betrekking tot de behandeling in uw eigen omgeving?*

Een deel van de respondenten geeft aan dat ze voldoende informatie hebben gekregen over hun behandeling. Echter komt naar voren uit dit onderzoek dat ze onvoldoende op de hoogte zijn van de andere behandelmethode 's. Zo heeft een groot deel van de ondervraagden nog nooit gehoord van E-hulp of alternatieve geneeswijzen. Ze zouden hier graag meer informatie over krijgen zodat duidelijk is wat er allemaal mogelijk is. Citaat: 'Welke alternatieven? Ik heb nog nooit van alternatieven gehoord'. Als er uit werd gelegd wat er bedoeld werd met alternatieven is een veel gehoord citaat: 'Geen idee'. Waaruit duidelijk bleek dat de respondenten geen idee hadden waar het over ging. Door een klein deel van de respondenten werd gezegd dat ze de eerste kennismaking met hun behandelaar anders hadden verwacht. Ze zouden eerst een gesprek willen om kennis te maken op een locatie van Tactus waar geen verboden middelen worden gebruikt over verkocht. Dit zodat ze weten wie zij kunnen verwachten de eerste keer bij hen thuis. Er moet wel een kanttekening worden gemaakt, want er waren ook respondenten die aangaven het wel prettig te vinden dat het eerste gesprek bij hen thuis plaats vond. Dit omdat ze niet graag met andere cliënten in contact komen en zoveel mogelijk instanties willen mijden. Hierbij speelt schaamte een rol. Citaat: 'Mijn huis is een puinhoop en ik schaamde me de eerste keer dat mijn casemanager op bezoek kwam, dit had ik misschien liever anders gezien'. Op de v

4.3.3 *Wat zou u graag anders willen zien?*

Wat bij de meerderheid van de respondenten naar voren kwam is dat ze graag zouden zien dat er een casemanager bereikbaar is in het weekend en in de avonden. Dit alleen voor noodgevallen. Ze zijn op dit moment nog teveel afhankelijk van de crisisdienst, die vaak geen tijd hebben of wachten met beoordelen tot de volgende dag. Citaat: 'Als ik mijn casemanager in het weekend of in de avond nodig heb is zij er niet'. Dit is iets wat door de respondenten als vervelend wordt beschouwd. 'Ik zou het fijn vinden als er iemand was van de casemanagers die ik kan bereiken in het weekend als ik het lastig krijg'. De respondenten geven aan dat het voor hen niet uit maakt wie bereikbaar is, als ze maar iemand kunnen bereiken.

5. Conclusies en aanbevelingen

In hoofdstuk vier werden de resultaten van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk vijf zullen er daarop volgend conclusies worden getrokken. Vanuit de conclusies zullen vervolgens aanbevelingen worden gedaan. Vervolgens zal er een sterkte/zwakte analyse van het onderzoek gegeven worden. Tot slot zal de eigen mening over het onderwerp in de discussie naar voren komen.

5.1 Conclusies deelvragen

5.1.1 Hoe ziet het hulpverleningsproces van casemanagement eruit?

Uit literatuuronderzoek blijkt dat er geen duidelijke definitie is voor het begrip casemanagement. Elke toepassing streeft een andere doelstelling na (Ridgely & Willenbring, 1992). Casemanagement in de verslavingszorg is vooral bruikbaar bij drugsgebruikers die moeilijk contact maken met de hulpverlening. Dit is dan ook de reden voor Tactus om dit in te zetten bij de groep cliënten die andere moeilijk te bereiken is.

5.1.2 Wat wordt verstaan onder ambulante hulpverlening?

Afgelopen eeuw is er al veel gesproken over de verschuiving van de hulpverlening van intramuraal naar extramuraal. Oftewel van behandeling op locatie naar behandeling in de thuissituatie van de cliënt. Verschillende onderzoeken laten zien dat ambulante hulpverlening bezig is met een opmars in Nederland. Andere Europese landen lopen voor. Met name de zorgverzekeraar zorgt voor deze tendens, omdat het economisch gezien voordeliger is.

5.1.3 Op welk cliënt profiel richt de afdeling casemanagement zich en wat zegt de literatuur hierover?

Uit literatuuronderzoek blijkt dat er verschillende type bewoners zijn. Het casemanagement richt zich op de scene bewoners. Deze cliënten zijn afhankelijk van de scene. Van alle cliënten is dit ook de zwaarste groep. Het stabilisatie proces kenmerkt zich bij deze doelgroep vooral op het onder controle krijgen van het gebruik. Het doel van de hulpverlening moet zijn: beperking van de overlast en hulp bij acute en chronische psychische, somatische en sociale problemen (RIOB, 2012).

5.1.4 Wat zijn de positieve gevolgen van de verschuiving naar ambulante hulpverlening voor de cliënten?

Opvallend is dat geen van de respondenten negatief is over de verschuiving naar ambulante hulpverlening. Sterker nog ze zijn allemaal zeer positief over deze verandering. Evenson en collega's (1998) hebben vastgesteld dat een ambulant behandelingsprogramma, dat onder meer bestond uit zorg en casemanagement, effectief werkt tegen het verminderen o.a. drugsgebruik en het verbeteren van contact met hulpverleners. Ambulante hulpverlening in combinatie met casemanagement zorgt voor een duidelijke verbetering van het contact tussen hulpverlener en cliënt. Voordelen die worden genoemd zijn vooral de veilige omgeving waar binnen de behandeling plaats vinden. Hierdoor ervaren de respondenten meer rust en durven ze zich meer open te stellen. Ook de vermindering van prikkels die ze krijgen door andere cliënten tegen te komen wordt als positief ervaren.

5.1.5 Wat zijn de negatieve gevolgen van de verschuiving naar ambulante hulpverlening voor de cliënten?

Uit praktijkonderzoek blijkt dat vooral de bereikbaarheid van de behandelaars in de avond en in de weekenden onvoldoende is. De respondenten gaven aan dat ze op het moment dat ze in de avond iemand nodig hebben ze vaak op niemand kunnen terug vallen. De crisisdienst werd een aantal keren genoemd, maar het merendeel van de cliënten wil deze niet bellen. Verder hebben sommige respondenten het idee te lang in een behandeling te blijven hangen. Ze willen meer variatie waardoor ze ook het gevoel krijgen een uitdaging te hebben. Het nadeel is dat er vanuit de literatuur ook studies zijn te vinden die geen significant verschil laten zien tussen ambulante casemanagement en casemanagement op locatie (Vanderplasschen et al., 2004). Er is verder grote behoefte aan verder onderzoek binnen Europa met een robuuste opzet en een voldoende grote steekproef.

5.1.6 Welke aanbevelingen doen de cliënten in het kader van de verschuiving naar ambulante hulpverlening?

Zoals eerder beschreven kwam vooral de bereikbaarheid van de behandelaars ter sprake bij deze vraag. De respondenten gaven te kennen het prettig te zullen vinden als er iemand van de behandelaars in het weekend of avond bereikbaar is voor noodgevallen. Dit vooral op momenten dat het slecht met ze gaat. Ook vindt een aantal respondenten het niet fijn om mensen thuis te ontvangen. Dit gaat dan voornamelijk over het eerste bezoek. Schaamte speelt hierin een grote rol.

5.2 Conclusie hoofdvraag

Hoe beleven de cliënten, binnen de afdeling casemanagement Tactus locatie Ripperdastraat, de verschuiving van hulpverlening op locatie naar ambulante hulpverlening?

De cliënten van de afdeling casemanagement van Tactus locatie Ripperdastraat zijn positief over de verschuiving naar ambulante hulpverlening. Ze voelen de rust en zijn vertrouwd in hun eigen omgeving. Hierdoor boeken ze betere resultaten en voelen ze zich, vergeleken met een jaar geleden, een stuk beter. Hierdoor is de kans op uitval een stuk lager. Uit één van de eerste studies die naar de effectiviteit van casemanagement werd gedaan in Canada (Lightfoot et al., 1982) bleek dat casemanagement bijdroeg aan het verminderen van de drop-out. Dit is ook wat in het onderzoek naar voren komt. De opzet is duidelijk en ze ervaren genoeg inspraak en keuzevrijheid. Dit is gelijk de kanttekening die gemaakt moet worden, want ondanks hun inspraak worden ze niet altijd duidelijk ingelicht over andere vormen van behandeling. Dit kan bijvoorbeeld een zelfhulpprogramma zijn of E-hulp.

5.3 Aanbevelingen

De cliënten zijn erg te spreken over de verschuiving van de hulpverlening en willen dit graag verder ontwikkelen.

De eerste aanbeveling is om een casemanager een waakdienst te laten draaien. Dit houdt in dat de casemanager in de avond en in het weekend bereikbaar is voor noodgevallen. Dit mag een willekeurige casemanager zijn, maar dit zou volgens de respondenten bijdragen aan een veiliger gevoel.

De tweede aanbeveling is dat er meer informatie gegeven kan worden over verschillende behandelmethoden. De respondenten geven aan te weinig op de hoogte te zijn van de verschillende mogelijkheden, maar zouden dit wel willen. Dit kan gerealiseerd worden door de casemanager van de cliënt. Deze kan een behandeling of meerdere spenderen aan het doornemen van de mogelijkheden.

De derde aanbeveling is dat de respondenten het prettig zouden vinden om het eerste gesprek kennis te maken op een locatie. Dit zodat ze weten wie of wat ze kunnen verwachten de eerste keer bij hen thuis. Dit zou een veiliger gevoel creëren. Bij voorkeur zou dit dan op een locatie zijn waar geen verboden middelen worden gebruikt over verkocht. Een aantal respondenten gaf verder te kennen dat ze zich soms schamen voor hun huis. Dit kan voor hen een drempel zijn die ze over moeten. Kanttekening moet wel worden gemaakt dat dit niet door de meerderheid van de respondenten werd gemeld. Dit is dus per cliënt afhankelijk en zal ook afzonderlijk van elkaar moeten worden bekeken.

5.4 Sterkte/zwakte analyse

Sterktes	Zwaktes
Theoretische onderbouwing	Populatie
Vragenlijst	Ruis
Ervaren opdrachtgever	

Sterktes

Theoretische onderbouwing

Het literatuur onderzoek bij de theoretische deelvragen geeft al een goed beeld van de huidige situatie binnen de hulpverlening en een globaal beeld van de te gebruiken cliënten. Daarnaast zijn de gebruikte bronnen relevant en betrouwbaar.

Vragenlijst

De gebruikte vragenlijst bevat relevante vragen die samen een goed antwoord geven op de praktische deelvragen. Daarnaast is het een valide vragenlijst omdat er gebruik is gemaakt van een reeds bestaande vragenlijst die voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt is. De bestaande vragenlijst is niet volledig gebruikt. Er is alleen gebruik gemaakt van de, voor deze populatie, belangrijkste vragen. Bovendien zouden 70 vragen voor deze doelgroep teveel zijn. De concentratie zou minder worden en het onderzoek daardoor onbetrouwbaarder.

Ervaren opdrachtgever

De opdrachtgever van dit onderzoek is een zeer ervaren man binnen de locatie Ripperdastraat. Hierdoor hebben we veel relevante informatie kunnen verzamelen. Daarnaast kon hij goed helder uitleggen naar welke informatie hij op zoek was, waardoor het makkelijker werd een onderzoeksvraag op te stellen.

Zwaktes

Populatie

De populatie binnen dit onderzoek zijn chronisch verslaafden. Het is daarom aannemelijk dat ten tijde van de enquêtes deze cliënten onder invloed waren van alcohol of drugs. Dit kan de betrouwbaarheid van het onderzoek beïnvloeden. Er kan niet nagegaan worden of de cliënten dit daadwerkelijk vinden of dat ze het zeggen omdat ze vinden dat het zo hoort.

Ruis

De enquêtes zijn telefonisch afgenomen. Dit kan zorgen voor enige ruis. Bepaalde vragen en antwoorden kunnen verkeerd geïnterpreteerd worden. Daarnaast is de drempel om niet mee te doen aan de enquête lager. Tot slot kunnen ook telefonische verbindingen slecht zijn waardoor een enquête afnemen moeilijk wordt.

5.5 Discussie

De verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg, ook wel ambulante hulpverlening genoemd, is iets wat vandaag de dag steeds meer aan de orde is. Deze verandering is al rond de zeventiger jaren begonnen. Echter kwam het keerpunt pas in 2010. Toen keerde het thema extramuralisering terug op de landelijke beleidsagenda. In het IBO (Interdepartementaal Beleidsonderzoek) wordt dan vastgesteld dat binnen de Nederlandse GGZ over een grote intramurale capaciteit beschikt en dat bedden afbouw aangewezen is (IBO GGZ, 2010). Uiteindelijk in 2012 wordt het ook een belangrijk thema op de agenda van een akkoord tussen aanbieders, verzekeraars, overheid en cliëntenorganisaties. Zoals u hier kan lezen is de extramuralisering van de hulpverlening al een tijd aantal jaar aan de gang. De zorgaanbieders en de overheid lijkt enthousiast. Maar is deze verschuiving daadwerkelijk goed voor de cliënt?

De afgelopen jaren zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van ambulante hulpverlening. Evenson en collega's (1998) hebben vastgesteld dat een ambulant behandelingsprogramma, dat onder meer bestond uit zorg en casemanagement, effectief werkt tegen het verminderen o.a. drugsgebruik en het verbeteren van contact met hulpverleners. Daarnaast zorgt ambulante hulpverlening in combinatie met casemanagement voor een duidelijke verbetering van het contact tussen hulpverlener en cliënt wat interessant is. De cliënt heeft in zijn of haar eigen omgeving een veilig gevoel en haakt daardoor sneller aan. Verder werd aangetoond dat vooral zeer problematische gebruikers baat hebben bij deze manier van werken. Zij lieten een duidelijke verbetering zien op psychosociale en drug- en alcoholproblemen. De overlast nam af en kwaliteit van leven werd verbeterd (Lightfoot e.a., 1982).

Naast deze positief lijkende onderzoeken zijn er vanuit de literatuur ook studies te vinden die geen significant verschil laten zien tussen ambulant casemanagement en casemanagement op locatie (Vanderplasschen, Wolf & Colpaert, 2004). Daarnaast is er grote behoefte aan verder onderzoek binnen Europa met een robuuste opzet en een voldoende grote steekproef. De kleine steekproeven die tot nu toe zijn gedaan leveren minder krachtige conclusies op. Ook vermindert het de kans op het vinden van de effecten (Orwin, Sonnefeld, Garrison-Mogren & Smith, 1994).

Toch geeft de meerderheid van de cliënten van Tactus locatie Ripperdastraat aan dat ze het prettig vinden om thuis behandeld te worden. Een veel terugkomend argument is het gevoel van veiligheid dat ze ervaren wanneer de casemanager bij hen thuis op bezoek komt.

Uit eigen ervaring blijkt dat cliënten sneller een band creëren als iemand frequent bij hen thuis komt dan wanneer een gesprek op locatie plaats vindt. De cliënt laat normaal niet snel mensen in zijn omgeving toe, waardoor er een vertrouwensband ontstaat. Die band is belangrijk voor het gehele traject. Het hele proces valt of staat immers met vertrouwen. Cliënten geven verder aan dat de prikkels die ze krijgen thuis een stuk minder zijn. Buiten hebben ze een grotere kans om iemand tegen te komen die ook gebruikt, daardoor is het moeilijk die vicieuze cirkel te doorbreken.

Deze argumenten maken dat volgens ons de verschuiving naar ambulante hulpverlening een positief effect heeft op de cliënt. De cliënt heeft baat bij een behandeling in een rustige omgeving, omdat het traject in het algemeen als zwaar wordt ervaren. Cliënten hebben moeite om hun gebruik onder controle te krijgen en daardoor moeten wij als hulpverleners ervoor zorgen dat de ruis rondom de cliënt zoveel mogelijk wordt beperkt.

De verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg, ook wel ambulante hulpverlening genoemd, is iets wat vandaag de dag steeds meer aan de orde is. Deze verandering is al rond de zeventiger jaren begonnen. Echter kwam het keerpunt pas in 2010. Toen keerde het thema extramuralisering terug op de landelijke beleidsagenda. In het IBO (Interdepartementaal Beleidsonderzoek) wordt dan vastgesteld dat binnen de Nederlandse GGZ over een grote intramurale capaciteit beschikt en dat bedden afbouw aangewezen is (IBO GGZ, 2010). Uiteindelijk in 2012 wordt het ook een belangrijk thema op de agenda van een akkoord tussen aanbieders, verzekeraars, overheid en cliëntenorganisaties. Zoals u hier kan lezen is de extramuralisering van de hulpverlening al een tijdje aan de gang. De zorgaanbieders en de overheid lijkt enthousiast. Maar is deze verschuiving daadwerkelijk goed voor de cliënt?

De afgelopen jaren zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van ambulante hulpverlening. Evenson en collega's (1998) hebben vastgesteld dat een ambulant behandelingsprogramma, dat onder meer bestond uit zorg en casemanagement, effectief werkt tegen het verminderen o.a. drugsgebruik en het verbeteren van contact met hulpverleners. Daarnaast zorgt ambulante hulpverlening in combinatie met casemanagement voor een duidelijke verbetering van het contact tussen hulpverlener en cliënt wat interessant is. De cliënt heeft in zijn of haar eigen omgeving een veilig gevoel en haakt daardoor sneller aan. Verder werd aangetoond dat vooral zeer problematische gebruikers baat hebben bij deze manier van werken. Zij lieten een duidelijke verbetering zien op psychosociale en drug- en alcoholproblemen. De overlast nam af en kwaliteit van leven werd verbeterd (Lightfoot e.a., 1982).

Naast deze positief lijkende onderzoeken zijn er vanuit de literatuur ook studies te vinden die geen significant verschil laten zien tussen ambulant casemanagement en casemanagement op locatie (Vanderplasschen, Wolf & Colpaert, 2004). Daarnaast is er grote behoefte aan verder onderzoek binnen Europa met een robuuste opzet en een voldoende grote steekproef. De kleine steekproeven die tot nu toe zijn gedaan leveren minder krachtige conclusies op. Ook vermindert het de kans op het vinden van de effecten (Orwin, Sonnefeld, Garrison-Mogren & Smith, 1994).

Toch geeft de meerderheid van de cliënten van Tactus locatie Ripperdastraat aan dat ze het prettig vinden om thuis behandeld te worden. Een veel terugkomend argument is het gevoel van veiligheid dat ze ervaren wanneer de casemanager bij hen thuis op bezoek komt.

Uit eigen ervaring blijkt dat cliënten sneller een band creëren als iemand frequent bij hen thuis komt dan wanneer een gesprek op locatie plaats vindt. De cliënt laat normaal niet snel mensen in zijn omgeving toe, waardoor er een vertrouwensband ontstaat. Die band is belangrijk voor het gehele traject. Het hele proces valt of staat immers met vertrouwen. Cliënten geven verder aan dat de prikkels die ze krijgen thuis een stuk minder zijn. Buiten hebben ze een grotere kans om iemand tegen te komen die ook gebruikt, daardoor is het moeilijk die vicieuze cirkel te doorbreken.

Deze argumenten maken dat volgens ons de verschuiving naar ambulante hulpverlening een positief effect heeft op de cliënt. De cliënt heeft baat bij een behandeling in een rustige omgeving, omdat het traject in het algemeen als zwaar wordt ervaren. Cliënten hebben moeite om hun gebruik onder controle te krijgen en daardoor moeten wij als hulpverleners ervoor zorgen dat de ruis rondom de cliënt zoveel mogelijk wordt beperkt.

Literatuur

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5de versie). Washington: American Psychiatric Association; 2013.

Birchmore-Timney, C. & Graham, K. (1989). A survey of case management practices in addictions programs.

Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M. (2006). Basisboek Methoden en Technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek (4^e herz. dr.). Groningen: Wolters-Noordhoff.

Brink, van den (2005) *Verslavingsgedrag*. Geraadpleegd op 11-09-2015 via <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-3-artikel-vandenbrink.pdf>

Buuren van, Hummel, Berkhout & Sloomaker. (2003). Onderzoek de basis (2e druk). Groningen: Wolters-Noordhoff.

Evenson, R.C., Binner, P.R., Cho, D.W., Schicht, W.W., & Topolski, J.M. (1998). An outcome study of Missouri's CSTAR alcohol and drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 143-150.

Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) (2010). Curatieve GGZ. Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën.

Lempens, A., Wildschut, J., Knibbe, R. & Van de Mheen, D. (2001). Straatgroep Utrechtse Druggebruikers rondom Hoog Catharijne. Rotterdam: IVO.

Lightfoot, L., Rosenbaum, P., Ogurzsoff, S., Laverty, G., Kusiar, S., Barry, K. et al. (1982). Final Report of the Kingston Treatment Programmed Development Research Project. Ottawa, Canada: Department of Health and Welfare, Health Promotion Directorate.

Nederlandse Zorgautoriteit (2011). Knip GGZ versoepeld. Overheveling AWBZ-ZVW. Utrecht: NZa.

Orwin, R.G., Sonnefeld, L.J., Garrison-Mogren, R., & Smith, N.G. (1994). Pitfalls in evaluating the effectiveness of case management programs for homeless persons: lessons from the NIAAA Community Demonstration Program. *Evaluation Review*, 18(2), 153-207.

Plooij, F (2014). *Onderzoekdoen: een praktische inleiding in onderzoeksvaardigheden*. Pearson Education Benelux.

R.C., Siegal, H.A., Li, L. & Pranjit S. (1998). Predicting postprimary treatment services and drug use outcome: a multivariate analysis. *American Journal on Drug and Alcohol Abuse*

Ridgely, M.S. & Willenbring, M. (1992). Application of case management to drug abuse treatment: overview of models and research issues.

Riet van, N. & Wouters, H. (1996). Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening. Assen: Van Gorcum.

RIOB (2012) Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling dr. Chris Loth, ir. Elkse Wit, prof. Dr. Cor de jong & prof dr. Dikke van Mheen Plooi, F (2011) Onderzoek doen (2^e druk). Pearson Benelux B.V. Tactus (2015). *Missie*. Geraadpleegd op 11 september 2015, via <https://www.tactus.nl/Over-Tactus/Organisatie#.VflcidLtmko>

Tactus (2015). *Zorgvisie*. Geraadpleegd op 11 september 2015, via <https://www.tactus.nl/Over-Tactus/Organisatie/zorgvisie#.VfleqdLtmk>

Vanderplasschen, W., Wolf, J. & Colpaert, K. (2004). Effectiviteit van casemanagement voor druggebruikers. In: Buisman, W. et al. (Ed.). Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, B 5120, 1-34.

Vijselaar, J., Hoof, F., van, Kok, I. (2009). Van lappendeken naar regionale integratie. Trends in organisatie en beleid in de GGZ, 1970-2000. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 64 (4): 223-238.

Willenbring, M. (1996). Case management applications in substance use disorders.

WHO (2012a). *WHO European Health for all database*. Geraadpleegd op 25 September 2015, via <http://www.euro.who.int/hfad>.



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Vragenlijst

Ervaringen met de kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg

*Bestemd voor personen van 18 jaar en ouder die zijn/ worden
behandeld in de geestelijke gezondheidszorg*

CQ-index Kortdurende ambulante GGZ

Versie 4.1

**Deze specifieke vragenlijst is gebaseerd op de CAHPS® vragenlijst. De vragenlijst
is ontwikkeld door het Trimbos instituut.**

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL in
samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC.

Hieronder kunt u de vragenlijst vinden die gebruikt is voor het onderzoek. De vragenlijst is een gesorteerde versie van een bestaande vragenlijst, gebruikt voor een soortgelijk onderzoek door het Trimbos instituut.

HULPVRAAG

1. Waarvoor heeft u hulp gezocht?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk; u kunt alle antwoorden aankruisen die op u van toepassing zijn.

- ☐ Depressieve klachten, somberheid, het niet meer zien zitten, niets meer voelen, nergens plezier in hebben
- ☐ Angst, fobie, dwanghandelingen en/of dwanggedachten
- ☐ Eetproblemen
- ☐ Psychose, wanen, hallucinaties, (ernstige) verwardheid
- ☐ Sterk wisselende stemmingen
- ☐ Persoonlijkheidsproblematiek (bijvoorbeeld borderline)
- ☐ Psychische klachten met een lichamelijke oorzaak
- ☐ Overbelastingsklachten, zoals burn-out, overspannenheid, stress, zich overbelast voelen
- ☐ Problemen vanwege het gebruik van alcohol, drugs, of door gokken
- ☐ Problemen met werk/baan, financiën, huisvesting, werk of school
- ☐ Relatieproblemen, huiselijk geweld, problemen in de opvoeding
- ☐ Rouw
- ☐ Andere reden(en), namelijk:

BEREIKBAARHEID VAN DE BEHANDELAAR(S)

De volgende vragen gaan over de bereikbaarheid van de behandelaar(s). Neem hierbij de afgelopen 12 maanden in gedachten.

2. Is het een probleem om een afspraak met uw behandelaar snel te laten plaatsvinden?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

3. Is het een probleem om uw behandelaar overdag tussen 9.00 en 17.00 uur telefonisch te bereiken?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

4. Is het een probleem om een behandelaar 's avonds of in het weekend telefonisch te bereiken, in geval van nood?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

INFORMATIEVOORZIENING

Deze vragen hebben betrekking op de afgelopen 12 maanden.

5. Heeft u informatie gekregen over de behandelingsmogelijkheden die er voor uw klachten zijn?

- ☐ Nee
☐ Ja

6. Heeft u informatie gekregen over de aanpak van uw huidige behandeling?

- ☐ Nee
☐ Ja

7. Heeft u informatie gekregen over hoe u met uw klachten om kunt gaan?

- ☐ Nee
☐ Ja

8. Heeft u informatie gekregen over het resultaat dat u van de behandeling kunt verwachten?

- ☐ Nee
☐ Ja

9. Heeft u informatie gekregen over andere vormen van behandeling of ondersteuning zoals zelfhulpprogramma's, cliëntondersteuning, patiëntenverenigingen, E-hulp en alternatieve geneeswijzen?

- ☐ Nee
☐ Ja

10. Legt uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- ☐ Nooit
☐ Soms
☐ Meestal
☐ Altijd

INSPRAAK EN KEUZEVRIJHEID

De volgende vragen gaan over de mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen op de behandeling. Neem hierbij de laatste 12 maanden in gedachten.

11. Kunt u uw voorkeuren aangeven voor een bepaalde vorm van behandeling?

- ☐ Nee
☐ Ja

12. Kunt u kiezen uit verschillende soorten behandelingen?

- ☐ Nee
☐ Ja

13. Kunt u kiezen wie uw behandelaar is?

- ☐ Nee
☐ Ja

14. Kunt u kiezen op welk tijdstip van de dag de behandeling plaatsvindt?

- ☐ Nee
☐ Ja

BEJEGENING

De volgende vragen gaan over hoe de behandelaar met u omging in de afgelopen 12 maanden.

15. Heeft uw behandelaar genoeg tijd voor u?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

16. Luistert uw behandelaar aandachtig naar u?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

17. Neemt de behandelaar u serieus?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

18. Begrijpt uw behandelaar in voldoende mate wat uw klachten zijn?

- ☐ Nee
- ☐ Ja

VERANDERINGEN IN KLACHTEN EN FUNCTIONEREN

De volgende vragen gaan over hoe het nu met u gaat in vergelijking met 12 maanden geleden

19. Vergeleken met 12 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu functioneert?

- ☐ Veel minder goed
- ☐ Iets minder goed
- ☐ Ongeveer hetzelfde
- ☐ Een beetje beter
- ☐ Veel beter

20. Vergeleken met 12 maanden geleden, hoe vindt u dat u nu met uw klachten omgaat?

- ☐ Veel minder goed
- ☐ Iets minder goed
- ☐ Ongeveer hetzelfde
- ☐ Een beetje beter
- ☐ Veel beter

21. Vergeleken met 12 maanden geleden, hoe beoordeelt u nu uw klachten? Het gaat nu:

- ☐ Veel minder goed
- ☐ Iets minder goed
- ☐ Ongeveer hetzelfde

- ☐ Een beetje beter
- ☐ Veel beter

VERANDERING IN BEHANDELING

Deze vragen zullen gaan over de verandering van de hulpverlening TactusRipperdastraat.

22. Wat vond u van de behandeling op locatie Ripperdastraat?

- ☐ Slecht
- ☐ Matig
- ☐ Goed

23. Wat vindt u er van dat u nu in uw eigen omgeving wordt behandeld?

- ☐ Veel minder goed
- ☐ Iets minder goed
- ☐ Ongeveer hetzelfde
- ☐ Een beetje beter
- ☐ Veel beter

24. Over welke dingen bent u tevreden met betrekking tot de behandeling in uw eigen omgeving? (betreft een open vraag)

25. Over welke dingen bent u niet tevreden met betrekking tot de behandeling in uw eigen omgeving? (betreft een open vraag)

26. Wat zou u graag anders willen zien? (betreft een open vraag)

27. Als u zou mogen kiezen tussen behandeling op locatie of behandeling in uw eigen omgeving, waar zou u dan voor kiezen?

- ☐ Locatie Ripperdastraat
- ☐ In mijn eigen omgeving

OVER UZELF

Ten slotte nog enkele vragen over **uzelf**.

28. Bent u een man of een vrouw?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

29. Wat is uw leeftijd?

- ☐ 18 t/m 24 jaar
- ☐ 25 t/m 34 jaar
- ☐ 35 t/m 44 jaar
- ☐ 45 t/m 54 jaar
- ☐ 55 t/m 64 jaar
- ☐ 65 t/m 74 jaar
- ☐ 75 jaar of ouder

30. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met een diploma of getuigschrift)

- ☐ Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt)
- ☐ Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- ☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- ☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- ☐ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- ☐ Anders, namelijk

(a.u.b. in blokletters)

31. Wat is het geboorteland van uzelf?

- ☐ Nederland
- ☐ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- ☐ Suriname
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Duitsland
- ☐ (voormalig) Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Anders, namelijk

(a.u.b. in blokletters)

32. Wat is het geboorteland van uw vader?

- ☐ Nederland
- ☐ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- ☐ Suriname
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Duitsland
- ☐ (voormalig) Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Anders, namelijk

(a.u.b. in blokletters)

33. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- ☐ Nederland
- ☐ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- ☐ Suriname
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Duitsland
- ☐ (voormalig) Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Anders, namelijk

(a.u.b. in blokletters)

**HARTELIJK BEDANKT VOOR HET INVULLEN
VAN DE VRAGENLIJST**