

Is verslaving behandelbaar?

Attitudes van forensisch sociale professionals ten aanzien van middelenmisbruik

Lianne Kleijer-Kool, Vivienne de Vogel, Jolein Monnee-van Doornmalen & Richard van Asch*

1. Inleiding¹

Forensisch sociale professionals hebben een cruciale rol in de trajecten van cliënten met verslavingsproblematiek. Veel onderzoek naar de effectiviteit van het forensische werk gaat over methodieken; er is relatief weinig bekend over de persoon van de forensisch sociale professional en diens persoonlijke stijl en opvattingen.² Wat zijn bijvoorbeeld opvattingen ten aanzien van (de behandelbaarheid van) middelenmisbruik van forensische cliënten? Wanneer en hoe grijp je in als een cliënt terugvalt in middelengebruik? Hier is nog nauwelijks onderzoek naar verricht.

In dit artikel presenteren wij de resultaten van een verkennend onderzoek naar de attitudes³ ten aanzien van cliënten die middelen gebruiken en behandelbaarheid van verslaving van reclasseringswerkers en professionals in de ambulante en klinische forensische zorg. Daarnaast wordt inzicht gegeven in de verschillen tussen subgroepen naar gender, werkervaring, setting, verslavingsprofessional of niet, en persoonlijke ervaringen met middelengebruik/verslaving. Vervolgens wordt ingegaan op de acties en overwegingen van forensisch sociale professionals bij het constateren van middelengebruik bij cliënten. Na de conclusies besluiten we met enkele aanbevelingen voor de versterking van de beroepspraktijk. Eerst worden de bevindingen uit eerdere literatuur beschreven.

* Dr. Lianne Kleijer-Kool is onderzoeker bij het lectoraat Werken in Justitieel Kader en hogeschoolhoofddocent bij het Instituut voor Veiligheid van Hogeschool Utrecht. Dr. Vivienne de Vogel is lector Werken in Justitieel Kader van Hogeschool Utrecht. Drs. Jolein Monnee-van Doornmalen is reclasseringsambtenaar tbs en voormalig onderzoeker lectoraat Werken in Justitieel Kader van Hogeschool Utrecht. Richard van Asch, MSc is docent Social Work bij Hogeschool Utrecht.

1 Dit artikel is gebaseerd op onderzoek dat is gesubsidieerd door Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG). Het volledige onderzoeksrapport is te vinden op www.hu.nl/onderzoek/projecten/attitudes-professionals-over-middelengebruik-clienten.

2 I. Durnescu, 'What matters most in probation supervision: Staff characteristics, staff skills or programme?', *Criminology & Criminal Justice* 2012, 2, p. 193-216.

3 De term attitude is oorspronkelijk afkomstig uit de sociale psychologie en wordt doorgaans gedefinieerd als een geheel van opvattingen, gevoelens en genegenheden tot handelen ten opzichte van iets of iemand. Het bestaat uit meerdere componenten, zowel cognitief als emotioneel en gedragsmatig, en is betrekkelijk stabiel. Voor meer informatie wordt verwezen naar de algemene literatuur over attitudes. Zie bijv. G.R. Maio, G. Haddock & B. Verplanken, *The psychology of attitudes and attitude change*, Londen: Sage Publications Limited 2018.

2. Eerder onderzoek

2.1 *Attitudes over forensische cliënten*

Geloof in de veranderbaarheid van forensische cliënten wordt over het algemeen beschouwd als een wezenlijk kenmerk van professionele effectiviteit.⁴ Uit onderzoek naar attitudes van professionals werkzaam in justitieel kader is gebleken dat dit soort attitudes de kans op succesvol afronden van het traject van een cliënt vergroot. In een onderzoek naar attitudes van 132 professionals ten aanzien van persoonlijkheidsproblematiek bij forensische cliënten concluderen Beryl en Völlm bijvoorbeeld dat een positieve houding van de professional de kans op succes voor de cliënt vergrootte. Een negatieve houding daarentegen verhoogde de kans op stigma en daarmee uiteindelijke negatieve uitkomsten, zoals vroegtijdig stoppen met behandeling. Kennis en begrip van psychische stoornissen was een voorspeller voor het hebben van positieve attitudes.⁵ Op grond van een literatuurreview over effectief reclasseringstoezicht concludeert Durnescu dat persoonskenmerken als openheid voor het perspectief van de cliënt, oprechtheid en respect hierbij van wezenlijk belang zijn.⁶ Kortom, een positieve houding ten opzichte van rehabilitatie, geloven dat verandering mogelijk is, openstaan voor het perspectief van de cliënt, en kenmerken als flexibiliteit, empathisch vermogen, emotionele stabiliteit of veerkracht versterken de professionele effectiviteit. Organisatie- en teamkenmerken zijn hierbij overigens ook van belang, met name een goede communicatie binnen een instelling en het ervaren van autonomie door de professionals.⁷

2.2 *Attitudes medische professionals van patiënten die middelen gebruiken*

De meeste onderzoeken naar attitudes ten aanzien van cliënten of patiënten die middelen gebruiken zijn uitgevoerd onder medische professionals. In een Nederlandse systematische review van 28 studies (uit Australië, Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk, Canada en Ierland) onder professionals werkzaam in de gezondheidszorg bleek dat ze vaak een negatieve attitude hebben ten aanzien van patiënten met verslavingsproblematiek.⁸ Hierbij werden met name manipulatie, agressie en gebrek aan motivatie bij deze patiënten genoemd als belemmerend in het contact en voor de (medische) behandeling. In verschillende onderzoeken kwam naar voren dat deze attitudes een negatieve invloed hebben op de werkwijze van professionals. Zo werd gevonden dat medische professionals minder empa-

4 C. Trotter, *Working with involuntary clients. A guide to practice*, Londen/New York: Routledge, Taylor & Francis Group 2015.

5 R. Beryl & B. Völlm, 'Attitudes to personality disorder of staff working in high and medium secure hospitals', *Personality and Mental Health* 2018, 12, p. 25-37.

6 Durnescu 2012.

7 V. de Vogel & J. Bosker, *Over ankers en verbindingen. Professionaliteit en continuïteit in het forensisch sociale domein. Openbare les, 8 november 2018*, Utrecht: Hogeschool Utrecht 2018; V. de Vogel & J. Bosker, 'En toch is het prachtig werk: Weerbaarheid bij forensisch sociale professionals', *PROCES* 2019, 4, p. 272-284.

8 L.C. van Boekel, 'Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review', *Drug and Alcohol Dependence* 2013, 1-2, p. 23-35; L.C. van Boekel e.a., 'Stigmatisering van patiënten met een verslaving en de gevolgen voor de hulpverlening: Een systematisch literatuuronderzoek', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2015a, 7, p. 489-497.

thisch en persoonlijk betrokken waren en minder tijd besteedden aan verslaafde patiënten dan aan andere patiënten. Het risico daarvan is dat medische signalen over het hoofd worden gezien en deze patiënten niet de benodigde zorg krijgen. Bovendien leidden deze attitudes en de wijze van (be)handelen vaker tot gevoelens van verminderd zelfvertrouwen en motivatie bij deze patiënten. Zij maken dan ook minder vaak hun behandeling af. Een ander risico van negatieve en stigmatiserende attitudes is 'diagnostic overshadowing', het toeschrijven van fysieke ziektesymptomen aan middelenmisbruik.⁹

2.3 Attitudes gedragsdeskundigen van cliënten die middelen gebruiken

Vorenstaande onderzoeken werden uitgevoerd bij (voornamelijk) medische professionals. Er zijn slechts enkele studies naar attitudes van gedragsdeskundigen of studies waarin groepen worden vergeleken. Dezelfde groep auteurs van de systematische review vergeleek in een eigen onderzoek verschillende groepen in Nederland en vond dat het 'algemene publiek' en huisartsen significant minder positieve verwachtingen hadden van verslavingsbehandeling dan behandelaars en cliënten binnen de ggz/verslavingszorg.¹⁰ In het algemeen laten buitenlandse onderzoeken naar attitudes ten aanzien van middelengebruikers zien dat professionals uit de ggz en verslavingszorg positiever zijn dan medische professionals.¹¹ Een mogelijke verklaring is dat zij meer kennis van verslaving en meer ervaring en persoonlijke interactie met verslaafde personen hebben.¹²

2.4 Wat mist?

Naar attitudes ten aanzien van (de behandelbaarheid van) verslaving bij professionals werkzaam in een justitieel kader is nauwelijks onderzoek gedaan. Twee kleinschalige Engelse studies in de forensische geestelijke gezondheidszorg vonden tolerante attitudes bij verpleegkundigen.¹³ Wij hebben geen onderzoek gevonden naar de attitudes van reclasseringswerkers. Het is belangrijk om meer inzicht te krijgen in attitudes van forensisch sociale professionals, omdat middelengebruik

- 9 G. Thornicroft, D. Rose & A. Kassam, 'Discrimination in health care against people with mental illness', *International Review of Psychiatry* 2007, 2, p. 113-122.
- 10 L.C. van Boekel e.a., 'Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients', *International Journal of Social Psychiatry* 2015b, 6, p. 539-549.
- 11 K.C. Kirby e.a., 'Substance abuse treatment providers' beliefs and objections regarding contingency management: Implications for dissemination', *Drug and Alcohol Dependence* 2006, 1, p. 19-27; J.Pinikahana, B. Happell & B. Carta, 'Mental health professionals' attitudes to drugs and substance abuse', *Nursing & Health Sciences* 2002, 3, p. 57-62.
- 12 Beryl & Völm 2018; G. Gilchrist e.a., 'Staff regard towards working with substance users: A European multi-centre study', *Addiction* 2011, 6, p. 1114-1125.
- 13 J.H. Foster & C. Onyeukwu, 'The attitudes of forensic nurses to substance using service users', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003, 5, p. 578-584; I. Richmond & J. Foster, 'Negative attitudes towards people with co-morbid mental health and substance misuse problems: An investigation of mental health professionals', *Journal of Mental Health* 2003, 4, p. 393-403.

hoog is onder hun cliëntèle en een belangrijke voorspeller is voor recidive en daarmee een belangrijk doel in het risicomangement.¹⁴

Verder is weinig bekend over verschillen in attitudes tussen subgroepen, bijvoorbeeld naar gender, jaren werkervaring of persoonlijke ervaring met verslaving. In hun kleinschalige studie bij 63 *nurses* werkzaam in een Engelse intramurale forensische setting vonden Foster en Onyeukwu bij vrouwen minder moralistische opvattingen dan bij mannen.¹⁵ In een Amerikaanse studie onder 512 anesthesiologen werd gevonden dat degenen die persoonlijke ervaringen hadden met middelenmisbruik en degenen die meer educatie over verslaving hadden gevolgd, positievere attitudes hadden ten aanzien van verslaafde patiënten dan degenen die dat niet hadden.¹⁶ Ditzelfde komt naar voren in een Engelse studie onder 59 ambulante hulpverleners en onder 417 studenten geneeskunde.¹⁷

Een relevante vraag is of professionals die specifiek met forensische cliënten met verslavingsproblematiek werken, andere attitudes hebben dan professionals die meer in het algemeen met forensische cliënten werken. In een onderzoek in acht Europese landen werden in totaal 866 professionals uit verschillende beroepsgroepen uit de (geestelijke) gezondheidszorg gevraagd naar hun werktoewijding ('regard')¹⁸ voor het werken met verschillende typen patiënten.¹⁹ Het werken met drugsverslaafden en (in wat minder sterke mate) alcoholverslaafden had in alle deelnemende landen een duidelijk lagere waardering dan het werken met patiënten met een depressie of diabetes. Professionals die bij de verslavingszorg werken, rapporteerden meer werktoewijding dan professionals uit alle andere professies, inclusief de algemene psychiatrie. Van de verschillende functies haalden psychologen en maatschappelijk werkers de meeste voldoening uit het werken met verslaafden, medische professionals het minst (met name huisartsen, artsen werkzaam in de verslavingszorg waren positiever). Meer ervaring, begrip en kennis over verslaving als ziekte werden hierbij als mogelijke verklaringen genoemd. Verder werd gevonden dat professionals met minder dan tien jaar werkervaring meer waardering hadden voor dit werk dan de meer ervaren professionals. Dit onderzoek toont aan dat er verschillen zijn per (beroeps)groep wat betreft de waardering voor het werken met verslaafden; het zegt echter niet direct iets over attitudes ten aanzien van (de behandelbaarheid van) verslaafden.

- 14 S. Fazel, I.A. Yoon & A.J. Hayes, 'Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women', *Addiction* 2017, 10, p. 1725-1739; J. van der Kraan e.a., 'Substance use disorders in forensic psychiatric patients', *International Journal of Law and Psychiatry* 2014, 2, p. 155-159; K.S. Douglas e.a., *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*, Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University 2013.
- 15 Foster & Onyeukwu 2003.
- 16 J.A. May, D.C. Wartier & P.S. Pagel, 'Attitudes of anesthesiologists about addiction and its treatment: A survey of Illinois and Wisconsin members of the American Society of Anesthesiologists', *Journal of Clinical Anesthesia* 2002, 4, p. 284-289.
- 17 Richmond & Foster 2003; I.A. Linden, 'The effect of personal use and family history on the attitudes of medical students toward alcohol and drug users', *Journal of Substance Use* 2010, 6, p. 377-389.
- 18 Dit gaat onder andere over het bevredigend vinden om met deze patiënten te werken en deze patiënten de moeite waard vinden om tijd en geld aan te besteden.
- 19 Gilchrist e.a. 2011

Kortom, de aard en invloed van attitudes ten aanzien van middelenmisbruik en behandelbaarheid van verslaving bij professionals lijken van belang, maar zijn nog onvoldoende onderzocht en de bevindingen tot nu toe zijn niet eenduidig.²⁰ Medische professionals zijn doorgaans negatiever in hun attitudes ten aanzien van middelengebruik/verslaafden dan gedragsdeskundigen. Het belang van positieve attitudes wordt inmiddels breed onderkend (o.a. GGZ Nederland 2013).²¹ Hoewel in aanpalende vakgebieden onderzoeken zijn gepubliceerd over dit onderwerp, is voor zover ons bekend geen specifiek onderzoek gedaan onder forensisch sociale professionals en mist inzicht in mogelijke verschillen tussen subgroepen.

3. Methode

3.1 Procedure

In dit verkennend onderzoek is een *mixed-method design* toegepast, waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve data zijn geanalyseerd. Na een literatuurstudie werd een online enquête uitgezet bij de drie reclasseringsorganisaties en in de forensische klinische en ambulante zorg via diverse platforms, zoals het intranet van de drie reclasseringsorganisaties en LinkedIn. In deze enquête was de *Brief Substance Abuse Attitude Survey* (SAAS)²² (zie verder par. 3.2) opgenomen en werden tevens enkele vragen gesteld over de achtergrond en persoonlijke ervaringen (zelf of nabije omgeving) van de respondent met middelengebruik. In totaal werden 314 enquêtes volledig ingevuld voor de SAAS, waarvan 292 respondenten ook de overige vragen hebben beantwoord.²³

Vervolgens werd in een kwalitatieve analyse, op basis van een open vraag in de enquête en een bijeenkomst met twee professionals, gekeken naar het professioneel handelen bij constateren van middelengebruik bij cliënten en de overwegingen daarbij. Tot slot is een *member check* uitgevoerd, waarbij we alle resultaten hebben voorgelegd aan een groep van vier professionals werkzaam bij de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG). Tijdens deze digitale bijeenkomst hebben de professionals vanuit hun praktijkkennis en ervaring op de resultaten gereflecteerd en gingen ze hierover met elkaar en de onderzoekers in discussie.

3.2 Instrument: SAAS

De *Brief SAAS* is een verkorte versie van de SAAS en bestaat uit 25 stellingen die worden ingevuld op een 5-puntsschaal: (1) helemaal oneens; (2) oneens; (3) neutraal; (4) eens; (5) helemaal eens. De scores op deze 5-puntsschaal werden opgeteld

- 20 Veel aangehaald onderzoek is verricht in het buitenland. Attitudes van professionals zullen ook afhangen van de algemene attitudes ten aanzien van middelengebruik die in de samenleving bestaan. Dat zal variëren per land.
- 21 In februari 2020 is een intentieverklaring *Behandel verslaving als ziekte* getekend door veertien zorgpartijen, zie www.ggznederland.nl/actueel/ggz-nederland-tekent-met-andere-zorgpartijen-intentieverklaring-behandel-verslaving-als-een-ziekte-.
- 22 J.N. Chappel, T.L. Veach & R.S. Krug, 'The Substance Abuse Attitude Survey: An instrument for measuring attitudes', *Journal of Studies on Alcohol* 1985, 1, p. 48-52.
- 23 Omdat de enquête via diverse platforms is uitgezet, is de respons rate niet bekend. Het is mogelijk dat deze methode een selectieve respons heeft opgeleverd.

om de vijf factoren (zie tabel 1) te berekenen,. De originele SAAS bevat 50 stellingen. De SAAS is in 1985 in de Verenigde Staten ontwikkeld voor medische professionals en studenten. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat de psychometrische eigenschappen van de SAAS goed zijn.²⁴ Ondanks dat de SAAS een enigszins gedateerd instrument is en ontwikkeld is in de Verenigde Staten en dus niet zonder meer te vertalen is naar de huidige Nederlandse situatie, lijkt dit vooralsnog het meest gebruikte en gevalideerde instrument om attitudes ten aanzien van middelengebruik te meten.²⁵ De Brief SAAS werd vertaald naar het Nederlands. Tijdens de vertaling stuitten we op wat moeilijkheden en hebben we – na overleg met leden van de begeleidingscommissie van dit onderzoek – enkele stellingen aangepast voor de huidige Nederlandse context.²⁶

Tabel 1 SAAS-factoren

1. Tolerantie	Middelengebruik kunnen accepteren binnen het spectrum van normaal menselijk gedrag.
2. Behandelinterventies	Middelengebruik/misbruik kunnen zien in de context van behandeling en interventie.
3. Non-stereotypen	Niet uitgaan van populaire maatschappelijke stereotypen over middelengebruik en gebruikers.
4. Behandeloptimisme	Een optimistische kijk op behandeling en de mogelijkheid van een succesvolle uitkomst.
5. Non-moralisme	Afwezigheid van moralistisch perspectief bij het beoordelen van middelengebruik/-gebruikers.

4. Resultaten

4.1 Beschrijving respondenten enquête

In tabel 2 staan de kenmerken van de 292 respondenten die de persoonlijke gegevens hebben ingevuld. De gemiddelde leeftijd is 37,8 jaar (SD = 10.8, range 19-63). Vrouwen vormen de meerderheid en zij zijn gemiddeld jonger dan de mannen (35,6 jaar versus 42,2 jaar, $p < ,001$). De functies zijn divers, maar betreffen doorgaans een begeleidende of toezichhoudende rol.

Tabel 2 Achtergrondkenmerken respondenten

Kenmerken	N	%
Vrouw	195	67,2
Man	95	32,8
Werksetting		
Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG)	80	27,5

24 O.a. S.J. Jenkins, G.L. Fisher & R.L. Applegate, 'Factor analysis of the substance abuse attitude survey with college undergraduates', *Psychological Reports* 1990, 1, p. 331-336.

25 Zie Van Boekel e.a. 2013.

26 Zie het onderzoeksrapport voor details: www.hu.nl/onderzoek/projecten/attitudes-professionals-over-middelengebruik-clienten.

Tabel 2 (Vervolg)

Kenmerken	N	%
Reclassering Nederland (RN)	60	20,6
Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering	7	2,2
Forensisch klinische setting (FPC, FPA, FPK)	92	31,6
Ambulante behandeling (o.a. forensische polikliniek, FACT)	23	7,9
Beschermd wonen of ambulante woonbegeleiding (o.a. RIBVW)	5	1,7
Klinische reguliere geestelijke gezondheidszorg	8	2,7
Overig	16	5,5
Werkervaring		
tot 2 jaar	37	12,8
2 tot 5 jaar	63	21,9
5 tot 10 jaar	65	22,6
10 tot 15 jaar	50	17,4
15 jaar of meer	73	25,3

In totaal had 71,8% van de respondenten binnen de eigen omgeving dan wel zelf te maken gehad met verslaving.²⁷ De gerapporteerde prevalentiecijfers van alcohol- en drugsgebruik zijn vergelijkbaar met de in de algemene bevolking gevonden cijfers.²⁸

4.2 Resultaten enquête totale groep

Tabel 3 Respons op SAAS-stellingen (N = 314), in aantallen (percentages) en gemiddelde score

Nr	Stelling	Helemaal on-eens (1)	On-eens (2)	Neutraal (3)	Eens (4)	Helemaal eens (5)	Gem. score
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Tolerantie							
7	Het dagelijks roken van één joint (cannabis) is niet per definitie schadelijk.	28 (8,9)	110 (35,0)	64 (20,4)	95 (30,3)	17 (5,4)	2,88
10	Cannabisgebruik door tieners kan gezond experimenteelgedrag zijn.	14 (4,5)	46 (14,6)	75 (23,9)	153 (48,7)	25 (8,0)	3,40

27 Idem.

28 Zie de Nationale Drug Monitor: M.E. van Laar e.a. (red.), *Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2019*, Utrecht: Trimbos/WODC 2019.

Tabel 3 (Vervolg)

Nr	Stelling	Hele- maal on- eens (1)	On- eens (2)	Neu- traal (3)	Eens (4)	Hele- maal eens (5)	Gem. score
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
13	Levenslange abstinentie is een noodzakelijk doel in de behandeling van alcoholverslaving.	18 (5,7)	103 (32,8)	92 (29,3)	81 (25,8)	19 (6,1)	2,93
14	Als een persoon eenmaal door behandeling van de drugs af is gekomen, kan hij nooit meer een sociale gebruiker worden.	8 (2,5)	76 (24,2)	68 (21,7)	136 (43,3)	26 (8,3)	3,31
Behandelinterventies							
6	Professionals die alcoholverslaving in een vroeg stadium ontdekken, verhogen de kans op het succesvol afronden van een traject.	2 (0,6)	24 (7,6)	70 (22,3)	190 (60,5)	28 (8,9)	3,69
8	Urinecontrole (alcohol en drugs) kan een belangrijk onderdeel zijn in de behandeling van middelenmisbruik.	2 (0,6)	15 (4,8)	28 (8,9)	182 (58,0)	87 (27,7)	4,07
12	Langdurige ambulante zorg is noodzakelijk bij het behandelen van drugsverslaving.	5 (1,6)	48 (15,3)	67 (21,3)	164 (52,2)	30 (9,6)	3,53
16	Groepstherapie is erg belangrijk bij het behandelen van alcohol- of drugsverslaving.	3 (1,0)	24 (7,6)	117 (37,3)	137 (43,6)	33 (10,5)	3,55
22	Actieve deelname aan programma's zoals de Anonieme Alcoholisten is essentieel voor een cliënt om te herstellen van alcohol- en drugsverslaving.	2 (0,6)	58 (18,5)	131 (41,7)	108 (34,4)	15 (4,8)	3,24
Non-stereotypen							
3	Heroïne is zo verslavend dat niemand hier blijvend van kan herstellen wanneer hij/zij eenmaal verslaafd is.	75 (23,9)	176 (56,1)	38 (12,1)	22 (7,0)	2 (0,6)	2,04
5	Roken leidt tot het gebruik van cannabis, wat weer leidt tot het gebruik van harddrugs.	150 (47,8)	134 (42,7)	20 (6,4)	8 (2,5)	2 (0,6)	1,66

Tabel 3 (Vervolg)

Nr	Stelling	Hele- maal on- eens (1)	On- eens (2)	Neu- traal (3)	Eens (4)	Hele- maal eens (5)	Gem. score
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
17	Een kliniek is de beste plek om een alcohol- of drugsverslaafde te behandelen.	20 (6,4)	110 (35,0)	111 (35,4)	58 (18,5)	15 (4,8)	2,80
Behandeloptimisme							
2	Een drugs- of alcoholverslaafd persoon kan niet worden geholpen totdat hij/zij helemaal aan de grond zit.	110 (35,0)	182 (58,0)	14 (4,5)	7 (2,2)	1 (,03)	1,75
11	Een alcohol- of drugsverslaafd persoon die meerdere terugvallen heeft gehad, kan waarschijnlijk niet worden behandeld.	111 (35,4)	186 (59,2)	9 (2,9)	7 (2,2)	1 (0,3)	1,73
15	Drugsverslaving is een behandelbare ziekte.	3 (1,0)	9 (1,0)	23 (7,3)	220 (70,1)	58 (18,5)	4,01
18	Alcoholverslaving is een behandelbare ziekte.	3 (1,0)	10 (3,2)	18 (5,7)	227 (72,3)	56 (17,8)	4,03
19	De meeste alcohol- en drugsverslaafde personen zijn onprettig om mee te werken als cliënt.	100 (31,8)	169 (53,8)	27 (8,6)	15 (4,8)	3 (1,0)	1,89
Non-moralisme							
1	Alcoholverslaving is gerelateerd aan een zwakke wil.	72 (22,9)	200 (63,7)	25 (8,0)	17 (5,4)	0 (0,0)	1,96
4	Alcohol- en drugsverslaafden zouden alleen geholpen moeten worden door professionals op dit gebied.	34 (10,8)	150 (47,8)	43 (13,7)	78 (24,8)	9 (2,9)	2,61
9	Een forensisch sociale professional die aan alcohol en/of drugs verslaafd is geweest, zou nooit meer werkzaam mogen zijn als forensisch sociale professional.	129 (41,1)	153 (48,7)	21 (6,7)	8 (2,5)	3 (1,0)	1,74
21	Het uitoefenen van druk, bijvoorbeeld door dreiging en straf, is bruikbaar om tegenwerkende cliënten zo ver te krijgen dat zij behandeling accepteren.	31 (9,9)	101 (32,2)	74 (23,6)	101 (32,2)	7 (2,2)	2,85

Tabel 3 (Vervolg)

Nr	Stelling	Hele- maal on- eens (1)	On- eens (2)	Neu- traal (3)	Eens (4)	Hele- maal eens (5)	Gem. score
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Niet ladend op een van de 5 factoren							
20	Zwangere vrouwen die drugs of alcohol gebruiken, zouden gestraft moeten worden.	54 (17,2)	136 (43,3)	78 (24,8)	38 (12,1)	8 (2,5)	2,39

Uit de analyses van de enquête met SPSS komt naar voren dat forensisch sociale professionals over het algemeen vrij positieve en tolerante attitudes hebben ten aanzien van middelengebruikers en de behandelbaarheid van verslaving. Zo is 87% het eens met de stelling dat drugsverslaving een behandelbare ziekte is en 90% met de stelling dat alcoholverslaving een behandelbare ziekte is. Wanneer wordt vergeleken met eerdere onderzoeken naar attitudes van medische professionals en het algemene publiek is dit duidelijk positiever. Ook hebben de respondenten in het huidige onderzoek weinig stereotiepe en moralistische opvattingen over verslaafden en zijn ze vrij optimistisch wat betreft behandel mogelijkheden. Bij een aantal stellingen over de inhoud en vorm van behandelen waren de meningen sterk verdeeld. Zo zijn respondenten verdeeld over het belang van opname in een kliniek tijdens de behandeling en over het belang van groepstherapie. Over de stelling dat het uitoefenen van druk, bijvoorbeeld door dreiging en straf, bruikbaar is om cliënten zo ver te krijgen dat ze behandeling accepteren, is relatief veel verdeeldheid. In het algemeen blijkt dat er veel overeenstemming is over de behandelbaarheid van verslaving, maar verdeeldheid over hoe die behandeling dan vervolgens vormgegeven dient te worden.

4.3 Resultaten enquête naar subgroepen

Vervolgens keken we naar subgroepen professionals en bleek dat mannen wat minder optimistisch over de behandelbaarheid van verslaving zijn en wat meer moralistisch oordelen dan vrouwen. Mannen gebruiken vaker zelf middelen. Vrouwen hebben vaker te maken gehad met een verslaafde partner. Minder ervaren professionals (minder dan vijf jaar werkervaring) hebben vaker te maken (gehad) met verslaving (van henzelf of vrienden), zijn jonger en werken vaker in een klinische setting. Ze zien zichzelf gemiddeld als strenger en hebben meer stereotiepe opvattingen over verslaving vergeleken met de meer ervaren professionals. Wel vinden ze minder vaak dat verslaafden onprettig zijn om mee te werken als cliënt. Meer ervaren professionals neigen wat sterker naar druk uitoefenen op cliënten om de behandeling te accepteren.

Opvallend was met name het verschil tussen professionals die specifiek met forensische cliënten met verslavingsproblematiek werken versus de andere professionals. De verslavingsprofessionals hebben over het geheel genomen minder mora-

listische en stereotiepe opvattingen dan collega's werkzaam bij andere forensische organisaties. Verder hebben ze een andere kijk op de noodzaak van bepaalde behandelinterventies voor verslaving. Zo vinden verslavingsprofessionals klinische behandeling, groepstherapie en langdurige ambulante zorg minder noodzakelijk, maar vinden ze wel vaker dat druk uitoefenen op cliënten bruikbaar is om hen zo ver te krijgen dat ze behandeling accepteren. Verslavingsprofessionals gebruiken zelf wat minder vaak alcohol. Zij schatten zichzelf gemiddeld als minder streng in bij de constatering van middelenmisbruik en zien meer mogelijkheden voor behandeling vergeleken met de bredere groep forensisch sociale professionals.

We zagen meerdere verschillen tussen professionals die in een ambulante versus een klinische setting werken. Hierbij viel ook op dat de laatsten gemiddeld jonger zijn en vaker rapporteren over persoonlijke ervaringen met verslaving (zelf of in hun directe omgeving).

Ze zien zichzelf gemiddeld als strenger vergeleken met de professionals die in een ambulante setting werken en ze vinden groepstherapie en behandeling in een kliniek vaker noodzakelijk. Dit laatste wordt mogelijk verklaard omdat dit hun referentiekader is, en omdat er in een klinische setting doorgaans vaker sprake is van comorbiditeit. Verder hebben ze wat meer stereotiepe opvattingen over verslaving, maar juist minder moralistische opvattingen dan professionals die in een ambulante setting werken.

Tot slot keken we naar verschillen tussen professionals met en zonder persoonlijke ervaringen met middelengebruik of verslaving. Over het geheel genomen tonen professionals die zelf middelen gebruiken of die met verslaving te kampen hebben gehad meer tolerantie ten aanzien van middelengebruik. Ze vinden het minder nodig om druk uit te oefenen om een cliënt zo ver te krijgen behandeling te accepteren. Professionals die in hun nabije omgeving een verslaving hebben meegemaakt (partner of vrienden), zijn tevens toleranter en wat optimistischer over behandel-mogelijkheden, maar tegelijkertijd sterker overtuigd van de noodzaak van behandeling en strenge controle.

4.4 *Kwalitatieve analyse*

In de online enquête was ook een open vraag opgenomen die kwalitatief met het programma ATLAS.ti werd geanalyseerd. Op de vraag 'Welke concrete actie(s) onderneemt u als er middelengebruik is geconstateerd bij een cliënt en welke overwegingen spelen daarbij een rol?' gaven 217 professionals antwoord. De antwoorden zijn divers en de acties en de overwegingen dikwijls verweven met elkaar. Er is dus niet één handelingswijze en een pasklaar protocol.

De actie die veruit het meest wordt genoemd, al dan niet in combinatie met andere acties, is het middelengebruik bespreekbaar maken met de cliënt. De meeste professionals beschrijven concreet wat ze bespreekbaar maken, zoals de functie, de hoeveelheid en de frequentie van het gebruik. 'Door het gebruik bespreekbaar te maken is het mogelijk zo dat de cliënt zijn inzicht in de functie van het gebruik vergroot en hier leerrendement uithaalt', aldus een professional. Bij een aanzienlijk kleiner deel staan de consequenties van het gebruik, zoals de voor- en nadelen, de risico's en de veiligheid, centraal in het gesprek. Een deel van het bespreekbaar maken bestaat uit het motiveren van de cliënt om te minderen of te stoppen met

het middelengebruik. Het bespreken van de mogelijkheden hiertoe wordt – net als mogelijke interventies, zoals het opstellen van nieuwe doelen, eerdere gemaakte afspraken en wat de cliënt zelf wil – minder vaak genoemd. Er wordt ook gekeken naar het cliëntdossier om de achtergrond van een middelenverbod als bijzondere voorwaarde te achterhalen. De ervaring wordt gedeeld dat middelenverboden soms te ruim worden geformuleerd. In de RISC²⁹ kan ‘middelenverbod’ worden aangevinkt, maar dat wordt vaak niet gespecificeerd, terwijl ‘bij een drugsverbod hoeft alcohol niet per se een probleem te zijn’ voor risico op recidive.

Daarnaast wordt veelvuldig de samenwerking gezocht, bijvoorbeeld door te adviseren over een behandeling en door andere hulpverleningsinstanties of het persoonlijk netwerk te betrekken. Als forensisch sociale professionals het middelengebruik ernstig inschatten, wordt ook contact gezocht met het Openbaar Ministerie (OM). In eerste instantie voor overleg, nog niet in de vorm van een formeel advies TUL (tenuitvoerlegging van het voorwaardelijk deel van een vonnis). ‘Als het meer en vaker wordt, dan wel. Als cliënt in het weekend in de kroeg waar de delicten zijn gepleegd aan de alcohol en cocaïne zit, dan komt de vraag of we dit nog kunnen uitleggen aan de maatschappij’, aldus een reclasseringswerker. Het belang van vroegtijdig afstemmen met het OM wordt benadrukt om zo consistent en betrouwbaar te zijn richting cliënt (om te voorkomen dat die zegt: dat mocht eerst toch en nu niet meer?) en OM (zodat dat later niet verwijt dat de reclassering het te laat meldt). Met de nieuwe Wet herziening tenuitvoerlegging strafrechtelijke beslissingen (Wet USB) sinds 1 januari 2020 is deze afstemming met het OM wel veranderd. Er zijn nu zogenoemde medewerkers justitiële voorwaarden waarmee kan worden overlegd, maar de nadruk ligt op de onafhankelijkheid van het reclasseringsadvies, ‘zodat je al snel in de sfeer van een TUL zit en je een sparringpartner in het voortraject mist’, geeft een reclasseringswerker aan.

Voorts wordt het sanctioneren van het geconstateerde middelengebruik als een mogelijke consequentie genoemd. Dit gaat om een officiële waarschuwing, een berisping, een terugplaatsing of het beëindigen van het contactmoment. Het aanscherpen van de controle wordt door een aanzienlijk kleiner deel van de professionals genoemd als actie. Veelal betreft het dan urinecontroles.

Welke acties de professionals ondernemen, is afhankelijk van een aantal overwegingen. De invloed die het geconstateerd middelengebruik heeft, wordt daarbij het vaakst beschreven. Het gaat om de mate waarin het gebruik delictgerelateerd is, het functioneren van de cliënt en het potentiële recidiverisico. Ook de aard van het gebruik is een belangrijke overweging. Er wordt rekening gehouden met de functie van het gebruik, de hoeveelheid van het gebruikte middel, de frequentie van het gebruik en het type middel. Hierbij valt overigens op dat respondenten die het type middel noemen, een verbinding maken met de risico’s van het gebruik van dit type middel voor de cliënt of zijn situatie. Eén professional zegt bijvoorbeeld: ‘Ik vind het ook belangrijk om te kijken naar de vooruitgang. Als iemand bijvoorbeeld dagelijks alcohol gebruikte en regelmatig cocaïne en nu alleen nog maar blowt, dan vind

29 De RISC is een risicotaxatie- en adviesinstrument waarmee de reclassering op gestructureerde wijze de risico- en beschermende factoren in beeld brengt, een inschatting maakt van het recidive-risico en een advies over bijzondere voorwaarden formuleert.

ik dat vooruitgang.' Bijna de helft van de overwegingen met betrekking tot het gebruik betreft de mate waarin het gebruik problematisch is en in hoeverre de cliënt afhankelijk is van het middel.

Ook wordt naar de cliënt zelf gekeken: hoe gaat het verder met diens traject, en wat betekent bepaald handelen voor bijvoorbeeld het begeleidings- of behandelplan van de cliënt? Ook gaat het om de doelen en wensen, de medewerking en/of de motivatie, de persoonlijke omstandigheden, de gezondheid, de mogelijkheden tot gedragsbeïnvloeding, maar ook de openheid en eerlijkheid, en het reflecterend vermogen van de cliënt.

Daarnaast wordt het justitieel kader genoemd als overweging. In deze gevallen gaan de professionals eerst na wat de bijzondere voorwaarden en/of gemaakte afspraken zijn, voordat zij actie ondernemen na geconstateerd middelengebruik.

Uit de antwoorden wordt duidelijk dat professionals niet zomaar handelen na geconstateerd middelengebruik. De professionals leveren maatwerk. Ze houden rekening met het justitieel kader, maar kijken bijvoorbeeld ook naar de aard van het gebruik, de cliënt en zijn traject. Acties worden overwogen door een vertaalslag te maken tussen vastgelegde werkwijzen en de persoonlijke omstandigheden van de cliënt. Dit vergt professionele interpretatie.

4.5 *Member check*

Vier professionals, allen werkzaam bij de verslavingsreclassering, kregen het concept-eindrapport en de bijbehorende factsheet toegestuurd en hebben tijdens een digitale bijeenkomst op de resultaten gereflecteerd en met elkaar en de onderzoekers gediscussieerd. Over het geheel genomen zijn de resultaten voor hen herkenbaar. Wat betreft de diversiteit in de kijk op behandeling (bijvoorbeeld over druk uitoefenen op de cliënt) opperen ze als meest plausibele verklaring (nuance)verschillen in de visie van organisaties omtrent verslaving(sbehandeling). Verschillen in juridisch kader/praktische mogelijkheden en ervaring in de praktijk (en daardoor beter weten wat haalbaar is) spelen hierbij zeker ook mee. Verder noemen zij dat het essentieel is beginnende professionals goed te coachen, omdat zij in de praktijk zien dat verschillen tussen aanpak van ervaren en onervaren professionals groot zijn. Beginnende professionals worstelen meer met de ruimte die je hebt als werker. Verder benadrukken ze dat een algemene basiskennis over verslaving(sbehandeling) voor alle ketenpartners relevant is, maar dat het niet realistisch is dat iedereen over dezelfde mate van specialistische kennis beschikt.

5. Conclusies

5.1 *Positieve attitudes behandelbaarheid verslaving*

Over het algemeen zagen wij positieve attitudes ten aanzien van cliënten die middelen gebruiken en de behandelbaarheid van verslaving. Er is weinig sprake van stereotiepe of moralistische attitudes, en de respondenten zijn over het geheel genomen optimistisch over de behandeling van verslaving. Dit geldt met name voor de professionals die specifiek werken met forensische cliënten met verslavingsproblematiek. Deze resultaten zijn grotendeels in lijn met eerdere onderzoeken naar

attitudes van gedragsdeskundigen.³⁰ Er zijn wel belangrijke verschillen met eerdere onderzoeken – weliswaar niet in Nederland – naar medische professionals: bij hen werden aanzienlijk minder positieve attitudes ten aanzien van middelengebruik en verslaafden gevonden. Een mogelijke verklaring voor de relatief positieve resultaten van ons onderzoek is de aanname dat hoe vaker je met een bepaalde doelgroep te maken hebt en hoe meer kennis je ervan hebt, hoe beter je hen begrijpt en hoe meer positieve attitudes je over de behandelbaarheid hebt.³¹

5.2 *Verslavingsprofessionals minder moralistische/stereotiepe attitudes en andere kijk op behandeling*

Verslavingsprofessionals hadden minder moralistische en stereotiepe attitudes dan de bredere groep forensisch sociale professionals. Vorenstaande aanname over bekendheid met de doelgroep verklaart mogelijk ook waarom de verslavingsprofessionals een andere kijk hebben op wat nodig is in de behandeling. Mogelijk hebben zij door hun ervaring meer realistische verwachtingen van wat nodig (en vooral ook wat niet nodig) is in de behandeling. Een andere mogelijke verklaring is dat verslavingsprofessionals bewust kiezen om te gaan werken met deze doelgroep en daarom bij voorbaat al meer positieve attitudes ten aanzien van middelenmisbruik hebben. De verschillen tussen verslavingsprofessionals en andere forensisch sociale professionals zijn interessant in het licht van ketensamenwerking: mogelijk zijn de verschillen in opvattingen over middelengebruikers en behandeling van invloed op de kwaliteit van samenwerking in trajecten van forensische cliënten.

5.3 *Relatief veel verschillen in attitudes tussen klinisch en ambulante werkende professionals*

Er werden relatief veel verschillen gevonden tussen professionals die in een klinische setting versus een ambulante setting werken. Dit lijkt in overeenstemming met regelmatig gehoorde praktijkervaringen: in klinieken zijn ze (te) streng, terwijl het volgens de huidige wetenschappelijke kennis over verslaving als ziekte weinig zinvol is repressief te reageren en terugval in middelengebruik er doorgaans bij hoort.³² Voor intramurale forensische instellingen geldt echter strenge regelgeving vanuit het ministerie van Justitie en Veiligheid, waardoor er nog altijd sprake is van een beheerscultuur waarbij abstinentie het primaire doel is. Hier wordt ook vanuit forensische klinische instellingen kritiek op geuit.³³ Het zorgt namelijk voor grote cultuurverschillen tussen tbs-instellingen en ketenpartners wat de resociali-

30 S. Kelleher & P. Cotter, 'A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users', *International Emergency Nursing* 2009, 1, p. 3-14; Pinikahana e.a. 2002.

31 Beryl & Völlm, 2018; L. von Brenner e.a., 'Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: Utility of a mixed methods approach', *Drug and Alcohol Review* 2010, 5, p. 491-497; L. Ding e.a., 'Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users', *Archives of Internal Medicine* 2005, 6, p. 618-623; Gilchrist e.a. 2011.

32 T. Kersten & S. Verwaaijen, 'Verslavingszorg in de tbs-kliniek', in: E. Blaauw & H. Roozen (red.), *Handboek Forensische verslavingszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2012, p. 165-183.

33 Zie o.a. Kersten & Verwaaijen 2012, p. 165-183.

satie van forensische cliënten en de samenwerking tussen ketenpartners kan bemoeilijken.

5.4 *Meer verdeeldheid tussen professionals over het vormgeven van behandeling*

Waar er over het geheel genomen veel overeenstemming is over de behandelbaarheid van verslaving, is er meer verdeeldheid op het gebied van het inhoudelijk vormgeven van behandeling en hoe lang deze moet duren. Met name op de stelling dat het uitoefenen van druk op cliënten bruikbaar is om hen zo ver te krijgen dat ze behandeling accepteren, wordt verschillend gereageerd. Dit zal uiteraard per cliënt verschillen en maatwerk is altijd van belang. Ook is het waarschijnlijk afhankelijk van de context waarin men werkt en de aldaar geldende regels en protocollen.

5.5 *Uitzonderingen bevestigen de regel*

Over het geheel genomen waren de bevindingen positief, maar er waren uitzonderingen. Zo vinden 12 professionals dat drugsverslaving geen behandelbare ziekte is (en 23 weten het niet), en 13 vinden dat van alcoholverslaving (18 weten het niet). Dit is opmerkelijk, omdat de consensus in de literatuur is dat verslaving een behandelbare ziekte is.³⁴ Verder zijn 18 professionals het eens met de stelling dat de meeste verslaafden onprettig zijn om mee te werken en 27 zijn hier neutraal over. Uiteraard zijn dit uitzonderingen, maar het roept wel de vraag op hoe deze professionals in hun werk staan en hoe zij hun cliënten behandelen.

5.6 *Invloed van attitudes op handelen moet nog worden onderzocht*

De kwalitatieve analyse levert interessante inzichten op in de werkwijze van forensisch sociale professionals ten aanzien van middelengebruik, waarbij het vooral gaat om het bespreekbaar maken met de cliënt en het analyseren van de achtergronden en risico's. Het type middel en het type delictgedrag zijn belangrijk in de overwegingen. Deze bevindingen bieden vooralsnog echter weinig inzicht in het effect van attitudes op handelen. Hier is een ander type onderzoek voor nodig, bijvoorbeeld onderzoek waarin professionals met bepaalde attitudes gevolgd worden in hun werk.

6. Aanbevelingen voor de praktijk

6.1 *In gesprek gaan over visie op verslavingsbehandeling*

Omdat de attitudes ten aanzien van de inhoud en vorm van de behandeling van verslaving uiteenlopen, zou het zinvol zijn om daar meer met elkaar over in gesprek te gaan en kennis en ervaringen uit te wisselen, zowel binnen als tussen organisaties in het forensische veld. Enkele in het oog springende SAAS-stellingen zouden een startpunt kunnen zijn: *Het uitoefenen van druk, bijvoorbeeld door dreiging en straf, is bruikbaar om tegenwerkende cliënten zo ver te krijgen dat zij behandeling accepteren.* Inhoudelijke verschillen van mening kunnen hierdoor in gesprek

34 I. Franken, W. van den Brink & A. Schellekens (red.), *Handboek Verslaving*, Amsterdam: Boom/de Tijdstroom 2019; GGZ Nederland, *Een visie op verslaving en verslavingszorg: Focus op preventie en herstel*, Ede: GGZ Nederland 2013.

worden gebracht. Wat verstaat men precies onder druk uitoefenen en welke concrete voorbeelden zijn er te noemen? Ook een ethische discussie is hierin interessant: mag/kan dit, wat wordt precies verstaan onder dreiging en straf? Een ander voorbeeld van een stelling waar veel verdeeldheid op was, is ook interessant om over te discussiëren: *Een kliniek is de beste plek om een alcohol- of drugsverslaafde te behandelen*. Dergelijke gesprekken kunnen helpen om tot een meer gedeelde visie te komen op behandeling van verslavingsproblematiek en toe te passen methodieken.

6.2 Dialoog en kennisuitwisseling ketenpartners

Op basis van de resultaten concluderen wij dat meer dialoog en kennisuitwisseling tussen professionals behulpzaam kunnen zijn. Gezien de gevonden verschillen tussen verslavingsprofessionals en de andere forensisch sociale professionals en tevens tussen de klinisch en ambulant werkende professionals denken wij dat er vooral winst te behalen is in de dialoog met en samenwerking tussen forensisch sociale professionals van verschillende instellingen. Dit kan de samenwerking binnen de keten vergemakkelijken en zorgt voor meer consistentie in het professioneel handelen en meer duidelijkheid voor forensische cliënten met verslavingsproblematiek.

6.3 Voorlichting en educatie

In meerdere onderzoeken is gevonden dat het opleiden van professionals een positieve invloed had op de attitudes.³⁵ Een interessante bevinding hierbij is echter dat opleiding averechts werkt wanneer hulpverleners zich onvoldoende ondersteund voelden vanuit de zorgorganisatie.³⁶ Het bieden van voldoende mogelijkheden en ondersteuning hierbij is dan ook essentieel, bijvoorbeeld faciliteren in ruimte en tijd, en inhoudelijke ondersteuning bij de opleiding bieden. Ook het gebruik van evidencebased standaarden binnen een setting helpen hierbij.³⁷

Hierbij werd in de *member check* genoemd dat basiskennis over verslaving(sbehandeling) voor alle professionals in de keten belangrijk is, maar dat binnen de verslavingsreclassering specialistische kennis en ervaring beschikbaar zijn, die meer ingezet kunnen worden. Hierbij kan worden gedacht aan een consulterende rol ten behoeve van ketenpartners wanneer zij een cliënt met verslavingsproblematiek behandelen of begeleiden en kennis hieromtrent ontberen.

7. Tot slot

In het huidige onderzoek vonden wij dat forensisch sociale professionals vrij positieve attitudes ten aanzien van de behandelbaarheid van verslaving hebben, maar dat er duidelijke verschillen zijn tussen subgroepen en over de vorm van behande-

35 Zie voor een bespreking Van Boekel e.a. 2013, 2015a.

36 R. Ford, G. Bammer & N. Becker, 'The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development', *Journal of Clinical Nursing* 2008, 18, p. 2452-2462.

37 Ford e.a. 2008.

ling. Op basis van de resultaten wordt aanbevolen om voor het gehele forensisch sociale domein te investeren in meer voorlichting en educatie over (behandeling van) verslaving. Nader onderzoek is gewenst, vooral naar de invloed van attitudes op het handelen, maar ook naar samenwerking in de keten rondom cliënten met verslavingsproblematiek, werkplezier, toewijding en mentale weerbaarheid van professionals.