



■ Moet terugval altijd worden bestraft?

Attitudes van forensisch sociale professionals ten aanzien van middelengebruik

Auteurs

Vivienne de Vogel, Jolein Monnee-van Doormalen, Lianne Kleijer-Kool, Richard van Asch

September 2020

COLOFON

Het Kenniscentrum Sociale Innovatie (KSI) van de Hogeschool Utrecht is een bundeling van een aantal lectoraten op het gebied van zorg en welzijn, sociaal beleid, maatschappelijke participatie, ondersteuning en dienstverlening, arbeid, recht en veiligheid. Het KSI heeft zich als doel gesteld een bijdrage te leveren aan een inclusieve, rechtvaardige en veilige samenleving waarbij de waarden van de democratische rechtsstaat centraal staan. Dit doen wij door praktijkgericht onderzoek, ontwikkeling en agendering van actuele maatschappelijke en sociale vraagstukken, vanuit verschillende perspectieven en disciplines. We werken hierbij samen met onderwijs, werkveld en kennisinstituten.

Auteurs

dr. Vivienne de Vogel
drs. Jolein Monnee- van Doormalen
dr. Lianne Kleijer-Kool
Richard van Asch, Msw

Begeleidingscommissie

Corine von Grumbkow, SVG
Ruud van der Horst, EFP
Henny Klaver, Tactus Verslavingszorg
Arnseth Kogeldans, GGZ Reclassering Vincent van Gogh
Marjolein Maas, SVG
Erik Lanting, SVG
Mona van Roij, Novadic Kentron
Arie Uyterlinde, SVG

Jaar van uitgave

2020

Contact en adres

Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht
Lectoraat: Werken in Justitieel Kader
Postbus 85397, 3508 AJ Utrecht
Padualaan 101 – 3584 CS Utrecht
Telefoon secretariaat: 088 4819222
Email: KSI@hu.nl
www.socialeinnovatie.hu.nl/www.hu.nl

Inhoud

VOORWOORD.....	3
SAMENVATTING	4
1. INLEIDING	10
PROFESSIEEL HANDELEN BIJ FORENSISCHE CLIËNTEN.....	10
ONDERZOEK NAAR ATTITUDES TEN AANZIEN VAN MIDDELENGEBRUIK	11
HUIDIGE STUDIE	13
2. METHODE	15
PROCEDURE.....	15
PARTICIPANTEN.....	17
INSTRUMENTEN.....	17
ANALYSES	20
3. RESULTATEN	22
3.1 BESCHRIJVING RESPONDENTEN ENQUÊTE	22
3.2 ENQUÊTE TOTALE GROEP	24
3.3 RESULTATEN ENQUÊTE NAAR SUBGROEPEN	30
3.3.1 <i>Gender</i>	31
3.3.2 <i>Werkervaring</i>	32
3.3.3 <i>Verslavingsprofessional</i>	33
3.3.4 <i>Setting</i>	36
3.3.5 <i>Persoonlijke ervaringen met verslaving of middelengebruik</i>	38
3.4 KWALITATIEVE ANALYSE OPEN VRAGEN ENQUÊTE.....	43
3.4.1 <i>Acties en overwegingen na geconstateerd middelengebruik</i>	43
3.4.2 <i>Drijfveren voor het werken met forensische cliënten</i>	49
3.5 VIGNETTENSTUDIE.....	55
3.6 MEMBER CHECK	60
4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	61
4.1 BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN	61
4.2 BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK	63
4.3 AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK	63
4.4 AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK	65
LITERATUUR.....	66
BIJLAGEN	70

Voorwoord

Het huidige onderzoekproject *Moet terugval altijd worden bestraft? Attitudes van forensisch sociale professionals ten aanzien van middelengebruik* is uitgevoerd vanuit het Consortium Onderzoek Verslavingsreclassering. Dit consortium is in 2019 opgericht nadat het bestuur van de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) in 2018 besloot de *Ontwikkelagenda Middelen en Delict* op een duurzame wijze te gaan uitvoeren. Het doel van het consortium is het verrichten van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van middelen en delict in directe aansluiting op vragen vanuit de praktijkinstellingen. Binnen het consortium werken drie lectoraten samen, waarbij zij ieder hun eigen expertise inbrengen. Naast het lectoraat Werken in Justitieel Kader van Hogeschool Utrecht zijn dat: Hanzehogeschool (Eric Blaauw, Lector Verslavingskunde en forensische zorg), en Saxion (Attila Németh, Lector Waarde van Reclasseren).

Binnen dit consortium richt de eerste onderzoekslijn zich op de relatie tussen alcoholmisbruik en partnergeweld. Wij waren voornemens om binnen het huidige project niet alleen attitudes ten aanzien van middelengebruik mee te nemen, maar ook attitudes ten aanzien van partnergeweld. Een verkenning van de literatuur leerde echter dat de literatuur hiernaar zeer beperkt is. Onderzoek naar attitudes ten aanzien van partnergeweld richt zich vooral op meldingsbereidheid van bijvoorbeeld docenten en verpleegkundigen en behoeften van slachtoffers van partnergeweld. Een voorbeeld is een recent Nederlands onderzoek naar kennis, vaardigheden en attitudes van professionals werkzaam in de GGZ ten aanzien van huiselijk geweld (Ruijne et al., 2019). Wat betreft attitudes werd vooral gekeken naar begrip en empathie voor het slachtoffer en naar bereidheid om te handelen. Psychiatrisch verpleegkundigen lieten in dit onderzoek meer begrip en handelingsbereidheid zien dan psychologen, sociaal werkers en verpleegkundigen. Er werd in dit onderzoek echter niet onderzocht wat attitudes ten aanzien van daders van huiselijk geweld waren. Uiteindelijk hebben we besloten om attitudes ten aanzien van partnergeweld niet mee te nemen in de online enquête van het huidige onderzoeksproject, omdat er onzes inziens 1) onvoldoende wetenschappelijke of theoretische basis voor was; 2) geen gevalideerd instrument beschikbaar was; en 3) omdat we de enquête niet te lang wilden maken om de kans te vergroten dat zo veel mogelijk professionals het zouden invullen. Wel is het thema attitudes ten aanzien van partnergeweld in de vignettenstudie specifiek uitgevraagd middels casuïstiek met partnergeweld.

Wij willen iedereen die de online enquête heeft ingevuld en de deelnemers aan de vignettenstudie en de *member check* hartelijk danken voor hun deelname. Hun inbreng is essentieel geweest. Ook willen wij de SVG danken voor de mogelijkheid en alle geboden ondersteuning om dit onderzoek uit te kunnen voeren. Een speciaal woord van dank aan de begeleidingscommissie voor hun constructieve meedenken gedurende het onderzoeksproject. Ephraïm Fieret heeft in het kader van zijn afstudeeronderzoek voor de Master Forensisch Sociale Professional de enquête uitgezet bij een Forensisch Psychiatrische Afdeling en extra data aangeleverd waarvoor wij hem danken.

Vivienne de Vogel, Jolein Monnee-van Doormalen, Richard van Asch en Lianne Kleijer-Kool
September 2020

Samenvatting

Inleiding

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 ('what works'), er is relatief weinig bekend over de persoon van forensisch sociale professional en diens persoonlijke stijl en opvattingen ('who works'). Wat zijn bijvoorbeeld opvattingen ten aanzien van (de behandelbaarheid van) middelenmisbruik van forensische cliënten en wanneer en hoe grijp je in als een cliënt terugvalt in middelengebruik? Hier is nog nauwelijks wetenschappelijk onderzoek naar verricht. Wel zijn er meerdere onderzoeken uitgevoerd onder (voornamelijk) medische professionals waaruit blijkt dat zij doorgaans vrij negatieve attitudes ten aanzien van (de behandelbaarheid van) verslaafden hebben. Deze attitudes hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van de hulp die deze patiënten krijgen (o.a. minder tijd) en leiden bij hen tot meer onzekerheid en verminderde motivatie voor behandeling. Gedragsdeskundigen en professionals uit de verslavingszorg lijken positiever, hoewel gedegen onderzoek hiernaar beperkt is. Verder is er weinig bekend of er verschillen bestaan in attitudes tussen subgroepen, bijvoorbeeld mannen versus vrouwen, of minder versus meer ervaren professionals. 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. Ook naar de invloed van eigen middelengebruik of persoonlijke ervaringen met verslaving op attitudes ten aanzien van middelengebruik is weinig wetenschappelijk onderzoek verricht. Tot slot is er voor zover ons bekend geen onderzoek naar de invloed van attitudes op het handelen van professionals en trajecten van forensische cliënten.

Methode

In het huidige exploratieve onderzoek met een mixed-method design werden attitudes ten aanzien van middelengebruik geïnventariseerd van reclasseringswerkers en ketenpartners (professionals in ambulante en klinische forensische zorg). Eerst werd een online enquête uitgezet bij de drie reclasseringsorganisaties en in de forensische klinische en ambulante zorg via diverse platforms, zoals intranet van de drie reclasseringsorganisaties en LinkedIn. In deze enquête was de *Brief Substance Abuse Attitude Survey* (SAAS; Chappel et al., 1985) opgenomen en werden tevens enkele vragen gesteld over de achtergrond en persoonlijke ervaringen van de respondent met middelengebruik en twee open vragen. In totaal werden 314 enquêtes volledig ingevuld voor de SAAS, waarvan 292 respondenten ook de overige vragen hadden beantwoord.

Vervolgens werd een vignettenstudie uitgevoerd waarbij werd onderzocht welke mogelijke invloeden deze attitudes hebben op het werk van forensisch sociale professionals en op het traject van de cliënt. We schreven twee vignetten met concrete situatieschetsen van een cliënt die varieerden in een aantal aspecten (o.a. type middel, hoeveelheid van het gebruikte middel, sociale context en type delictgedrag). Deelnemers werd individueel middels de online tool *Mentimeter*

gevraagd naar hun reactie; hoe zij in deze casus zouden handelen en welke overwegingen ze daarbij hanteren. Vervolgens gingen ze met elkaar in discussie. Door omstandigheden (maatregelen rondom COVID-19 pandemie) kon er slechts één bijeenkomst doorgaan, waarbij uiteindelijk maar twee deelnemers konden komen. Tot slot is een *member check* uitgevoerd waarbij we de resultaten hebben voorgelegd aan een groep van vier professionals werkzaam bij de 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.

Resultaten

Algemene resultaten attitudes

Uit de analyses van de enquête met SPSS kwam 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 werd 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 stereotype 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, bijvoorbeeld bij de stelling *Het uitoefenen van druk, bijvoorbeeld door dreiging en straf, is bruikbaar om tegenwerkende cliënten zo ver te krijgen dat zij behandeling accepteren*. In het algemeen kan geconcludeerd worden dat er veel overeenstemming is over de behandelbaarheid van verslaving, maar verdeeldheid over hoe die behandeling dan vervolgens vormgegeven dient te worden.

Resultaten subgroepen

Vervolgens werd gekeken naar subgroepen professionals en werd gevonden dat mannen wat minder optimistisch over de behandelbaarheid van verslaving zijn en wat meer moralistisch oordelen dan vrouwen, en dat minder ervaren professionals wat meer stereotype opvattingen over middelenmisbruik hebben vergeleken met hun meer ervaren collega's (vijf jaar of meer werkervaring). Opvallend was met name het verschil tussen professionals die specifiek met forensische cliënten met verslavingsproblematiek werken (SVG) versus de andere professionals. De verslavingsprofessionals hebben over het geheel genomen minder moralistische en stereotype 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 groepstherapie en langdurige ambulante zorg minder noodzakelijk, maar vinden wel vaker dat druk uitoefenen op cliënten bruikbaar is om hen zo ver te krijgen dat ze behandeling accepteren.

Er werden meerdere verschillen gevonden 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).

Professionals werkzaam in een klinische setting hebben wat meer stereotype en moralistische attitudes en zien zichzelf gemiddeld als strenger ten opzichte van hun collega's wanneer ze middelengebruik bij hun cliënt constateren dan de ambulante werkende professionals.

Tot slot werd gekeken naar verschillen tussen professionals met en zonder persoonlijke ervaringen met middelengebruik of verslaving. Over het geheel genomen werd bij professionals die zelf middelen gebruiken of die met verslaving te kampen hebben gehad meer tolerantie gezien ten aanzien van middelengebruik. Professionals die in hun nabije omgeving een verslaving hadden 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.

Kwalitatieve analyse

In de online enquête waren ook twee open vragen opgenomen die kwalitatief met het programma ATLAS.ti werden 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 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 van het gebruik en de mogelijke consequenties. Daarnaast wordt veelvuldig de samenwerking gezocht, bijvoorbeeld door te adviseren over een behandeling en andere hulpverleningsinstanties of het persoonlijk netwerk te betrekken. Het sanctioneren van het geconstateerde middelengebruik, bijvoorbeeld door een officiële waarschuwing of berisping, kan een mogelijke consequentie zijn. Het aanscherpen van de controle wordt door een aanzienlijk kleiner deel van de professionals genoemd als actie.

Welke acties de professionals ondernemen zijn afhankelijk van een aantal overwegingen. De invloed die het geconstateerde 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 wordt er naar de cliënt zelf gekeken (persoonlijke omstandigheden, het traject, de mate waarin hij of zij medewerking verleent en gemotiveerd is). Wat betreft de situatie en de aard van het gebruik leggen de professionals vooral de nadruk op de potentiële (recidive)risico's van het geconstateerde gebruik.

Op de vraag *Kunt u in een paar woorden schetsen wat uw belangrijkste drijfveer is voor het werken met forensische cliënten?* gaven 212 professionals antwoord. De drijfveren zijn terug te brengen naar drie thema's: 1) de cliënt (zorg voor de cliënt, voldoening over werken met cliënten); 2) de maatschappij (verminderen van recidive en het bevorderen van de veiligheid in de samenleving); en 3) de aard van het werk (het gedwongen kader, de afwisseling en de interesse en nieuwsgierigheid naar de casuïstiek).

Vignettenstudie

Uit de vignettenstudie blijkt dat deelnemers bij constatering van middelengebruik eerst analyseren welke mogelijke risico's er bestaan door in gesprek te gaan met de cliënt over de achtergronden en risico's van het gebruik en hun dossier te bestuderen. Vervolgens consulteren ze collega's, bij voorkeur informeel, maar als het ernstiger is ook formeel (hierbij wordt steeds gelet op geldende procedures, protocollen en meldcodes). Het type middel, type delictgedrag en de context zijn van belang. Cannabisgebruik wordt bijvoorbeeld als minder ernstig gezien dan cocaïnegebruik, vanwege de illegaliteit en het effect. Deze resultaten komen overeen met de resultaten uit de enquête. De deelnemers benoemen dat attitudes (van collega's) behoorlijk uiteenlopen van meer ontspannen tot streng en dat dit waarschijnlijk van invloed is op hun handelen.

Member check

Vier professionals, allen werkzaam bij de SVG, kregen het concept eindrapport en 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 (druk uitoefenen) 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. De SVG kan hierin sterker een expert / consultrol vervullen naar ketenpartners, bijvoorbeeld bij casuïstiek met verslavingsproblematiek.

Conclusie en aanbevelingen

Geconcludeerd kan worden dat forensisch sociale professionals vrij positieve attitudes ten aanzien van middelengebruikers en de behandelbaarheid van verslaving hebben, maar dat er duidelijke verschillen zijn tussen subgroepen. Hierbij valt met name op dat verslavingsprofessionals minder moralistische en stereotype attitudes hebben, professionals die persoonlijke ervaringen hebben met verslaving meer tolerantere attitudes hebben, maar ook strenger zijn. Meer kennis en ervaringen in het werken met verslaafde cliënten bieden mogelijk een verklaring voor deze verschillen. Verder viel op dat er veel verschillen zijn tussen klinisch en ambulant werkende forensisch sociale professionals. Klinisch werkenden zijn doorgaans strenger en hebben meer moralistische opvattingen. De context en het juridisch kader zal hierbij uiteraard een rol spelen (binnen forensische instellingen is vaak een formeel verbod op middelengebruik). Hierbij speelt mogelijk ook dat de groep klinisch werkenden jonger is.

Hoewel professionals het doorgaans met elkaar eens zijn over de behandelbaarheid van verslaving lopen de attitudes ten aanzien van de inhoud en vorm van de behandeling behoorlijk uiteen. Met name op de stelling dat het uitoefenen van druk op cliënten gerechtvaardigd is om hen zo ver te krijgen dat ze behandeling accepteren wordt verschillend gereageerd. Het zou zinvol zijn om over dergelijke onderwerpen met elkaar in gesprek te gaan en kennis en ervaringen uit te wisselen om hiermee bijvoorbeeld tot een meer eenduidige visie te komen op behandeling van verslavingsproblematiek. Dergelijke gesprekken kunnen zowel binnen de SVG als met ketenpartners waardevol zijn. Op basis van de resultaten concluderen wij dat – meer in het algemeen - opleiding, coaching van (beginnende) professionals en meer dialoog en kennisuitwisseling tussen professionals van verschillende instellingen behulpzaam kan zijn. Dit kan de samenwerking binnen de keten vergemakkelijken en zorgt voor meer consistentie in het professioneel handelen en duidelijkheid voor forensische cliënten met verslavingsproblematiek. Een aandachtspunt hierbij is dat uit eerder onderzoek is gebleken dat educatie en kennisuitwisseling over verslaving alleen werkt als professionals zich hierin voldoende ondersteund en gefaciliteerd voelen vanuit de organisatie (Ford et al., 2008). Het is echter niet realistisch dat eenieder over dezelfde specialistische kennis beschikt, ook gezien de snelle ontwikkelingen op dit gebied. De SVG zou als expert begeleiden van cliënten met verslavingsproblematiek nog sterker een consultrol op zich kunnen nemen, bijvoorbeeld rondom casuïstiek met verslavingsproblematiek.

De kwalitatieve analyse van de open vragen en de vignettenstudie leveren interessante inzichten op in de drijfveren en werkwijze van forensisch sociale professionals ten aanzien van middelengebruik, waarbij het bespreekbaar maken met de cliënt, het analyseren en de samenwerking zoeken voorop staan. Het type middel en type delictgedrag zijn belangrijk in de overwegingen en dit kan ook weer per cliënt verschillen; het blijft dus maatwerk. Deze bevindingen bieden vooralsnog echter weinig inzicht in het effect van attitudes op handelen. Hier is ander type onderzoek voor nodig, bijvoorbeeld waarin professionals met bepaalde attitudes voor een langere periode gevolgd worden in hun werk en besluitvorming.

Het opzetten van een algemene methodiek om attitudes in gesprek te brengen, wat bij aanvang van dit project een doel was, achten wij vooralsnog beperkt zinvol gezien de over de gehele linie gevonden positieve attitudes (en ook gezien de tijdsinvestering voor professionals). Er zijn slechts enkele professionals die minder positieve attitudes hebben (bijvoorbeeld die cliënten met verslavingsproblematiek onprettig vinden om mee te werken of verslaving als niet behandelbaar beschouwen). Wel is het belangrijk voor leidinggevendenden om deze professionals in het oog te krijgen, te bevragen en te coachen waar nodig.

Aanbevelingen

- Investeer voor het gehele forensisch sociale domein in meer voorlichting en educatie over (behandeling van) verslaving en biedt daarin als organisatie ook voldoende gelegenheid en ondersteuning om hier tijd aan te spenderen.
- Zorg voor dialoog en kennisuitwisseling tussen professionals uit verschillende type instellingen, zodat ze beter op de hoogte zijn van elkaars visie, aanpak en beleid op gebied van middelengebruik. De SAAS-stellingen waarop in het huidige onderzoek verdeeldheid werd gevonden kunnen een startpunt zijn voor een inhoudelijk gesprek over de visie op behandeling verslavingsproblematiek.
- Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek:
 - Diepgaander onderzoek naar bepaalde attitudes waar veel verdeeldheid op werd gevonden, bijvoorbeeld of het bruikbaar is druk uit te oefenen (en op welke manier) om tegenwerkende cliënten zo ver te krijgen dat ze behandeling accepteren
 - Andere persoonlijke kenmerken van professionals die mogelijk van invloed zijn op hun werk, zoals werktoewijding of mentale weerbaarheid
 - Onderzoek naar samenwerking in de keten rondom cliënten met verslavingsproblematiek
 - Longitudinaal onderzoek naar invloed van attitudes op professioneel handelen
 - Attitudes t.a.v. behandelbaarheid verslaving bij andere ketenpartners (vb. DJI)
 - Attitudes en kennis over partnergeweld in relatie tot middelengebruik
 - Werkalliantie bij verslaafde cliënten

1. Inleiding

Het werken met cliënten met verslavingsproblematiek vraagt om specifieke competenties van forensisch sociale professionals. Naast een gedegen opleiding en het werken met onderbouwde methodieken, gaat het hierbij ook over de persoon van de professional en diens persoonlijke opvattingen en ervaringen. Binnen de verslavingsreclassering speelt de vraag in hoeverre attitudes van hun professionals ten aanzien van middelengebruik van invloed zijn op hun werk en de trajecten van cliënten. Vanuit het SVG-document *Ontwikkelagenda Middelen en Delict* (2018) werden enkele vragen opgesteld:

- Welke attitudes zijn er ten opzichte van middelengebruik in het algemeen en over middelenmisbruik / verslaving (bijvoorbeeld variërend van begrip en gedogen tot afkeuring en strikte controle of over de behandelbaarheid van verslaving) en zijn hierin verschillen te onderscheiden naar type middel (bijvoorbeeld alcohol, MDMA, cannabis)?
- Wanneer en hoe meld je middelengebruik bij het OM?
- Waar ligt de grens tussen noodzakelijke professionele ruimte om het doel van recidivevermindering te bereiken en een ongewenste attitude gebaseerd op persoonlijke overtuiging?

Bovenstaande vormde de aanleiding voor het huidige onderzoek waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan. Eerst wordt de literatuur naar professioneel handelen en naar (de mogelijke invloed van) attitudes van professionals ten aanzien van middelengebruik samengevat.

Professioneel handelen bij forensische cliënten

Geloof in de veranderbaarheid van forensische cliënten wordt over het algemeen beschouwd als een wezenlijk kenmerk van professionele effectiviteit (Trotter, 2015). Uit onderzoek naar attitudes van professionals werkzaam in justitieel kader is gebleken dat dit soort attitudes de kans op succesvol afronden van een traject van een cliënt vergroot. In een onderzoek naar attitudes van 132 professionals ten aanzien van persoonlijkheidsproblematiek bij forensische cliënten concluderen Beryl en Völlm (2018) 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. Op grond van een literatuurreview over effectief reclasseringstoezicht concludeert Durnescu (2012) dat persoonskenmerken als openheid voor het perspectief van de cliënt, oprechtheid en respect hierbij van wezenlijk belang zijn. Kortom, een positieve houding ten opzichte van rehabilitatie, geloven dat verandering mogelijk is, open staan 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 goede communicatie binnen een instelling en het ervaren van autonomie bij de professionals (De Vogel & Bosker, 2018, 2019).

Het concept werkalliantie¹ is hier ook van belang te noemen; uit onderzoek is gebleken dat juist bij cliënten met verslavingsproblematiek het lastiger kan zijn om een goede werkalliantie te bewerkstelligen. In een Nederlands onderzoek bij de reclassering werd bij dit type cliënten vaker een verslechtering in de werkalliantie gezien (Sturm, Menger, De Vogel, & Huibers, 2019). In dit onderzoek werd voor 201 reclasseringscliënten de *Werkalliantiemonitor* op twee momenten ingevuld door zowel de cliënt als de reclasseringswerker en gekeken naar veranderingen in de tijd. Vanuit het perspectief van de cliënt werd gezien dat positieve motivatie gerelateerd was aan een stabiel patroon van de werkalliantie. Verslavingsproblematiek bij de cliënt vergrootte de kans op verslechtering op alle vier de aspecten van de werkalliantie (richting en kader, binding, vertrouwen en stroefheid). In een vervolgonderzoek werden de coderingen van 199 cliënten gerelateerd aan officiële recidivecijfers en werd gevonden dat een dalend patroon van vertrouwen zowel algemene als geweldsrecidive voorspelde, ook wanneer werd gecontroleerd voor andere risicofactoren voor recidive (Sturm, De Vogel, Menger, & Huibers, in press).

Onderzoek naar attitudes ten aanzien van middelengebruik

Voor zover ons bekend is er tot nu toe geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar attitudes ten aanzien van middelengebruik specifiek bij cliënten met reclasseringstoezicht en wat deze betekenen voor het werk en trajecten van reclasseringscliënten. Wel zijn er in aangrenzende vakgebieden onderzoeken gepubliceerd over dit onderwerp.

Attitudes medische professionals ten aanzien van middelengebruik

In een systematische review (in totaal 28 studies uit Australië, VS, VK, Canada en Ierland) naar attitudes ten aanzien van middelengebruik bij professionals werkzaam in de gezondheidszorg werd gevonden dat ze vaak een negatieve attitude hebben ten aanzien van patiënten met verslavingsproblematiek (Van Boekel et al., 2013, 2015a). 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 werd gevonden dat deze attitudes een negatieve invloed hebben op de werkwijze van professionals. Zo werd gevonden dat medische professionals minder empathisch 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.

Kelleher en Cotter (2009) onderzochten de kennis en attitudes van in totaal 66 artsen en verpleegkundigen werkzaam op een eerstehulp post in Ierland. Zij vonden dat de respondenten vrij negatieve attitudes hadden ten aanzien van verslaafden en dat die attitudes een constructieve medische behandeling in de weg staan. Hun conclusie luidde dat er meer training nodig is en dat er een standaard protocol moet worden ontwikkeld voor het identificeren en omgaan van cliënten

¹ De werkalliantie wordt gedefinieerd als de kwaliteit van het contact en de onderlinge samenwerking en heeft vier kenmerken: richting en kader, vertrouwen, binding en stroefheid (zie Henskens et al., 2019; Menger, 2018).

met verslaving die zich melden bij de eerste hulp. Een soortgelijke studie werd uitgevoerd met de *Substance Abuse Attitude Scale* (SAAS; Chappel, Veach, & Krug, 1985) in Zuid-Afrika onder 69 medische professionals op een eerstehulp post (Kalebka, Bruijns, & Van Hoving, 2013). Hierin werden over het geheel genomen vrij positieve attitudes gevonden ten aanzien van verslaafden, onder andere wat betreft behandeloptimisme, maar er werd tevens geconcludeerd dat meer training naar bijvoorbeeld het herkennen van verslaving en het inzetten van motivationele technieken waardevol kan zijn. In een 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 (May et al., 2002). In een Britse studie naar 417 studenten geneeskunde werd eveneens een verband gevonden tussen persoonlijke ervaringen met gebruik en meer positieve attitudes naar verslaafden (Linden, 2010).

Attitudes gedragsdeskundigen ten aanzien van middelengebruik

Bovenstaande onderzoeken werden uitgevoerd bij (voornamelijk) medische professionals. Er zijn slechts enkele studies gepubliceerd over attitudes van gedragsdeskundigen of studies waarin groepen worden vergeleken. Dezelfde groep auteurs van de systematische review vergeleek in een eigen onderzoek attitudes ten aanzien van middelengebruik bij diverse groepen in Nederland en vonden daarbij een significant verschil tussen het 'algemene publiek' en huisartsen versus behandelaars en cliënten binnen de GGZ / verslavingszorg (Van Boekel et al., 2015b). Het algemene publiek inclusief huisartsen hadden aanzienlijk minder positieve verwachtingen van verslavingsbehandeling en rapporteerden meer sociale distantie tot mensen met verslavingsproblematiek dan behandelaars en cliënten zelf. In een studie in acht Europese landen werden in totaal 866 professionals uit verschillende beroepsgroepen uit de (geestelijke) gezondheidszorg gevraagd naar hun werktoewijding ('regard')² voor het werken met verschillende typen patiënten (Gilchrist et al., 2011). 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 alle andere professies, inclusief professionals uit de algemene psychiatrie. Van de verschillende functies haalden psychologen en social workers 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 10 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 waardering voor het werken met verslaafden, het zegt echter niet direct iets over attitudes ten aanzien van (de behandelbaarheid van) verslaafden.

In Australië werd een studie uitgevoerd naar attitudes ten aanzien van middelenmisbruik bij 173 gedragsdeskundigen met als doel om een educatieprogramma te ontwikkelen. In dit onderzoek werden meer optimistische attitudes gevonden vergeleken met de onderzoeken naar medische

² 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.

professionals, met name wat betreft behandel mogelijkheden bij cliënten die alcohol of drugs misbruiken (Pinikahana, Happell, & Carta, 2002). Dit werd ook gevonden in een studie naar 383 behandelaars werkzaam in de verslavingszorg in de Verenigde Staten (Kirby, Benishek, Dugosh, & Kerwin, 2006); zij hadden over het algemeen positieve attitudes ten aanzien van behandel mogelijkheden, in dit geval specifiek bevraagd voor Contingency Management (CM). Richmond en Foster (2003) onderzochten met de *Substance Abuse Attitude Scale* de attitudes bij 59 ambulante hulpverleners en vonden dat professionals die zelf drugs of tabak gebruiken meer tolerante opvattingen (hogere scores op SAAS-factor Tolerantie) hadden dan degenen die geen drugs of tabak gebruiken. Foster en Onyeukwu (2003) onderzochten vervolgens de attitudes ten aanzien van middelengebruik bij 63 nurses werkzaam in een intramurale forensische setting met hetzelfde instrument. Zij vonden dat de attitudes van deze nurses over het geheel genomen negatiever waren dan die in het eerdere onderzoek (Richmond & Foster, 2003). Er waren verschillen naar sekse en etniciteit, zo hadden vrouwen minder moralistische opvattingen dan mannen (hogere scores op SAAS-factor Non-moralisme³) en "black nurses" waren optimistischer over behandeling dan "non-black nurses". Opgemerkt dient te worden dat deze twee onderzoeken relatief kleine groepen bestudeerden en dat de resultaten niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden.

Kortom, de aard en invloed van attitudes ten aanzien van middelenmisbruik bij (forensisch sociale) professionals lijken van belang, maar zijn nog onvoldoende onderzocht en de bevindingen tot nu toe zijn niet eenduidig. 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 2013⁴). Naar attitudes ten aanzien van (de behandelbaarheid van) verslaving bij professionals werkzaam in een justitieel kader is nauwelijks onderzoek gedaan. Verder is er nog niet veel bekend of er verschillen wat betreft attitudes bestaan tussen subgroepen, bijvoorbeeld mannen versus vrouwen, of minder versus meer ervaren professionals. Een relevante vraag is of professionals die specifiek met forensische cliënten met verslavingsproblematiek werken binnen een justitieel kader andere attitudes hebben dan professionals die meer in het algemeen met forensische cliënten werken. Ook eigen middelengebruik of ervaring met verslaving in de persoonlijke omgeving is mogelijk van invloed op attitudes, maar hier is weinig wetenschappelijk onderzoek naar verricht. Tot slot is er voor zover ons bekend geen onderzoek naar de invloed van attitudes op het handelen van de professional en het traject van de forensische cliënt.

Huidige studie

In het huidige onderzoeksproject willen we de attitudes van reclasseringswerkers / forensisch sociale professionals⁵ ten aanzien van middelengebruik en de mogelijkheden tot verbetering bij

³ Zie voor uitleg over de SAAS-factoren Tabel 1 op p. 17.

⁴ Recent (februari 2020) is een intentieverklaring *Behandel verslaving als ziekte* getekend door 14 zorgpartijen. <https://www.ggz-nederland.nl/actueel/ggz-nederland-tekent-met-andere-zorgpartijen-intentieverklaring--behandel-verslaving-als-een-ziekte->

⁵ Ten behoeve van de leesbaarheid gebruiken we vanaf nu de bredere term forensisch sociale professionals.

een cliënt in kaart brengen en vervolgens onderzoeken welke mogelijke invloed dit heeft op het traject van de cliënt. Daarnaast willen we onderzoeken of er verschillen zijn in subgroepen, naar gender, werkervaring, setting, verslavingsprofessional of niet, en persoonlijke ervaringen met middelengebruik / verslaving. Dit is onderzocht in een exploratief onderzoek met een mixed-method design, waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve data zijn verzameld en geanalyseerd.

Doelstellingen van het onderzoeksproject:

1. Inzicht verkrijgen in de attitudes van forensisch sociale professionals ten aanzien van middelengebruik en de behandelbaarheid van verslaving.
2. Inzicht verkrijgen in de invloed van deze attitudes op het werken van de forensisch sociale professionals binnen het traject van de cliënt.

Onderzoeksvragen hierbij zijn:

1. Welke attitudes van forensisch sociale professionals ten aanzien van middelengebruik en verslaving bestaan?
2. In hoeverre zijn er verschillen in attitudes van mannelijke versus vrouwelijke forensisch sociale professionals?
3. In hoeverre zijn er verschillen in attitudes van forensisch sociale professionals die meer of minder ervaring hebben in het werken in het forensisch sociale domein?
4. In hoeverre zijn er verschillen in attitudes van forensisch sociale professionals die specifiek met cliënten met verslavingsproblematiek werken (SVG) versus andere forensisch sociale professionals?
5. In hoeverre zijn er verschillen in attitudes van forensisch sociale professionals werkzaam in een klinische setting versus een ambulante setting?
6. In hoeverre zijn er verschillen in attitudes van forensisch sociale professionals die zelf – of in hun omgeving te maken hebben (gehad) met verslavingsproblematiek?
7. Welke mogelijke invloeden hebben de attitudes op het professioneel handelen van forensisch sociale professionals?
8. Maakt het voor het professioneel handelen uit welke type middel er wordt gebruikt en om welk type delictgedrag (specifiek: partnergeweld) het gaat?

Gezien de beperkte literatuur naar attitudes van forensisch sociale professionals ten aanzien van middelenmisbruik en het exploratieve karakter van dit onderzoek werden geen hypothesen opgesteld.

2. Methode

Procedure

Na een literatuurverkenning werd een enquête ontwikkeld om attitudes van forensisch sociale professionals ten aanzien van middelengebruik te inventariseren. Het onderzoek werd in eerste instantie uitgevoerd bij reclasseringswerkers van de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) die met cliënten met verslavingsproblematiek werken in een gedwongen kader. Daarnaast werden de reclasseringswerkers van Reclassering Nederland (RN) en Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering (LJ&R) gevraagd deel te nemen aan de enquête, aangezien een aanzienlijk deel van hun populatie ook verslavingsproblematiek kent. Tevens werd voor een vergelijking een deel van het onderzoek (met name de enquête) ook uitgevoerd bij ketenpartners, werkzaam in de klinische en ambulante forensische zorg. Het doel was om een zo groot mogelijke groep deelnemers voor de enquête te bereiken zodat onderzocht kon worden of er verschillen bestaan tussen subgroepen professionals, bijvoorbeeld naar sekse, werkervaring, setting en persoonlijke ervaringen met verslaving.

Enquête

De enquête werd samengesteld op basis van de gevonden literatuur. We zochten hierbij – naast wetenschappelijk onderzoek naar attitudes - naar betrouwbare en gevalideerde instrumenten om attitudes ten aanzien van middelengebruik in kaart te brengen (zie verder onder *Instrumenten*). Het streven was om een online enquête te ontwikkelen die binnen 15 tot 20 minuten in te vullen is. De enquête werd uitgezet met HU-Survey, dit platform is goedgekeurd door de privacy officer van het Kenniscentrum Sociale Innovatie en de Ethische Commissie Onderzoek van Hogeschool Utrecht. De uitnodiging om de enquête in te vullen werd via verschillende kanalen verspreid (o.a. intranet SVG, RN, LJ&R; LinkedIn o.a. in diverse groepen zoals de Master Forensisch Sociale Professional; eigen netwerken van de onderzoekers en op een stand op het jubileumcongres van de SVG d.d. 28 november 2019). Studenten van Hogeschool Utrecht (Social Work) werden ook benaderd om de enquête in te vullen. Aan alle respondenten werd uitleg over het onderzoek gegeven en vervolgens een toestemmingsverklaring voorgelegd (zie Bijlage 1). Aan het einde van de enquête werd gevraagd of respondenten interesse hadden om deel te nemen aan de vignettenstudie. Bij geïndiceerde interesse werden respondenten doorgeleid naar een tweede online formulier waar men naam en contactgegevens kon achterlaten. Deze gegevens konden op geen enkele manier gekoppeld worden aan de antwoorden gegeven in de enquête. Om voldoende respons te kunnen garanderen werden onder deelnemers 3 bol.com bonnen verloot ter waarde van €100, €50, en €25. Na 10 weken werd op 06-01-2020 de enquête gesloten.

In totaal werden 334 enquêtes in voldoende mate ingevuld (d.w.z. alle stellingen van het gekozen instrument, de SAAS, werden ingevuld). Van deze 334 waren er 54 afkomstig van een afstudeeronderzoek van een master-student Forensisch Sociale Professional die bij werknemers

op een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) de enquête heeft uitgezet.⁶ Twintig studenten van Hogeschool Utrecht (Social Work) hebben de enquête ingevuld. De meesten van hen hadden geen ervaring in het werken met forensische cliënten. Een analyse van de data leerde dat zij op meerdere aspecten significant afweken van de professionals (zowel op attitudes, strengheid en eigen middelengebruik) en daarom werd besloten hen buiten de verdere analyses te laten omdat dit mogelijk vertekening oplevert.⁷ In totaal zijn dus 314 bruikbare enquêtes in het huidige onderzoek naar de SAAS meegenomen. Van deze 314 respondenten vulden 22 wel de SAAS volledig in, maar niet of slechts gedeeltelijk de vragen naar hun persoonlijke achtergrond. De analyses naar de subgroepen konden dus worden uitgevoerd voor 292 professionals.

Vignetten

Nadat de enquête was gesloten en de gegevens voorlopig waren geanalyseerd werden twee vignetten opgesteld. Het doel van dit deel van het onderzoek was om inzicht te verkrijgen in de invloed van attitudes op het werk van professionals: welke keuzes maakt de professional en waarom? De vignetten bevatten concrete situatieschetsen van een cliënt en varieerden in een aantal aspecten (o.a. type middel, hoeveelheid van het gebruikte middel, type delictgedrag en sociale context, zie Bijlage 2). De vignetten werden trapsgewijs aangeboden via Mentimeter⁸; bij iedere stap werd extra informatie toegevoegd. Deelnemers werden na het ondertekenen van een Informed consent (zie Bijlage 3) individueel gevraagd naar hun reactie op het vignet hoe zij in deze casus zouden handelen en welke overwegingen ze daarbij hanteren. Vervolgens gingen de deelnemers met elkaar in discussie om hun keuzes toe te lichten. Er waren twee bijeenkomsten van twee uur gepland (9 en 24 maart 2020). Door de COVID-19 crisis kon de bijeenkomst van 24 maart niet doorgaan en de bijeenkomst van 9 maart werd uiteindelijk door maar twee deelnemers bezocht (meerdere af- / ziekmeldingen). Desalniettemin was de bijeenkomst waardevol en achten de onderzoekers het materiaal bruikbaar.⁹ De discussie is met audioapparatuur opgenomen, uitgewerkt en ter goedkeuring voorgelegd aan de participanten. Zij gaven beiden hun akkoord op het verslag.

⁶ Dit betekent dat professionals werkzaam in een FPA relatief oververtegenwoordigd zijn in de groep respondenten en in de subgroep professionals werkzaam in klinische setting.

⁷ Studenten beoordelen zichzelf gemiddeld als strenger vergeleken met de professionals (6.3 versus 5.3 op een tienpuntsschaal, $p < .01$) en ze hebben meer stereotype en moralistische opvattingen over middelengebruik (o.a. significant lagere scores op SAAS-factoren Non-stereotypes, Behandeloptimisme en Non-moralisme). Opvallend was verder dat studenten vaker zelf drugs gebruiken vergeleken met de professionals (26.3% versus 17.9%, $p < .05$).

⁸ Mentimeter is een online tool die ingezet kan worden om interactieve sessies met publiek te organiseren.

⁹ Uiteraard beperkt dit de generaliseerbaarheid van de studie. De onderzoekers hebben nagedacht over uitsluiting of om de vignettenstudie op een andere (digitale) manier vorm te geven, maar er voor gekozen om dit niet te doen aangezien de waarde van dit type onderzoek zit in de discussie die ter plekke ontstaat tussen deelnemers. In plaats daarvan is gekozen om een member check uit te voeren.

Member check

Tot slot is een *member check* gehouden waarbij professionals hebben gereflecteerd op de resultaten van het onderzoek en met elkaar en de onderzoekers in discussie gingen. Deze member check vond aan het einde van het onderzoek plaats, middels een digitale bijeenkomst. Er hebben vier professionals, allen werkzaam bij de SVG, deelgenomen en drie onderzoekers (auteurs 1-3). De professionals kregen vooraf het concept eindrapport en de factsheet toegestuurd. De bijeenkomst werd met toestemming van de deelnemers digitaal opgenomen en er werd een verslag van gemaakt.

Participanten

In totaal waren er 314 respondenten die alle SAAS-stellingen hadden ingevuld. Van deze 314 respondenten hadden er 22 voor gekozen om (nagenoeg) geen gegevens over zichzelf in te vullen. Deze zijn in de analyses van de subgroepen dus ook niet meegenomen. De kenmerken van de respondenten worden onder de *Resultaten* beschreven. De deelnemers aan de vignettenstudie werden geworven via de enquête; geïnteresseerden konden zich aanmelden en werden vervolgens uitgenodigd. In het kader van privacy en herleidbaarheid van de deelnemers kunnen hier geen details over de deelnemers worden vermeld, behalve dat beide man zijn, een van hen werkzaam is binnen RN en de andere in het forensisch sociale domein, niet zijnde de reclassering.

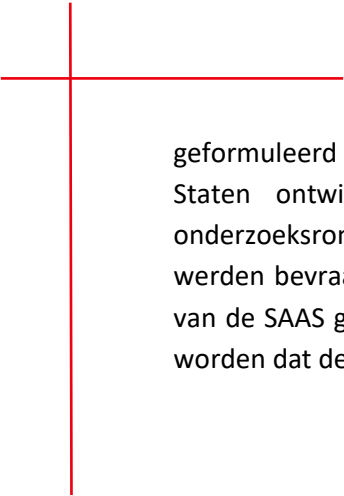
Instrumenten

De enquête bestond uit meerdere delen (zie Bijlage 1). Naast het inhoudelijke deel over attitudes werden enkele basisvragen gesteld over sekse, leeftijd en professionele achtergrond (functie, aantal jaren professionele ervaring) en of de respondent zelf middelen (heeft) gebruikt of verslaving in de eigen omgeving heeft meegemaakt.

De Brief Substance Abuse Attitude Survey (SAAS)

Definitie attitude. Het is eerst van belang om hier een definitie te geven van het concept attitude. 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, emotioneel als gedragsmatig en is betrekkelijk stabiel. Voor meer informatie wordt verwezen naar de algemene literatuur over attitudes (bijvoorbeeld Maio, Haddock, & Verplanken, 2018).

Na een verkenning van de literatuur waarbij werd gezocht naar vragenlijsten naar attitudes ten aanzien van middelengebruik werd uiteindelijk gekozen voor de *Brief Substance Abuse Attitude Survey*; Chappel et al., 1985). De Brief SAAS is een verkorte versie van de SAAS en bestaat uit 25 stellingen welke 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 om de vijf factoren te berekenen, waarbij sommige stellingen worden omgecodeerd omdat ze negatief zijn



geformuleerd (zie Tabel 1 en 5). De originele SAAS bevat 50 stellingen. De SAAS is in de Verenigde Staten ontwikkeld voor medische professionals en studenten op basis van diverse onderzoeksrondes waarbij klinici (artsen, verpleegkundigen, sociaal werkers, psychologen) werden bevestigd. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat de psychometrische eigenschappen van de SAAS goed zijn (o.a. Jenkins, Fisher, & Applegate, 1990), waarbij wel aangetekend moet worden dat deze doorgaans de volledige SAAS onderzochten.

Tabel 1 SAAS-factoren

Factoren SAAS		
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-stereotypes	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.

In Tabel 5 op p. 23 is te lezen welke stellingen onder deze vijf factoren vallen.¹⁰ Eén stelling valt onder geen van de vijf factoren.

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 (zie Van Boekel et al., 2013). Het is in ieder geval in meerdere wetenschappelijke onderzoeken gebruikt en er is over gepubliceerd in peer-reviewed journals, waaronder een onderzoek in een forensische populatie (Foster & Onyeukwu, 2003). Bovendien is het instrument relatief kort en dus snel in te vullen. Wij hebben gekozen voor de korte versie omdat dit de haalbaarheid van het onderzoek vergroot en omdat deze vrij beschikbaar is.¹¹

De SAAS is door de onderzoekers vertaald in het Nederlands. Aangezien de oorspronkelijke auteurs van de SAAS (welke is gepubliceerd in 1985) niet meer te bereiken waren kon helaas geen formele toestemming voor de Nederlandse vertaling worden gevraagd. Voor zover wij hebben kunnen achterhalen was er nog geen formele Nederlandse vertaling beschikbaar. Tijdens de vertaling stuitten we op wat moeilijkheden en hebben we – na overleg met leden van de SVG-begeleidingscommissie - enkele stellingen aangepast voor de huidige Nederlandse context. Dit werd gedaan om verwarring bij de respondenten te voorkomen en om de enquête zo beknopt mogelijk te houden. Zo zijn enkele woorden aangepast, bijvoorbeeld forensisch sociale

¹⁰ Enkele stellingen waren tegengesteld geformuleerd en werden omgecodeerd bij het berekenen van de factoren (2, 13, 14, en 19). Alle stellingen van de factoren Non-stereotypes en Non-moralisme waren negatief geformuleerd en zijn omgecodeerd ten behoeve van het berekenen van de scores op de SAAS-factoren.

¹¹

https://medicine.yale.edu/sbirt/Images/brief_substance_abuse_attitude_survey_tcm508-100733.pdf

professionals in plaats van 'physician', en cannabis in plaats van marihuana. Ook zijn drie stellingen die we onduidelijk of voor de huidige context niet relevant achtten weggelaten.¹²

Analyses

Het onderzoek bestaat uit een kwantitatief en een kwalitatief deel. De kwantitatieve resultaten (antwoorden op de SAAS) werden met SPSS 25.0 geanalyseerd. De antwoorden op de 5-puntsschaal voor de individuele stellingen zijn hierbij opgeteld. Eerst werden de gegevens geanalyseerd van de totale groep. Vervolgens werd onderzocht of er verschillen waren tussen subgroepen professionals. Ten behoeve van de analyses naar verschillen tussen subgroepen zijn enkele variabelen dichotoom gecodeerd, omdat de groepen anders te klein werden om nog vergelijkingen te mogen maken. Om verschillen in kenmerken tussen subgroepen te toetsen werd gebruikt gemaakt van Chi-kwadraat toetsen. Aangezien de groepen ongelijk in aantallen waren en de assumpties van parametrisch toetsen werden geschonden werd gekozen voor een non-parametrische toets, de Mann Whitney U test, om verschillen tussen groepen op de SAAS-stellingen te toetsen.

De volgende vijf subgroepen werden geformeerd (zie voor een overzicht Tabel 2):

1. *Gender*. Mannen versus vrouwen. De mogelijkheid 'anders' werd geen enkele keer ingevuld.
2. *Werkervaring*. Professionals met meer of minder werkervaring. Hierbij is voor "minder werkervaring" minder dan 5 jaar gehanteerd en voor "meer werkervaring" de grens gehanteerd van 5 jaar werkervaring in het forensisch sociale domein of meer.
3. *Verslavingsprofessional*. Professionals die bij SVG werken of zelf aangaven specifiek te werken met forensische cliënten met verslavingsproblematiek (dit betrof 1 behandelaar).
4. *Setting*. Professionals werkend in een ambulante setting (inclusief reclassering) of in een klinische setting.
5. *Persoonlijke ervaring met verslaving of middelengebruik*. Professionals die hebben aangegeven zelf wel of niet te maken hebben (gehad) met verslaving (zelf, partner, familie, vrienden) en hebben gerapporteerd over hun eventuele eigen gebruik van alcohol en / of drugs.

¹² Dit betrof de stellingen: 13) Paraprofessionals kunnen een effectieve behandeling bieden aan drugs- en alcoholgebruikers; 23) Een herstellend persoon die actief is bij een zelfhulpgroep zoals de Anonieme Alcoholisten reageert niet goed op psychotherapie; 24) Een verpleegkundige die afhankelijk is van drugs zou geen medicatie mogen geven aan patiënten.

Tabel 2. Subgroepen professionals: dichotoom gecategoriseerd

Subgroep	Definitie	Naam	n (%)	Naam	n (%)
Gender	Vrouw of man	Vrouw	195 (67.2)	Man	95 (32.8)
Werkervaring	Minder of meer dan 5 jaar werkervaring	Minder ervaring	100 (31.8)	Meer ervaring	188 (65.3)
Verslavingsprofessional	SVG of specifiek benoemd behandelaar op gebied van verslaving	Verslavings-professional	81 (27.7)	Professional (niet specifiek verslaving)	211 (72.3)
Setting	Werkzaam in klinische of ambulante setting	Klinisch	100 (35.8)	Ambulant	179 (62.2)
Persoonlijke ervaringen verslaving	Zelf wel of niet verslaafd (geweest)	Zelf	17 (5.9)	Zelf niet	271 (94.1)
	Partner wel of niet verslaafd (geweest)	Partner	26 (9.1)	Partner niet	260 (90.9)
	Familie wel of niet verslaafd (geweest)	Familie	103 (35.5)	Familie niet	187 (64.5)
	Vrienden wel of niet verslaafd (geweest)	Vrienden	137 (47.6)	Vrienden niet	151 (52.4)
Persoonlijke ervaringen middelengebruik	Alcohol minder of meer dan 1x per week	Alcohol > 1x p.w.	63 (22.0)	Alcohol max 1x p.w.	223 (78.0)
	Drugsgebruik	Wel	51 (17.9)	Niet	234 (82.1)
	Alcohol minder of meer dan 1x per week en / of drugsgebruik	Alc > 1x p.w. /drugs	96 (33.1)	Alc < 1x p.w geen drugs	194 (66.9)

Voor het analyseren van de open vragen in de online enquête werd ATLAS.ti gebruikt. Wat betreft de vignettenstudie werd het gesprek met de professionals met audioapparatuur opgenomen en uitgewerkt in een verslag wat ter goedkeuring aan de deelnemers werd voorgelegd.

3. Resultaten

3.1 Beschrijving respondenten enquête

In Tabel 3 staan de kenmerken van de respondenten die de persoonlijke gegevens hebben ingevuld (n= 292). De gemiddelde leeftijd van de totale groep 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 toezichthoudende rol.

Tabel 3. Kenmerken van de respondenten enquête (n = 292)

Kenmerken	N	%
Vrouw	195	67.2
Man	95	32.8
<i>Werksetting</i>		
Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG)	80	27.5
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. RIBW)	5	1.7
Klinische reguliere geestelijke gezondheidszorg	8	2.7
Overig	16	5.5
<i>Werkervaring</i>		
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

Noot: De genoemde percentages zijn de valide percentages.

In Tabel 4 wordt de respons weergegeven op de vragen over persoonlijke ervaringen met middelengebruik en verslaving. De gerapporteerde prevalentiecijfers van alcohol- en drugsgebruik zijn vergelijkbaar met de in de algemene bevolking gevonden cijfers (zie de Nationale Drug Monitor van Trimbos / WODC; Van Laar et al., 2019). In totaal had 71.8% van de respondenten binnen de eigen omgeving danwel zelf te maken gehad met verslaving.

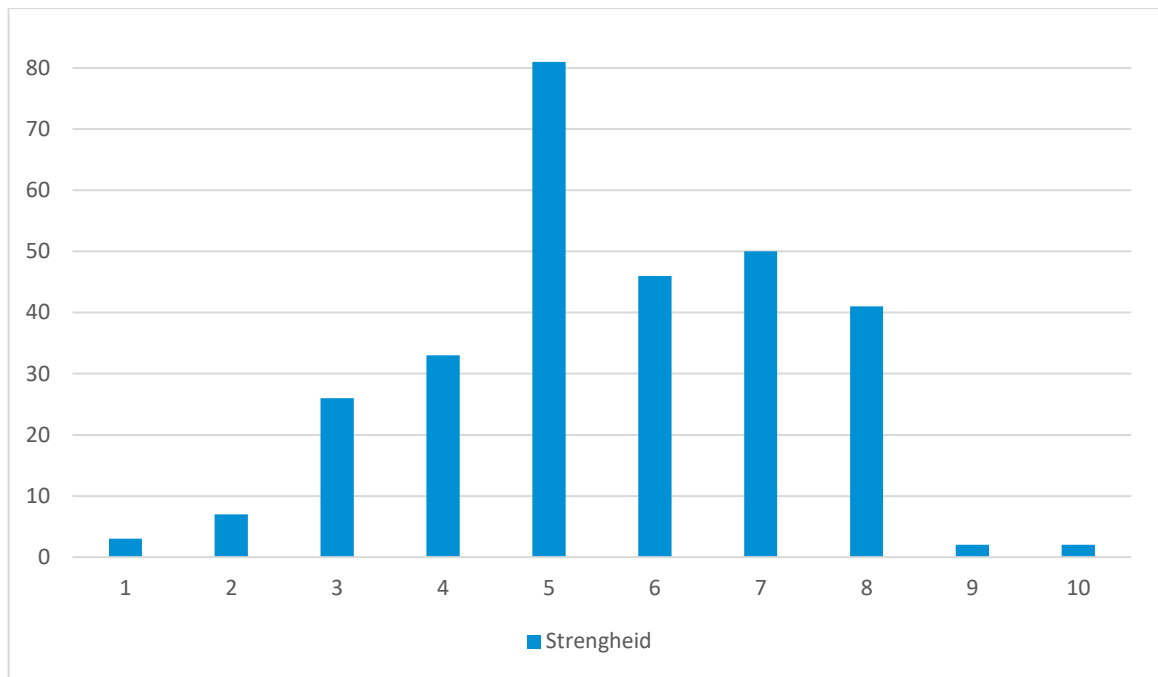
Tabel 4. Gerapporteerde ervaringen met middelengebruik en verslaving in aantallen en percentages (n = 292)

Persoonlijke ervaringen middelen	n	%
<i>Eigen gebruik alcohol</i>		
Dagelijks	3	1.0
Meer dan 1x per week alcohol	60	20.9
Ongeveer 1x per week	84	29.4
Ongeveer 1x per maand	40	13.9
Alleen bij speciale gelegenheden	61	21.3
Vroeger wel, maar nu niet meer	21	7.3
Nooit	17	5.9
<i>Eigen gebruik drugs</i>		
Meerdere malen per week	3	1.0
Ongeveer 1x per week	5	1.8
Ongeveer 1x per maand	10	3.5
Alleen bij speciale gelegenheden	33	11.6
Vroeger wel, maar nu niet meer	82	28.8
Nooit	152	53.3
<i>Verslaving</i>		
Geen persoonlijke ervaringen	82	28.2
Verslaving zelf	17	5.9
Verslaving partner	26	9.1
Verslaving familie	103	35.5
Verslaving vrienden	137	47.6

Noot: De genoemde percentages zijn de valide percentages. Van deze 292 respondenten hadden 6 de vraag over alcoholgebruik niet ingevuld en 7 de vraag over drugsgebruik niet ingevuld. Bij de variabele *Verslaving* kunnen meerdere antwoorden van toepassing zijn.

3.2 Enquête totale groep

Figuur 1 laat zien hoe de respondenten scoren op de vraag: *Hoe streng vindt u uzelf in vergelijking met collega's als u middelengebruik constateert bij een cliënt?* Op een schaal van 1 (helemaal niet streng) tot 10 (extreem streng). De gemiddelde score hierbij is 5.38 (SD = 1.6, range 1-10). De meeste respondenten (n = 80, 27.8%) geven zichzelf de score 5.



Figuur 1. Hoe streng vinden respondenten zichzelf in vergelijking met collega's als ze middelengebruik bij een cliënt constateren? In aantallen op een schaal van 1 (helemaal niet streng) tot 10 (extreem streng). n = 291.

In Tabel 5 staan antwoorden op de SAAS-stellingen voor de gehele groep in aantallen, percentages en de gemiddelde scores. Vervolgens wordt eerst een algemene beschrijving gegeven, waarna een bespreking per SAAS-factor volgt (zie voor de scores op de factoren Tabel 6) waarin tevens wordt vergeleken met eerdere onderzoeken.

Tabel 5. Respons op SAAS-stellingen (N = 314), in aantallen (percentages) en gemiddelde score

Nr	Stelling	Helemaal oneens (1)	Oneens (2)	Neutraal (3)	Eens (4)	Helemaal eens (5)	Gem. score
		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
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-stereotypes						
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
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
	Niet ladend op één 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

Attitudes over gebruik van alcohol en/of drugs en verslaving

Slechts enkele professionals zijn ervan overtuigd dat roken leidt tot het gebruik van cannabis, wat weer leidt tot het gebruik van harddrugs. Het overgrote deel van de professionals vindt ook niet dat een alcoholverslaving gerelateerd is aan een zwakke wil. De meningen zijn wat meer verdeeld over de ernst van dagelijks gebruik van cannabis; bijna de helft van de respondenten denkt dat dit schadelijk is, terwijl ruim een derde ervan overtuigd is dat het roken van één joint per dag niet per definitie kwaad kan. De meerderheid van de professionals is het daarentegen eens met de stelling dat cannabisgebruik door tieners gezond experimenteelgedrag betreft. Als een forensisch sociale professional zelf verslaafd is geweest, betekent dit volgens nagenoeg alle respondenten niet dat hij of zij nooit meer werkzaam zou mogen zijn in het forensisch sociale domein.

Attitudes over de behandeling

Over het geheel genomen zijn de attitudes ten aanzien van behandeling van verslaving positief. Bijna negen op de tien professionals zien alcoholverslaving en drugsverslaving als een behandelbare ziekte. Volgens bijna alle professionals hoeft je niet met behandeling te wachten totdat de cliënt helemaal aan de grond zit. Indien de verslaafde eerder al meerdere terugvallen had, betekent dit voor de meeste professionals niet dat iemand niet meer behandeld kan worden. Positief is verder dat het overgrote deel van de professionals het oneens is met de stelling dat de meeste alcohol en drugsverslaafde personen onprettig zijn om mee te werken. Ongeveer een kwart van de professionals vindt dat alcohol en drugsverslaafden alleen geholpen moeten worden door professionals op dit gebied, maar de meerderheid is het hier niet mee eens.

Over de invulling van - en het vervolg na de behandeling van middelenmisbruik verschillen de professionals wel meer van mening. Opvallend hierbij is dat de professionals dikwijls geen mening lijken te hebben, oftewel de antwoordcategorie Neutraal hebben ingevuld. De respondenten zijn verdeeld over het belang van opname in een kliniek tijdens de behandeling. Ongeveer één vijfde vindt een kliniek de beste plek, terwijl meer dan één derde hier neutraal tegenover staat en ruim 40% van de professionals vindt een kliniek niet te beste plek om te behandelen. Meer dan de helft van de professionals vindt groepstherapie een erg belangrijk onderdeel voor de behandeling van verslaving, één tiende is het hier niet mee eens en meer dan een derde is neutraal. Ook over actieve deelname aan programma's, zoals de AA, zijn de meningen verdeeld. Opvallend hierbij is dat bijna de helft van de respondenten hier neutraal heeft ingevuld. Mogelijk komt dit omdat de AA in Nederland minder groot en gangbaar is dan in Noord-Amerika. Over controlemiddelen, zoals urinecontrole zijn ze het daarentegen meer eens; de ruime meerderheid van de professionals vindt urinecontrole een belangrijk onderdeel van de behandeling. Verder vindt een meerderheid dat bij de behandeling van een drugsverslaving langdurige ambulante zorg noodzakelijk is. 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 (zie ook onder *Resultaten enquête naar subgroepen*).

Als een persoon door de behandeling eenmaal van de drugs af is gekomen, vindt ongeveer de helft van de professionals dat diegene nooit meer een sociale gebruiker kan worden. Ruim een kwart is het hier niet mee eens en een vijfde staat hier neutraal tegenover. Wat betreft alcohol vindt bijna een derde van de professionals dat levenslange abstinentie een noodzakelijk doel is.

SAAS-factoren

Tabel 6 geeft de gemiddelde scores, standaarddeviatie en range weer op de SAAS-factoren. Deze scores zeggen op zichzelf niet veel en de factoren zijn onderling niet te vergelijken, aangezien er steeds een ander aantal stellingen onder valt en omdat enkele factoren omgecodeerde stellingen bevat. Ook kunnen de scores op de SAAS-stellingen en factoren niet direct worden vergeleken met eerdere onderzoeken, aangezien deze vaak de volledige SAAS met 50 stellingen hadden gebruikt. In onderzoeken waarbij wel de verkorte versie werd gebruikt werd de antwoordcategorie *Neutraal* dikwijls niet meegenomen in het onderzoek. Desondanks zijn enkele patronen te ontdekken. Hieronder worden de meest opvallende bevindingen per SAAS-factor besproken en vergeleken met deze eerdere onderzoeken, met name die gericht waren op professionals op het gebied van psychische gezondheid (Kelleher & Cotter, 2009; Pinikahana et al., 2002).¹³ Hierbij dient te worden aangetekend dat met name het Australische onderzoek al bijna twintig jaar geleden is gepubliceerd, hetgeen mogelijke verschillen deels ook kan verklaren.

Tabel 6. SAAS-factoren; gemiddelde, standaarddeviatie en range (N = 314)

	Factoren	Gemiddelde	SD	Range
1.	Tolerantie	12.0	2.33	4-20
2.	Behandelinterventies	18.1	2.31	12-25
3.	Non-stereotypes	11.5	1.66	9-23
4.	Behandeloptimisme	18.1	1.68	9-23
5.	Non-moralisme	15.5	2.15	8-20

Tolerantie

Vergeleken met internationale onderzoeken lijken Nederlandse professionals wat toleranter te zijn in hun opvattingen over middelengebruik. Zo was in de Australische studie naar gedragsdeskundigen 73.4% het oneens met de stelling dat cannabisgebruik door tieners gezond experimenteelgedrag kan zijn (Pinikahana et al., 2002), bij de respondenten van het huidige onderzoek was dit 19.1%. Ook vonden de Australische professionals vaker dat levenslange abstinentie een noodzakelijk doel van de behandeling is dan de respondenten in het huidige onderzoek (59.6% versus 31.9%). In de onderzoeken naar medische professionals werden eveneens minder tolerante opvattingen gevonden dan in het huidige onderzoek. Zo was in het onderzoek naar professionals werkzaam op een eerstehulp post in Ierland 71.9% van de respondenten het oneens met de stelling dat cannabisgebruik gezond experimenteelgedrag door

¹³ Het onderzoek uitgevoerd binnen de forensische zorg (Foster & Onyeukwu, 2003) rapporteert enkel over de gemiddelde SAAS-factoren (50 item versie), niet over de individuele stellingen. Deze kunnen dus niet worden vergeleken met onze resultaten.

tieners kan zijn (Kelleher & Cotter, 2009). De verschillen tussen landen in beleid op gebied van drugs speelt hierbij mogelijk een rol.

Behandelinterventies

Over het geheel genomen geven de professionals aan het nut van behandelinterventies in te zien. Dit komt grotendeels overeen met eerdere onderzoeken. Wel zijn er verschillen wanneer wordt gekeken naar invulling van die behandeling. Zo vond 72.8% van de professionals in het Australische onderzoek (Pinikahana et al., 2002) dat groepstherapie erg belangrijk is, terwijl de meningen bij de respondenten in het huidige onderzoek meer verdeeld waren en 54.1% van de professionals het eens was met deze stelling.

Non-stereotypes

De meeste professionals in het huidige onderzoek hebben weinig stereotype opvattingen. Dit ligt in lijn met bevindingen uit de eerdere onderzoeken uitgevoerd bij gedragsdeskundigen. Wel werd in het Australische onderzoek wat vaker gevonden dat professionals denken dat roken leidt tot het gebruik van cannabis, wat weer leidt tot het gebruik van harddrugs (11%), in het huidige onderzoek was 3.1% het eens met deze stelling. Medische professionals hebben aanzienlijk vaker stereotype opvattingen (zie Van Boekel et al., 2013, 2015a).

Behandeloptimisme

De meest opvallende bevinding bij deze factor is dat de meeste professionals in het huidige onderzoek zowel alcohol (90.1%) als drugsverslaving (88.6%) als een behandelbare ziekte opvatten. In vergelijking met andere onderzoeken lijkt dit iets hoger. In de Australische studie vond 72.8% dat alcoholverslaving een behandelbare ziekte is en 84.3% vond dat van drugsverslaving. In het in de inleiding besproken Nederlandse onderzoek waarbij verschillen werden onderzocht tussen attitudes van professionals ten opzichte van het algemene publiek en huisartsen werd gevonden dat professionals uit de (verslavings) geestelijke gezondheidszorg significant vaker vonden dat een verslaving een behandelbare ziekte is vergeleken met de huisartsen (Van Boekel et al., 2015b). In het huidige onderzoek vond 5.8% van de respondenten dat verslaafden onprettig zijn om mee te werken. Dit is een wezenlijk lager percentage dan wat gevonden werd in andere onderzoeken. In het Ierse onderzoek bij de eerstehulp post werd gevonden dat 44% van de professionals verslaafden onprettig vond om mee te werken. In het Australische onderzoek naar gedragsdeskundigen (Pinikahana et al., 2002) was het tevens aanzienlijk hoger dan in het huidige onderzoek, namelijk 19.7%.

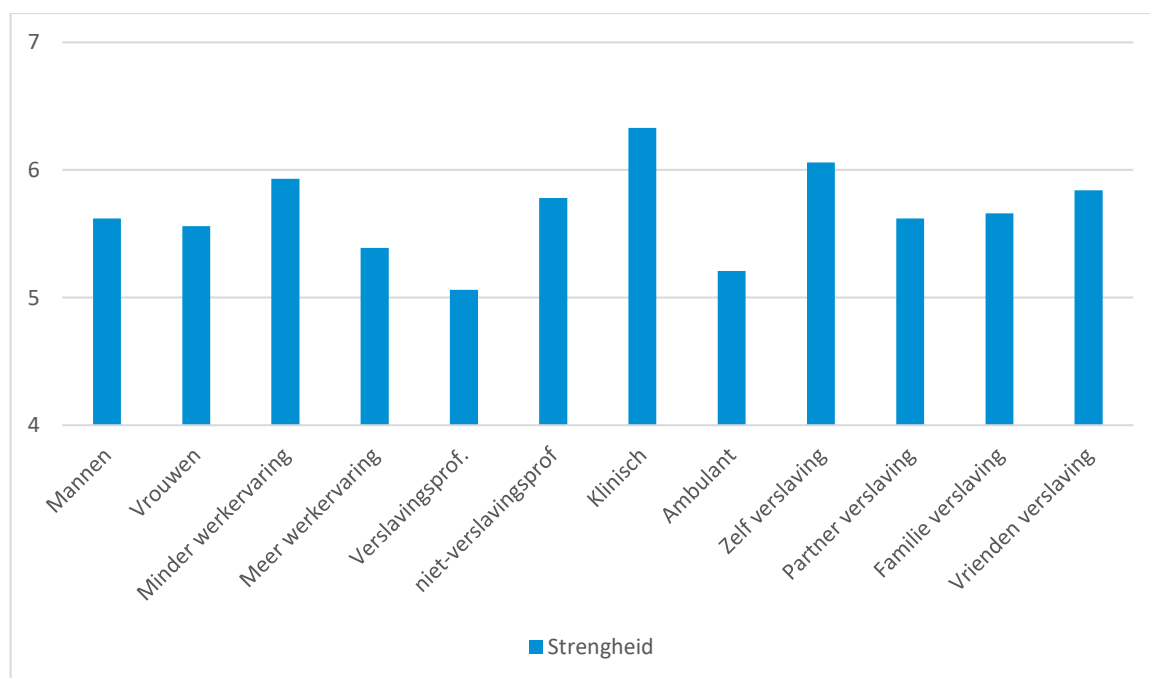
Non-moralisme

Binnen deze factor was de verdeeldheid op de stelling *Het uitoefenen van druk, bijvoorbeeld door dreiging en straf, is bruikbaar om tegenwerkende cliënten zo ver te krijgen dat zij behandeling accepteren* opvallend. In de studie uit Australië (Pinikahana et al., 2002) vindt ruim één op de negen professionals dat dreiging en straf niet bruikbaar is om tegenwerkende cliënten zo ver te krijgen dat ze behandeling accepteren. Dit is een wezenlijk verschil met Nederland, waar ruim één derde (34.4%) dit niet nodig vindt, maar een groter deel (42.1%) hier juist wel positief tegenover staat. Ook meer Australische professionals (15.7% tegenover 3.5% in Nederland) vinden dat professionals die ooit zelf verslaafd zijn geweest, niet meer in dit vakgebied werkzaam zouden moeten zijn. Dit is mogelijk te verklaren omdat in de originele versie 'physician or nurse' staat, wat wij hebben aangepast naar de huidige context: forensisch sociale professional. Een

verpleegkundige verstrekt immers ook medicatie, dan is het waarschijnlijk logisch dat er wat meer huiver is om iemand in het vakgebied werkzaam te laten zijn. Bovendien kan hierin meespelen dat dit onderzoek bijna twintig jaar geleden werd gepubliceerd. Meer recentelijk is de inzet van ervaringsdeskundigen bijvoorbeeld veel gebruikelijker geworden binnen de verslavingszorg.

3.3 Resultaten enquête naar subgroepen

Na de analyse voor de totale groep werden de gegevens van de verschillende subgroepen geanalyseerd en met elkaar vergeleken. In Figuur 2 wordt voor alle subgroepen weergegeven hoe streng zij zichzelf vinden als ze middelengebruik constateren bij een cliënt. De verslavingsprofessionals hebben gemiddeld de laagste score en de professionals die in een klinische setting werken gemiddeld de hoogste score. Opvallend is verder dat professionals die zelf een verslaving hebben (gehad) of vrienden hebben met een verslaving zichzelf gemiddeld als wat strenger beoordelen.



Figuur 2. Hoe streng vinden respondenten zichzelf in vergelijking met collega's als ze middelengebruik bij een cliënt constateren? Gemiddelde score per subgroep op een schaal van 1 (helemaal niet streng) tot 10 (extreem streng). n = 291.

3.3.1 Gender

Mannelijke professionals rapporteren vaker zelf regelmatig alcohol te gebruiken (meer dan 1x per week) vergeleken met de vrouwen (29.0% versus 18.8%, $p = .05$) en ook rapporteren zij vaker drugs te gebruiken, hoewel dit verschil niet significant is (23.7% versus 15.2%, $p = .08$). Vrouwelijke professionals geven vaker aan dat ze te maken hebben (gehad) met verslavingsproblematiek bij hun partner (12.0% versus 3.2%, $p < .05$). Deze resultaten zijn in lijn met de algemene literatuur naar genderverschillen wat betreft middelengebruik, namelijk dat bij mannen vaker sprake is van (problematisch) middelengebruik en vrouwen wat vaker (legale) medicatie misbruiken (zie Van Laar & Cruts, 2019; Tuchman, 2010; De Vogel et al., 2020). Misbruik van medicatie hebben wij in het huidige onderzoek niet uitgevraagd.

Wat betreft de attitudes werden geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen gevonden op de SAAS-factoren, maar wel op twee stellingen van de SAAS.

Mannen geven gemiddeld een significant hogere score op:

- Een alcohol- of drugsverslaafd persoon die meerdere terugvallen heeft gehad kan waarschijnlijk niet worden behandeld (1.87 versus 1.65, $p < .05$).

En vrouwen een hogere score op:

- Alcohol- en drugsgebruikers zouden alleen geholpen moeten worden door specialisten op dit gebied (2.69 versus 2.44, $p < .05$)

Daarnaast was er een trend dat mannen een hogere score geven op:

- Alcoholverslaving is gerelateerd aan een zwakke wil (2.06 versus 1.88, $p = .058$).

Dit komt overeen met de bevindingen van Foster en Onyeukwu (2003), zij vonden in hun studie naar 63 nurses in de forensische psychiatrie een significant hogere score op de SAAS-factor Non-moralisme voor vrouwen. Er dient te worden benadrukt dat de gemiddelde score van de mannen alsnog laag is en dat ook de meeste mannen het oneens zijn met beide stellingen. Bij de stelling *Alcoholverslaving is gerelateerd aan een zwakke wil* is 8.4% van de mannen het eens en 3.6% van de vrouwen.

Conclusie gender

Mannen lijken iets moralistischer en minder optimistisch over behandeling van verslaafden te oordelen dan vrouwen en gebruiken zelf vaker middelen. Vrouwen hebben vaker te maken (gehad) met een verslaafde partner.

3.3.2 Werkervaring

Er werden meerdere verschillen gevonden tussen professionals met minder (minder dan 5 jaar) en meer werkervaring (5 jaar of meer). Mogelijk heeft dit ook te maken met de jongere leeftijd van de minder ervaren professionals (30.5 jaar versus 41.7 jaar, $p < .001$).¹⁴ Minder ervaren professionals rapporteren vaker dat zij te maken hebben (gehad) met verslaving: van henzelf (10.2% versus 3.8%, $p < .05$) of van vrienden (58.6% versus 41.6%, $p < .01$) vergeleken met de meer ervaren professionals. Verder valt op dat minder ervaren professionals vaker in een klinische setting werken (56.8% versus 25.0%, $p < .001$). Minder ervaren professionals vinden zichzelf gemiddeld strenger wanneer ze middelengebruik constateren bij een cliënt dan hun meer ervaren professionals dit gemiddeld van zichzelf vinden (5.93 versus 5.39, $p < .01$). Dit laatste is in lijn met een Noord-Amerikaans onderzoek naar opvattingen van professionals over behandeling in de verslavingszorg waarin werd gevonden dat minder ervaren professionals meer geneigd waren confronterende technieken te gebruiken in de behandeling dan hun meer ervaren collega's (Forman et al., 2001).

Wat betreft de attitudes werd gevonden dat minder ervaren professionals gemiddeld lager scoren op de SAAS-Factor Non-stereotypes (11.2 versus 11.7, $p < .05$). Dit uit zich in een trend voor hogere score op de SAAS-stelling¹⁵:

- Roken leidt tot het gebruik van cannabis, wat op zijn beurt weer leidt tot het gebruik van harddrugs (1.76 versus 1.56, $p = .061$).

Verder scoren de minder ervaren professionals gemiddeld hoger op de stelling:

- Professionals die alcoholverslaving in een vroeg stadium ontdekken verhogen de kans op het succesvol afronden van een traject (3.81 versus 3.66, $p < .05$).

Daarnaast zijn er twee trends, waarbij minder ervaren professionals gemiddeld lager scoren op de volgende SAAS-stellingen:

- De meeste alcohol- en drugsverslaafde personen zijn onprettig om mee te werken als cliënt (1.75 versus 1.95, $p = .087$).
- Trend: Het uitoefenen van druk, bijvoorbeeld door dreiging en straf, is bruikbaar om tegenwerkende cliënten zo ver te krijgen dat zij behandeling accepteren (2.67 versus 2.91, $p = .053$).

¹⁴ Over het algemeen wordt gevonden dat jongeren tot 25 jaar vaker alcohol en / of drugs gebruiken dan ouderen (Franken, Van den Brink & Schellekens, 2019; Van Laar et al., 2019).

¹⁵ Voor de helderheid: deze stellingen werden omgecodeerd om de totaalscore op de factor te berekenen.

Conclusie werkervaring

Minder ervaren professionals 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 stereotype 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.

3.3.3 Verslavingsprofessional

Er zijn meerdere significante verschillen tussen professionals die zich specifiek richten op forensische cliënten met verslavingsproblematiek (SVG + 1 zelfbenoemd als functie behandelaar verslaving) en professionals die meer in het algemeen met forensische cliënten werken. Verslavingsprofessionals gebruiken wat minder vaak zelf alcohol, namelijk vaker alleen alcohol bij speciale gelegenheden (24.7% versus 12.8%, $p < .01$) en rapporteren minder vaak vrienden te hebben met verslavingsproblemen (37.0% versus 51.7%, $p < .05$). Er worden geen significante verschillen gevonden in het gebruik van drugs. Verslavingsprofessionals zien zichzelf gemiddeld als minder streng wanneer ze middelengebruik constateren bij een cliënt dan andere forensische professionals dit gemiddeld van zichzelf vinden (5.06 versus 5.78, $p < .01$).

Er zijn - vergeleken met de andere subgroepen - veel significante verschillen op attitudes: in totaal 2 SAAS-factoren en 11 SAAS-stellingen. Hieronder worden de significante verschillen besproken per SAAS-factor.

Tolerantie. Er is geen significant verschil op de gemiddelde scores van deze SAAS-factor, maar wel scoren de verslavingsprofessionals significant lager op één SAAS-stelling:

- Levenslange abstinentie is een noodzakelijk doel in de behandeling van alcoholverslaving (2.67 versus 3.06, $p < .01$).

Behandelinterventie. Verslavingsprofessionals scoren gemiddeld significant lager op deze SAAS-Factor (17.15 versus 18.51, $p < .001$). Hierbij zijn de volgende stellingen significant lager:

- Langdurige ambulante zorg is noodzakelijk bij het behandelen van drugsverslaving (3.23 versus 3.62, $p < .01$).
- Actieve deelname aan programma's zoals de Anonieme Alcoholisten is essentieel voor een cliënt om te herstellen van alcohol- en drugsverslaving (2.99 versus 3.35, $p < .01$).
- Groepstherapie is erg belangrijk bij het behandelen van alcohol- of drugsverslaving (3.30 versus 3.68, $p < .001$).
- Urinecontrole (alcohol en drugs) kan een belangrijk onderdeel zijn in de behandeling van middelenmisbruik (3.96 versus 4.14, $p < .05$).

Verslavingsprofessionals lijken dus milder in wat zij denken dat nodig is wat betreft interventies gericht op middelengebruik. Mogelijk hebben zij door hun eerdere ervaringen een reëler of actueler beeld van wat succesvolle interventies zijn en wat je wel of niet kunt verwachten bij deze doelgroep.

Non-stereotypes. Verslavingsprofessionals scoren gemiddeld significant hoger op deze SAAS-Factor (12.20 versus 11.29, $p < .001$), wat zich uit in lagere scores op de volgende twee SAAS-stellingen¹⁶:

- Heroïne is zo verslavend dat niemand hier blijvend van kan herstellen wanneer hij/zij eenmaal verslaafd is (1.72 versus 2.15, $p < .01$).
- Een kliniek is de beste plek om een alcohol- of drugsverslaafde te behandelen (2.52 versus 2.90, $p < .001$).

Behandeloptimisme. Er is geen significant verschil op deze SAAS-factor, maar wel scoren de verslavingsprofessionals significant lager op de volgende SAAS-stelling:

- De meeste alcohol- en drugsverslaafde personen zijn onprettig om mee te werken als cliënt (1.72 versus 1.96, $p < .01$).

Non-Moralisme. Er is geen significant verschil op deze SAAS-factor, maar wel scoren de verslavingsprofessionals significant lager op de volgende SAAS-stellingen:

- Alcoholverslaving is gerelateerd aan een zwakke wil (1.73 versus 2.02, $p < .01$).
- Alcohol- en drugsverslaafden zouden alleen geholpen moeten worden door professionals op dit gebied (2.32 versus 2.73, $p < .01$).

En significant hoger op:

- Het uitoefenen van druk, bijvoorbeeld door dreiging en straf, is bruikbaar om tegenwerkende cliënten zo ver te krijgen dat zij behandeling accepteren (3.22 versus 2.68, $p < .001$).

De meer positieve attitudes liggen in lijn met eerder onderzoek waarbij diverse beroepsgroepen werden vergeleken wat betreft hun waardering voor het werken met verslaafden en de professionals uit de verslavingszorg het meest positief waren (Gilchrist et al., 2011).

¹⁶ Voor de helderheid: deze stellingen werden omgecodeerd om de totaalscore op de factor te berekenen.

Conclusie verslavingsprofessional

Professionals die specifiek werken met cliënten met verslavingsproblematiek gebruiken zelf wat minder vaak alcohol. Zij schatten zichzelf gemiddeld als minder streng in bij constatering van middelenmisbruik en zien meer mogelijkheden voor behandeling vergeleken met de bredere groep forensisch sociale professionals. Verder valt op dat de verslavingsprofessionals minder stereotype en moralistische opvattingen hebben over verslaving en dat zij anders kijken naar de noodzaak van behandelinterventies. Zo vinden ze klinische behandeling, groepstherapie en langdurige ambulante behandeling minder noodzakelijk. Wel vinden ze vaker dat het uitoefenen van druk bruikbaar is om tegenwerkende cliënten zo ver te krijgen dat ze behandeling accepteren.

3.3.4 Setting

Vervolgens werden verschillen onderzocht tussen professionals die in een klinische setting werken versus degenen die in een ambulante setting werken (inclusief reclassering). Professionals die in een klinische setting werken zijn jonger (35.7 versus 38.7, $p < .001$) en geven vaker aan vrienden te hebben met een verslaving (63.5% versus 39.7%, $p < .001$) en ook vaker zelf verslaafd te zijn (geweest), hoewel dit verschil niet significant was (9.4% versus 3.9%, $p = .065$). Mogelijk zijn deze verschillen (deels) te verklaren door de jongere leeftijd van de professionals in klinische settings en minder werkervaring. Verder geven zij aan zichzelf gemiddeld als strenger te zien wanneer ze middelengebruik constateren dan de professionals die ambulant werken (6.3 versus 5.2, $p < .001$).

Er zijn bij deze subgroep ook relatief veel significante verschillen op attitudes: in totaal 3 SAAS-factoren, 5 SAAS-stellingen en 1 trend. Hieronder worden de significante verschillen besproken per SAAS-factor.

Tolerantie. Er zijn geen significante verschillen tussen professionals die in een klinische versus ambulante setting werken.

Behandelinterventie. Professionals die in een klinische setting werken geven gemiddeld een significant hogere score op de SAAS-factor Behandelinterventies (18.67 versus 17.80, $p < .01$). Daarbij geven ze een hogere score op de volgende SAAS-stellingen:

- Groepstherapie is erg belangrijk bij het behandelen van alcohol- of drugsverslaving (3.81 versus 3.44, $p < .001$).
- Actieve deelname aan programma's zoals de Anonieme Alcoholisten is essentieel voor een cliënt om te herstellen van alcohol- en drugsverslaving (3.42 versus 3.15, $p < .01$).
- Trend: Urinecontrole (alcohol en drugs) kan een belangrijk onderdeel zijn in de behandeling van middelenmisbruik (4.20 versus 4.03, $p = .088$).

Non-stereotypes. Professionals die in een klinische setting werken geven gemiddeld een significant lagere score op de SAAS-factor Non-stereotypes (10.99 versus 11.87, $p < .001$). Dit wordt weerspiegeld door de significant hogere scores op de SAAS-stellingen¹⁷:

- Roken leidt tot het gebruik van cannabis, wat op zijn beurt weer leidt tot het gebruik van harddrugs (1.78 versus 1.54, $p < .01$).
- Een kliniek is de beste plek om een alcohol- of drugsverslaafde te behandelen (3.11 versus 2.62, $p < .001$).

Behandeloptimisme. Er zijn geen significante verschillen tussen professionals die in een klinische versus ambulante setting werken.

Non-Moralisme. Professionals die in een klinische setting werken geven gemiddeld een significant hogere score op de SAAS-factor Non-moralisme (15.94 versus 15.36, $p < .05$).

¹⁷ Voor de helderheid: deze stellingen werden omgecodeerd om de totaalscore op de factor te berekenen.

Professionals die ambulant werken geven een hogere score op de SAAS-stelling:

- Het uitoefenen van druk, bijvoorbeeld door dreiging en straf, is bruikbaar om tegenwerkende cliënten zo ver te krijgen dat zij behandeling accepteren (3.03 versus 2.51, $p < .001$).

Dit laatste zou verklaard kunnen worden door de context: binnen een kliniek zijn er meer mogelijkheden (tijd, gelegenheid) om cliënten te motiveren de behandeling te accepteren.

Conclusie setting

Professionals die in een klinische setting werken zijn jonger, gebruiken zelf vaker drugs en hebben vaker vrienden (gehad) met een verslaving. 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 stereotype opvattingen over verslaving, maar juist minder moralistische opvattingen dan professionals die in een ambulante setting werken.

3.3.5 Persoonlijke ervaringen met verslaving of middelengebruik

Uit de resultaten van de enquête blijkt dat het uitmaakt of de professional zelf middelen (heeft) gebruikt of verslaafd is geweest of het in de nabije omgeving heeft meegemaakt (partner, vrienden, familie). Als professionals rapporteren nooit in hun eigen omgeving met verslaving in aanraking te zijn gekomen ($n = 82$, 28.2%) scoren ze lager op de SAAS-factor Tolerantie (11.66 versus 12.3, $p < .05$) dan degenen die zelf of in hun nabije omgeving verslaving mee hebben gemaakt. Deze groep is gemiddeld jonger dan de professionals die persoonlijke ervaringen hebben met verslaving (35.4 jaar versus 39.3 jaar, $p < .05$). Wanneer werd gekeken naar de groep die zelf nooit verslaving in hun omgeving hebben meegemaakt en tevens aangeeft geen alcohol of drugs te gebruiken ($n = 50$, 17.1%) is dit verschil nog wat groter op de SAAS-factor Tolerantie (11.5 versus 12.3, $p < .05$).¹⁸

Partner verslaafd

Professionals die aangeven dat ze te maken hebben (gehad) met verslaving bij hun partner zijn wat ouder dan degenen die dat niet aangegeven (42.1 jaar versus 37.4, $p < .05$). Verder zijn ze vaker vrouw: 12.0% van de vrouwen heeft te maken (gehad) met een verslaafde partner versus 3.2% van de mannen ($p < .05$). Het valt op dat zij zelf ook vaker te kampen hebben (gehad) met verslaving: 15.4% van de degenen met een verslaafde partner heeft zelf ook een verslaving (gehad), versus 4.6% van degenen die geen verslaafde partner heeft (gehad) ($p < .05$). Mogelijk dat ze samen middelen gebruiken / hebben gebruikt.

Professionals die aangeven dat ze te maken hebben (gehad) met verslaving bij hun partner hebben gemiddeld een hogere score op de SAAS-Factor Behandelinterventies (19.2 versus 18.0, $p < .01$) en ze scoren hoger op de volgende SAAS-stellingen:

- Een kliniek is de beste plek om een alcohol- of drugsverslaafde te behandelen (3.15 versus 2.75, $p < .05$).
- Trend: Levenslange abstinentie is een noodzakelijk doel in de behandeling van alcoholverslaving (3.35 versus 2.91, $p = .071$).

Daarnaast is er een trend van lagere scores op de volgende SAAS-stelling:

- Trend: Als een persoon eenmaal door behandeling van de drugs af is gekomen kan hij nooit meer een sociale gebruiker worden (3.49 versus 3.75, $p = .076$).

Familie of vrienden verslaafd

Er worden geen verschillen gevonden tussen professionals die hebben aangegeven familie te hebben (gehad) met verslaving en degenen die dat niet hebben. Wel vinden we enkele verschillen tussen professionals die aangeven vrienden te hebben (gehad) met verslaving. Zij geven hogere scores op de SAAS-Factor Behandeloptimisme (18.4 versus 17.9, $p < .05$). Verder zien zij zichzelf als gemiddeld strenger wanneer ze middelengebruik constateren dan de professionals die geen

¹⁸ Zie ook de grafieken in Bijlage 4.

vrienden met verslaving hadden gehad dit gemiddeld zagen (5.84 versus 5.38, $p < .05$). Er worden geen significante verschillen gevonden op de SAAS-stellingen.

Conclusie ervaringen met verslaving in de eigen omgeving

Professionals die in hun nabije omgeving verslaving hebben meegemaakt (van partner en / of vrienden) hebben meer tolerante en optimistische opvattingen ten aanzien van verslaafden. Partners van verslaafden zijn vaker vrouw en hebben vaker zelf ook met een verslaving te kampen (gehad). Zij zien sterker de noodzaak in van langdurige behandeling en van klinische behandeling. Professionals die verslaving bij vrienden hebben meegemaakt zien zichzelf gemiddeld als strenger wanneer ze middelengebruik constateren bij een cliënt. Kortom, partners of vrienden van verslaafden zijn toleranter en optimistischer ten aanzien van verslaafden, maar ook sterker overtuigd van de noodzaak van behandeling en controle.

Zelf verslaving (gehad)

In totaal 17 professionals geven aan te kampen te hebben (gehad) met een verslaving. Twee hiervan geven aan te werken als ervaringsdeskundige, de andere 15 in diverse functies, meestal in een begeleidende of toezichthoudende rol.

Deze groep scoort significant hoger op de SAAS-factor Non-moralisme (16.88 versus 15.48, $p < .01$).

Wat betreft individuele SAAS-stellingen scoren ze gemiddeld hoger op:

- Drugsverslaving is een behandelbare ziekte (4.24 versus 4.01, $p < .05$).
- Trend: Cannabisgebruik door tieners kan gezond experimenteergedrag zijn (3.82 versus 3.35, $p = .084$).

Wat betreft individuele SAAS-stellingen scoren ze gemiddeld lager op:

- Een forensisch sociale professional die aan alcohol en/of drugs verslaafd is geweest zou nooit meer werkzaam mogen zijn als forensisch sociale professional (1.24 versus 1.75, $p < .01$).
- Een alcohol- of drugsverslaafd persoon die meerdere terugvallen heeft gehad kan waarschijnlijk niet worden behandeld (1.35 versus 1.74, $p < .05$).
- Het uitoefenen van druk, bijvoorbeeld door dreiging en straf, is bruikbaar om tegenwerkende cliënten zo ver te krijgen dat zij behandeling accepteren (2.12 versus 2.88, $p < .01$).

Conclusie persoonlijke ervaringen met verslaving

Professionals die zelf met een verslaving te kampen (gehad) hebben zijn jonger en hebben meer tolerante en optimistische opvattingen ten aanzien van (behandeling van) verslaafden. Deze bevindingen lijken logisch, aangezien deze professionals verslaving aan den lijve hebben ondervonden en desondanks op dit moment in staat zijn om te werken als forensisch sociale professional. Ze vinden het minder nodig om druk uit te oefenen om een cliënt zo ver te krijgen behandeling te accepteren.

Vervolgens werd gekeken naar gerapporteerd huidig eigen gebruik van middelen (dus niet als een verslaving gerapporteerd). Hierbij werden alle professionals die aangaven drugs te gebruiken meegenomen (vergeleken met degenen die nooit drugs hadden gebruikt) en alle professionals die aangaven vaker dan eenmaal per week alcohol te drinken (vergeleken met professionals die maximaal eenmaal per week alcohol drinken of die nooit drinken).¹⁹

Zelf drugsgebruiker

Professionals die aangeven zelf drugs te gebruiken zijn jonger dan de niet-drugsgebruikers (33.9 versus 38.6, $p < .01$).

Tolerantie. Ze scoren gemiddeld significant hoger op de SAAS-factor Tolerantie (12.7 versus 11.8, $p < .05$).

Dit uit zich in een lagere score op de SAAS-stelling:

- Als een persoon eenmaal door behandeling van de drugs af is gekomen kan hij nooit meer een sociale gebruiker worden (3.04 versus 3.38, $p < .05$).

En een gemiddeld hogere score op de SAAS-stelling:

- Cannabisgebruik door tieners kan gezond experimenteelgedrag zijn (3.65 versus 3.33, $p < .05$).

Dit is in lijn met een eerder onderzoek naar attitudes van ambulante hulpverleners waarin werd gevonden dat degenen die zelf drugs of tabak gebruikten meer tolerante attitudes hadden (Richmond & Foster, 2003).

Verder geven ze lagere scores op de volgende SAAS-stellingen:

- Professionals die alcoholverslaving in een vroeg stadium ontdekken verhogen de kans op het succesvol afronden van een traject (3.49 versus 3.75, $p < .05$).
- Een forensisch sociale professional die aan alcohol en/of drugs verslaafd is geweest zou nooit meer werkzaam mogen zijn als forensisch sociale professional (1.45 versus 1.78, $p < .01$).

Zelf alcoholgebruik meer dan 1x per week

¹⁹ Dit hoeft niet per definitie problematisch gebruik te zijn. Er waren echter maar drie professionals die aangaven dagelijks te drinken, wat een te kleine groep is om analyses op te verrichten.

Professionals die rapporteren meer dan eenmaal per week alcohol te gebruiken zijn wat ouder dan degenen die maximaal 1x per week alcohol drinken, hoewel dit verschil niet significant is (39.9 versus 37.0, $p = .057$). Verder vinden ze zichzelf gemiddeld wat minder streng bij constatering van middelengebruik bij een cliënt, hoewel ook dit verschil niet significant is (5.25 versus 5.69, $p = .072$).

Professionals die rapporteren meer dan eenmaal per week alcohol te gebruiken scoren gemiddeld lager op de volgende SAAS-stellingen:

- Een forensisch sociale professional die aan alcohol en/of drugs verslaafd is geweest zou nooit meer werkzaam mogen zijn als forensisch sociale professional (1.56 versus 1.77, $p < .05$).
- Zwangere vrouwen die drugs of alcohol gebruiken zouden gestraft moeten worden (2.16 versus 2.44, $p < .05$).

Daarentegen scoren ze gemiddeld hoger op:

- Cannabisgebruik door tieners kan gezond experimenteelgedrag zijn (3.68 versus 3.30, $p < .01$).

Gebruik van drugs en / of problematisch alcoholgebruik (meer dan 1x per week)

Ook wanneer wordt gekeken naar de groep professionals die drugs en / of meer dan 1x per week alcohol gebruiken ($n = 96$) wordt een hogere score gevonden op de SAAS-factor Tolerantie (12.6 versus 11.7, $p < .01$).

Conclusie eigen middelengebruik

Professionals die zelf drugs en / of alcohol gebruiken zijn wat toleranter, vinden middelengebruik wat minder schadelijk, maar zijn tegelijk wat negatiever over de kans op succes als professionals een verslaving in een vroeg stadium ontdekt.

In Figuur 3 worden de significante verschillen tussen de subgroepen wat betreft de gemiddelde scores op de SAAS-factoren samengevat. Bijlage 4 laat de grafieken van de SAAS-factoren voor de diverse subgroepen zien.

Tolerantie

- Hogere scores voor professionals die persoonlijke ervaringen hebben met middelengebruik en verslaving (zijzelf of in hun omgeving)

Behandelinterventies

Hogere scores voor:

- niet-verslavingsprofessionals
- professionals werkzaam in een klinische setting
- professionals die een verslaafde partner hebben (gehad)

Non-stereotype

Hogere scores voor:

- professionals met meer dan 5 jaar werkervaring
- verslavingsprofessionals
- professionals werkzaam in een ambulante setting

Behandeloptimisme

Hogere scores voor professionals:

- die een verslaafde partner hebben (gehad)
- die verslaafde vriend(en) hebben (gehad)

Non-moralisme

Hogere scores voor professionals:

- die zelf verslaafd zijn (geweest)
- vrouwen
- die werkzaam zijn in een klinische setting

Figuur 3. Significante verschillen subgroepen professionals op de SAAS-factoren.

3.4 Kwalitatieve analyse open vragen enquête

In de online enquête werden twee open vragen gesteld, welke met behulp van ATLAS.ti zijn geanalyseerd.

1. *Welke concrete actie(s) onderneemt u als er middelengebruik is geconstateerd bij een cliënt en welke overwegingen spelen daarbij een rol?*
2. *Kunt u in een paar woorden schetsen wat uw belangrijkste drijfveer is voor het werken met forensische cliënten?*

3.4.1 Acties en overwegingen na geconstateerd middelengebruik

In deze paragraaf staat de eerste open vraag centraal: *Welke concrete actie(s) onderneemt u als er middelengebruik is geconstateerd bij een cliënt en welke overwegingen spelen daarbij een rol?* De antwoorden van de respondenten zijn uitgesplitst in acties en overwegingen.

Acties

In totaal hebben 217 respondenten antwoord gegeven op de vraag welke concrete acties zij ondernemen na geconstateerd middelengebruik. Zij noemen in totaal 554 acties, die grofweg zijn te onderscheiden in vijf categorieën welke in Tabel 7 worden genoemd en hieronder nader besproken.

Tabel 7. Genoemde concrete acties na geconstateerd middelengebruik

Actie	n=554
Bespreikbaar maken	228 (41.2)
Analyseren van middelengebruik	99 (17.9)
Samenwerken	105 (19.0)
Sanctioneren	80 (14.4)
Controle	42 (7.6)

Bespreikbaar maken

De professionals hebben in totaal 228 antwoorden gegeven die betrekking hebben op het bespreikbaar maken van het geconstateerde middelengebruik, waardoor het veruit de meest gebruikte handelingswijze is. In ongeveer twee derde van deze antwoorden verduidelijken de professionals *hoe* zij het middelengebruik bespreikbaar maken (zie verder Tabel 8). De grootste groep maakt het gebruik zelf bespreikbaar, waarbij het bijvoorbeeld gaat om de functie, de hoeveelheid en de frequentie van het gebruik. *‘Door het gebruik bespreikbaar 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 bespreikbaar maken bestaat uit het motiveren van de cliënt om te minderen of 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 besproken.

Tabel 8. Genoemde onderwerpen die besproken en geanalyseerd worden

Onderwerp	Bespreikbaar maken n=228	Analyseren n=99
Het gebruik	52 (22.8)	24 (24.2)
Consequenties van het gebruik	35 (15.4)	19 (19.2)
Mogelijkheden tot minderen/stoppen	13 (5.7)	2 (2.0)
Motiveren	28 (12.3)	16 (16.2)
Mogelijke interventies	15 (6.6)	30 (30.3)
Afspraken	8 (3.5)	1 (1.0)
Wat de cliënt zelf wil	9 (4.0)	7 (7.1)
Niet nader gespecificeerd	68 (29.8)	0 (0.0)

Analyseren van middelengebruik

Bovenstaande indeling op onderwerp van gesprek is ook te gebruiken voor de wijze waarop de professionals het geconstateerde middelengebruik analyseren. Onder analyseren wordt verstaan dat de professional zelf de verschillende aspecten van het geconstateerd middelengebruik onderzoekt. Hoewel de cliënt niet altijd betrokken wordt bij het denkproces van de professional, gaat het analyseren van het middelengebruik door de professionals vaak samen met het bespreikbaar maken met de cliënt. Eén van de respondenten licht dit als volgt toe:

‘Als forensisch professional is het belangrijk om als eerste de risico’s die aan het gebruik gekoppeld zijn in kaart te brengen en aan de hand van die gegevens te kijken welke interventies noodzakelijk zijn. Onderdeel is altijd om met cliënt in gesprek te gaan, stadia van gedragsverandering met diegene te bespreken en te bekijken wat hij/zij zelf met zijn gebruik wil.’

De manier van analyseren is bij alle 99 antwoorden verduidelijkt en het valt op dat de nadruk anders ligt dan bij het bespreikbaar maken met de cliënt (zie Tabel 8). Het gebruik zelf wordt in een kwart van de analyses door de professionals meegenomen, de consequenties van het gebruik in een vijfde van de gevallen en de manier waarop de cliënt gemotiveerd kan worden is ongeveer een zesde van de analyses. Hoewel de mogelijke interventies niet vaak bespreikbaar worden gemaakt met de cliënt, beslaan deze wel ongeveer een derde van de analyses van de professionals. De mogelijkheden tot het minderen of stoppen van het middelengebruik worden - net als eerder gemaakte afspraken en wat de cliënt zelf wil - minder vaak geanalyseerd.

Samenwerken

In totaal geven professionals 105 keer aan dat zij de samenwerking opzoeken nadat er middelengebruik bij de cliënt is geconstateerd. In bijna de helft van deze gevallen gaat het om het adviseren tot en/of doorverwijzen naar een behandeling (zie Tabel 9). Ook geven professionals aan dat zij samenwerken door andere hulpverleningsinstanties of het persoonlijk netwerk te betrekken, de reclassering²⁰ in te lichten of met eigen collega's te overleggen.

Tabel 9. Genoemde acties op gebied van samenwerking

Actie: samenwerking	n=105
Adviseren en/of doorverwijzen behandeling	48 (45.7)
Hulpverlening betrekken	23 (21.9)
Persoonlijk netwerk betrekken	17 (16.2)
Reclassering inlichten	10 (9.5)
Overleg eigen collega's	7 (6.7)

Sanctioneren

Tachtig keer noemen professionals dat zij het middelengebruik sanctioneren, waarvan ongeveer twee derde specificeert hoe zij dit doen (zie Tabel 10). Bijna een vijfde van het sanctioneren bestaat uit overleg met het OM. Andere vormen van sanctioneren zijn: een officiële waarschuwing; een berisping; of terugplaatsing. In een achtste deel van de sanctioneringen wordt het contactmoment door de professional beëindigd. De helft van deze respondenten begeleidt een werkstraf en bij de andere helft gaat het om het staken van begeleidingsgesprekken.

Tabel 10. Genoemde wijzen van sanctioneren

Actie: sanctioneren	n=80
Overleg met OM	15 (18.8)
Officiële waarschuwing	14 (17.5)
Berisping	6 (7.5)
Terugplaatsing	9 (11.3)
Contactmoment beëindigen	10 (12.5)
Niet nader gespecificeerd	26 (32.5)

Bij de antwoorden over het sanctioneren valt op dat de professionals vaak benoemen het gestelde kader te volgen en aan de hand van verschillende factoren (zie *Overwegingen*) beslissen welke sanctie passend is. Zoals deze professional het omschrijft:

²⁰ De respondenten zijn hier niet onderscheiden in reclasseringswerkers en professionals werkzaam bij andere organisaties.

'Allereerst is het van belang om te weten of middelengebruik een delictfactor is (geweest) en je dient een inschatting te maken van de risico's. Is er sprake van een middelenverbod? Indien hiervan sprake is, kan sanctionering middels een berisping, waarschuwing of terugplaatsing in inrichting plaatsvinden (al dan niet in overleg met een tbs OvJ). Maar ook hierbij geldt, dat je een inschatting moet maken van de risico's.'

Controle

De controle op de cliënt aanscherpen wordt 42 keer genoemd als actie na geconstateerd middelengebruik. Bijna een derde specificeert niet hoe deze controle eruit ziet, maar bij de ruime meerderheid (71.4%) blijkt het om urinecontroles te gaan.

Overwegingen

In totaal hebben 138 respondenten antwoord gegeven op de vraag welke overwegingen een rol spelen na geconstateerd middelengebruik. Zij noemen 279 overwegingen, die zijn te onderscheiden in vijf categorieën, welke in Tabel 11 worden genoemd en eronder besproken.

Tabel 11. Genoemde overwegingen na geconstateerd middelengebruik

Overweging	n=279
Het gebruik	43 (15.4)
De invloed van het gebruik	85 (30.5)
Het kader	57 (20.4)
De cliënt zelf	63 (22.6)
De situatie	31 (11.1)

Het gebruik

Drieënveertig keer noemen de professionals de aard van het gebruik van het middel als overweging welke actie te ondernemen (zie Tabel 12). Hierbij houden ze rekening 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 overwegen niet specificeren welk middel zij bedoelen, maar wel 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 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.

Tabel 12. Genoemde overwegingen met betrekking tot het gebruik

Overweging: het gebruik	n=43
De functie van het gebruik	6 (14.0)
Het type middel	5 (11.6)
Hoeveelheid gebruikte middel	7 (16.3)
Frequentie van het gebruik	5 (11.6)
Afhankelijkheid	20 (46.5)

De invloed van het gebruik

In totaal hebben 85 genoemde overwegingen te maken met de invloed die het middelengebruik heeft (zie Tabel 13). In vrijwel de helft van deze gevallen betreft dit de mate waarin het middelengebruik delictgerelateerd is. Hieronder wordt verstaan dat het middelengebruik ook ten tijde van het delict waarvoor de cliënt is veroordeeld, aan de orde was. Middelengebruik dat niet delictgerelateerd is, wordt door de respondenten doorgaans als minder zorgelijk beschouwd. Als bij de cliënt bijvoorbeeld cannabisgebruik is geconstateerd, terwijl het delict onder invloed van alcohol is gepleegd, is het geconstateerde middelengebruik niet delictgerelateerd en wordt hier niet altijd actie op ondernomen. De andere helft van deze overwegingen heeft te maken met het functioneren van de cliënt, wat zowel het dagelijks functioneren kan zijn als het functioneren in de maatschappij, en het recidiverisico. Hieronder wordt verstaan in hoeverre het middelengebruik invloed heeft of kan hebben op toekomstige delicten.

Tabel 13. Genoemde overwegingen met betrekking tot de invloed van het gebruik

Overweging: de invloed van het gebruik	n=85
Delictgerelateerd	42 (49.4)
Ernst delict	1 (1.2)
Recidiverisico	24 (28.2)
Functioneren cliënt	18 (21.2)

Het kader

De respondenten noemen het kader 57 keer 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. Aangezien vier van de vijf respondenten het gestelde kader in zijn geheel niet noemen als overweging is de hypothese dat dit zo vanzelfsprekend is, dat professionals dit niet bij de antwoorden van de enquête ingevuld hebben. Bij de vignettenstudie (zie paragraaf 3.5) blijkt dat de bijzondere voorwaarden en afspraken als leidraad dienen voor de deelnemers.

De cliënt zelf

Bij 63 van de gegeven antwoorden hebben aspecten van de cliënt zelf invloed op de overwegingen van de professional (zie Tabel 14). Een kwart hiervan heeft te maken met het positief doorlopen

van het traject, dus dat de professional continuïteit in het begeleidingsplan of behandelplan prevaleert. Maar het betreft ook de volgende uiteenlopende zaken van de cliënt: 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.

Tabel 14. Genoemde overwegingen met betrekking tot de cliënt zelf

Overweging: de cliënt zelf	n=63
Traject	16 (25.4)
Doelen en wensen	11 (17.5)
Medewerking en/of motivatie	11 (17.5)
Persoonlijke omstandigheden	8 (12.7)
Gezondheid	7 (11.1)
Mogelijkheden gedragsbeïnvloeding	4 (6.4)
Openheid en eerlijkheid	3 (4.8)
Reflecterend vermogen	3 (4.8)

De situatie

Van de 31 genoemde overwegingen die situatiegebonden zijn, is ongeveer de helft niet nader gespecificeerd. Het andere deel (48.4%) heeft te maken met de veiligheid voor de cliënt en zijn of haar omgeving.

Uit de antwoorden wordt duidelijk dat professionals niet zomaar handelen na geconstateerd middelengebruik. De professionals leveren maatwerk. Ze houden rekening met het gegeven 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. Deze reclasseringswerkers vatten dit als volgt samen:

‘Als eerste het bespreekbaar maken. Daarnaast is het afhankelijk van de bijzondere voorwaarden wat ik doe. Bij een verbod op gebruik komt er een reactie in een sanctionerende sfeer. Zonder een verbod zit het vooral in een analyse van het gebruik met de cliënt en het in de gaten houden en bespreekbaar maken van een evt. verband met een stijging van een recidiverisico.’

‘De overweging is altijd of het gebruik problematisch is en/of in verband staat met het plegen van delicten. De actie is om uit te vragen welke motivatie cliënt heeft om eventueel wel of geen behandeling aan te gaan. Het vergroten van bestaande motivatie om een behandeling aan te gaan of te stoppen is altijd de actie.’

‘Acties volgen alleen als er een verbod is opgelegd door de rechtbank. Bij een overtreding volgt eerst een berisping, dan een officiële waarschuwing. Na de tweede waarschuwing kan er een advies tenuitvoerlegging worden geschreven aan het Openbaar Ministerie. Er wordt wel rekening gehouden met persoonlijke omstandigheden zoals b.v. verlies woning, werk, relatie.’

3.4.2 Drijfveren voor het werken met forensische cliënten

In deze paragraaf wordt ingegaan op de achterliggende redenen van de forensische professionals om met deze doelgroep te werken. De respondenten hebben in de enquête antwoord geven op de open vraag: *Kunt u in een paar woorden schetsen wat uw belangrijkste drijfveer is voor het werken met forensische cliënten?*

212 respondenten hebben in totaal 405 antwoorden gegeven op de vraag wat hun belangrijkste drijfveer is voor het werken met forensische cliënten. Van deze respondenten hebben 70 professionals een functie binnen de verslavingszorg en hiervan heeft 10% een verslaving of middelengebruik expliciet genoemd in hun drijfveer om dit werk te doen. Van de 142 andere professionals heeft slechts 3% (n=4) dit beschreven. Grofweg zijn alle drijfveren onder te verdelen in drie categorieën: het individu of de cliënt; de maatschappij; en de aard van het werk (zie Tabel 15).

Tabel 15. Genoemde drijfveren voor het werken met forensische cliënten

Drijfveren	n=405
Het individu en/of de cliënt	182 (44.9)
De maatschappij	57 (14.1)
De aard van het werk	166 (41.0)

Het valt op dat veel professionals een combinatie van deze categorieën als antwoord geven. Bijvoorbeeld deze professional, die zowel gedreven wordt vanuit de cliënt, de maatschappij, als uit de aard van het werk:

'Ik vind het belangrijk dat een vaak kwetsbare groep, die toch schade aanricht, goed moet worden geholpen. Ik geloof dat door deze ondersteuning de samenleving beter wordt. Daarnaast vind ik het een hele toffe uitdaging om in een gedwongen kader te werken, waar vaak sprake is van veel weerstand.'

Het individu en/of de cliënt

'Er is een dunne scheidslijn tussen onze cliënten en "succesvolle" burgers. Deze lijn wordt vaak overgestoken door negatieve sociale invloeden, negatieve life-events, persoonlijkheidsproblematiek en dergelijke. Mijn motivatie is; wij kunnen met goede zorg invloed hebben op de mate en ernst van de recidive en persoonlijke teloorgang.'

In totaal hebben 182 genoemde drijfveren te maken met het individu en/of de cliënt (zie Tabel 16). De grootste groep hieronder zijn professionals die voor het individu en/of de cliënt een grote wens tot verandering hebben. Zij willen graag vooruitgang en groei zien bij cliënten en hen inzicht laten krijgen, soms door ze te motiveren, maar ook door te sturen, te confronteren en te begrenzen. Ongeveer een kwart is juist meer vanuit zorg gedreven. Zij hebben affiniteit met een 'rafelrandje' en willen graag kwetsbare mensen helpen. Hierbij valt op dat in verhouding wat meer professionals uit de verslavingszorg (27%) dit als drijfveer hebben, ten opzichte van andere professionals (19%). Een drijfveer met betrekking tot het individu en/of de cliënt kan ook met het mensbeeld van de professional te maken hebben. Zij willen de cliënt vooral als mens blijven zien, omdat iedereen in een vergelijkbare positie terecht kan komen. Zo zegt een professional van de verslavingsreclassering: *'Cliënten een nieuwe kans geven kan voor professionals ook een drijfveer zijn. Zij vinden het belangrijk om de persoon achter het vooroordeel te blijven zien en geloven in tweede, of zoveelste, kansen.'* Tot slot worden professionals gedreven doordat zij graag van betekenis zijn en daar voldoening uit putten.

Tabel 16. Genoemde drijfveren vanuit het individu en / of de cliënt

Drijfveren vanuit het individu en/of de cliënt	n=182
Wens tot verandering	51 (28.0)
Uit zorg	46 (25.3)
Kans geven	34 (18.7)
Mensbeeld	32 (17.6)
Van betekenis willen zijn	19 (10.4)

De maatschappij

57 drijfveren van professionals om met forensische cliënten te werken komen voort uit het belang van recidivevermindering en de veiligheid van de maatschappij. Het gaat over beheersen en controleren om de samenleving te beschermen. In de antwoorden was dit niet goed uit te splitsen, waardoor er geen onderverdeling is gemaakt. Wel wordt duidelijk dat het voor professionals vaak een mooie combinatie is om bij te kunnen dragen aan een veiligere maatschappij en zorg te kunnen bieden aan een cliënt. Zoals één van de reclasseringswerkers omschrijft:

'Er is een harde kern die bewust voor criminaliteit kiest en niet anders wil, daar doe ik het niet voor. In dat geval doe ik het voor de samenleving om een bijdrage aan een veiliger samenleving te kunnen leveren. Maar er is ook een grote groep die door omstandigheden met justitie in aanraking komt en eigenlijk en ander leven wil, het is mooi om een bijdrage te kunnen leveren in iemand zijn proces daarnaartoe.'

De aard van het werk

In totaal hebben 167 genoemde drijfveren te maken met de aard van het werk (zie Tabel 17).

Tabel 17. Genoemde drijfveren vanuit de aard van het werk

Drijfveren vanuit de aard van het werk	n=167
Gedwongen kader	62 (37.1)
Afwisseling	45 (27.0)
Interesse en nieuwsgierigheid	45 (27.0)
Samenwerking	5 (3.0)
Geen bewuste keuze	6 (3.6)
Ervaringsdeskundigen	4 (2.4)

Een van de professionals omschrijft het als volgt:

'Ik haal veel uitdaging uit het spanningsveld tussen 'zorgen' en 'controleren', vind delinquenten en hun verhaal érg interessant en geloof dat ik met mijn bijdrage écht iets kan doen voor de samenleving.'

Bij meer dan een derde van de drijfveren die te maken hebben met de aard van het werk, werken professionals graag in een gedwongen kader. Dit komt omdat het de combinatie is tussen hulpverlening en strafrecht. Het is uitdagend om in zo'n setting te werken en bijvoorbeeld dagelijks om te gaan met weerstand. Ze vinden het belangrijk om soms drang of dwang uit te oefenen om motivatie op te wekken. Ongeveer een vierde houdt van de afwisseling van het werk, in bezigheden maar ook in variatie van cliënten. Nog eens een vierde wordt gedreven door interesse en nieuwsgierigheid door de aard van het werk. Zij zijn geïntrigeerd door het ontstaan van delinquent gedrag, de levensloop en problematiek van cliënten. Maar ook door de puzzel of zoektocht hoe ze de cliënt het beste kunnen begeleiden. Een aantal keer is de samenwerking met anderen genoemd, om met ketenpartners een gezamenlijk doel te bereiken. Voor een klein deel was het werken met forensische cliënten geen doordachte keuze. Zij zijn in het werk gerold door eerdere werkervaringen. Enkele respondenten worden gedreven vanwege ervaringsdeskundigheid, zoals deze professional:

'Als patiënt zijnde in het verleden heb ik de kans gekregen en gepakt om mij leven anders in te richten. Graag zet ik mijn eigen ervaringen in bij zowel patiënten als collega's. Hoop bieden, een hand en vooral uitgaan van krachten die een ieder heeft, ook al zien patiënten dat niet altijd zelf.'

Ervaringsdeskundigen benadrukken in de enquête vooral het belang van de zorg voor het individu. Uit de enquête blijkt dat zij zichzelf overigens gemiddeld net zo streng vinden ten opzichte van hun collega's, dan de andere professionals. Gemiddeld scoren zij 5 op de schaal tussen 1 (helemaal niet streng) en 10 (extreem streng). Voor professionals die zelf ervaring hebben met verslaving (n=11) geldt dat zij uitkomen op een gemiddelde van 5.55 (zie paragraaf 3.2). Een ervaringsdeskundige aan het woord:

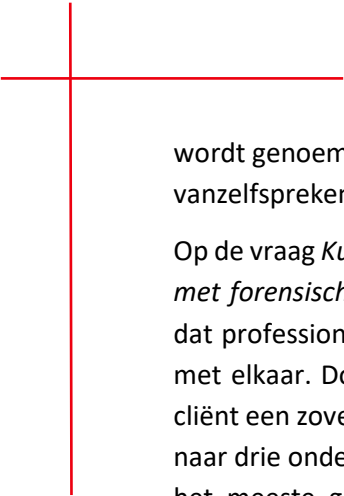
'Er heerst vaak een verkeerd beeld: mensen zien vaak het label (ex) gedetineerde en/of verslaafde. Ze vergeten soms dat er gewoon mensen achter dit label zit. Mensen die het voor de spanning doen en mensen die het (door omstandigheden) voor het geld doen. Ik denk dat iedereen in een bepaalde situatie een delict kan plegen. Bewust of onbewust. Ik wil deze mensen graag die tweede, derde, vierde kans geven. Blijvend kijken naar de kleine stappen vooruit die iemand kan maken.'

Conclusies open vragen enquête

Op de vraag *Welke concrete actie(s) onderneemt u als er middelengebruik is geconstateerd bij een cliënt en welke overwegingen spelen daarbij een rol?* geven de professionals vaak meerdere antwoorden, en de acties en de overwegingen zijn dikwijls verweven met elkaar. Er is dus niet één handelingswijze en een pasklaar protocol, maar als er middelengebruik geconstateerd wordt, is per cliënt en situatie verschillend hoe de professionals hierop ageren.

De actie die veruit het meest voorkomt, al dan niet in combinatie met andere acties, is het bespreekbaar maken met de cliënt. De meeste professionals beschrijven concreet wat ze bespreekbaar maken, zoals de functie van het gebruik en de mogelijke consequenties. Daarnaast wordt veelvuldig de samenwerking gezocht, bijvoorbeeld door te adviseren over een behandeling en andere hulpverleningsinstanties of het persoonlijk netwerk te betrekken. Als respondenten werkzaam zijn bij andere organisaties, lichten zij de reclassering in over het geconstateerde middelengebruik. De reclassering pleegt geregeld overleg met het OM over eventuele consequenties. Het sanctioneren van het geconstateerde middelengebruik, bijvoorbeeld door een officiële waarschuwing of berisping, kan een mogelijke consequentie zijn. Het aanscherpen van de controle wordt door een aanzienlijk kleiner deel van de professionals genoemd als actie.

Welke acties de professionals ondernemen zijn afhankelijk van een aantal overwegingen. De invloed die het geconstateerde 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 wordt er vaak naar de cliënt zelf gekeken, dus naar de persoonlijke omstandigheden, het positief doorlopen van het traject, zijn of haar eigen doelen en wensen, maar ook de mate waarin hij of zij medewerking verleent en gemotiveerd is. Wat betreft de situatie en de aard van het gebruik leggen de professionals vooral de nadruk op de veiligheid en hoeverre het geconstateerde gebruik problematisch is. Het valt op dat het kader relatief weinig



wordt genoemd als overweging. Mogelijk zijn bijzondere voorwaarden en gemaakte afspraken zo vanzelfsprekend leidend bij de overwegingen, dat de professionals dit niet uitgeschreven hebben.

Op de vraag *Kunt u in een paar woorden schetsen wat uw belangrijkste drijfveer is voor het werken met forensische cliënten?* geven de professionals uiteenlopende antwoorden, en ook hier geldt dat professionals vaak meerdere antwoorden geven en dat de antwoorden soms verweven zijn met elkaar. Doordat zij bijvoorbeeld de mens achter het vooroordeel blijven zien, willen ze de cliënt een zoveelste kans geven, met een stok achter de deur. Alle drijfveren zijn terug te brengen naar drie onderwerpen: de cliënt, de maatschappij en de aard van het werk. De professionals zijn het meeste gedreven door de cliënt, bijvoorbeeld uit zorg voor de cliënt of omdat ze zelf voldoening halen uit het werken met deze cliënten. Bij de maatschappij staat het verminderen van recidive en het bevorderen van de veiligheid in de samenleving centraal. Wat betreft de aard van het werk speelt vooral het gedwongen kader, de afwisseling en de interesse en nieuwsgierigheid naar de casuïstiek een rol bij de motivatie voor het werken met forensische cliënten.

3.5 Vignettenstudie

In de vignettenstudie werd onderzocht welke mogelijke invloeden deze attitudes hebben op het werk van forensisch sociale professionals en op het traject van de cliënt. Dit werd onderzocht aan de hand van twee vignetten (zie bijlage 2). Deze vignetten bevatten concrete situatieschetsen van een cliënt en varieerden in een aantal aspecten (o.a. type middel, hoeveelheid van het gebruikte middel, sociale context en type delictgedrag). Deelnemers werd eerst gevraagd naar hun onafhankelijke individuele reactie; hoe zij in deze casus zouden handelen en welke overwegingen ze daarbij hanteren. Vervolgens gingen ze met elkaar in gesprek. Door omstandigheden (COVID-19 crisis) kon er slechts één bijeenkomst doorgaan, waarbij uiteindelijk maar twee deelnemers konden komen. Desondanks heeft dit waardevolle aanvullende informatie opgeleverd aan de resultaten van de enquête.

VIGNET 1

Matthijs (25) zit bij jou in toezicht vanwege vermogensdelicten en mishandeling in een café, die hij onder invloed van alcohol heeft gepleegd. Als bijzondere voorwaarde is er een middelenverbod opgelegd en ondergaat Matthijs UC's. Een van de UC's is positief op cannabis.

Wat doe je en waarom?

In gesprek gaan met de cliënt, het gebruik bespreekbaar maken, is de eerste reactie. Verschillende overwegingen liggen hieraan ten grondslag: enerzijds achterhalen of de recidive verhogend is, anderzijds om de samenwerking met de cliënt te bevorderen, *'anders gooit hij misschien de kont tegen de krib'*. De ervaring is dat direct sanctioneren averechts kan werken. In het gesprek met de cliënt kan de functie van het gebruik worden achterhaald. Het type middel maakt daarbij uit. *'Als blowen geen recidiverisico oplevert, hoeft dat geen probleem te zijn.'*

Voorts wordt uitgezocht wat het doel was van het middelenverbod. De rechtbank neemt vaak de onderbouwing uit het reclasseringsrapport over, dus dat rapport en het vonnis nalezen helpt in het achterhalen van de bedoeling van het middelenverbod. *'Sec is het wel een schending van de voorwaarde. Maar wat bedoelden ze precies? Wat wilde de reclassering bereiken?'* De ervaring wordt gedeeld dat middelenverboden soms te ruim worden geformuleerd. In de RISc kan 'middelenverbod' worden aangevinkt, maar dat wordt vaak niet gespecificeerd, terwijl: *'bij een drugsverbod hoeft alcohol niet per se een probleem te zijn'*.

Daarnaast wordt dit besproken in casuïstiekoverleg of informeel gesprek met collega's. *'Checken met collega's.'* Hier is volgens de deelnemers voldoende tijd en ruimte voor. *'Het is belangrijk om korte lijnen te hebben met elkaar.'* In deze situatie zou sanctioneren, bijvoorbeeld in de vorm van een berisping, nog niet aan de orde zijn. Ook hier speelt het type middel mee in de overweging. *'Het blowen wil niet zeggen dat dit leidt tot delictgedrag.'*

Opnieuw zouden de deelnemers in gesprek gaan met de cliënt en ook intern overleg voeren. Een deelnemer die een beschermde woonvorm leidt, noemt de interne regel van drie dagen uitzetting bij gebruik. Hieraan liggen overwegingen van bescherming van de gebruiker zelf (want in combinatie met andere medicatie kan het levensgevaarlijk zijn), andere kwetsbare cliënten en bescherming van de buurt ten grondslag. Daarom wordt in dergelijke situaties ook contact gezocht met de wijkagent.

Een aantal weken later blijkt dat Matthijs cocaïne heeft gebruikt.

Wat doe je en waarom?

Cocaïnegebruik wordt door de reclasseringswerker als zorgelijker dan cannabisgebruik beschouwd. *‘Het kan een teken van afglijden zijn.’* Allereerst is *‘het een zorgwekkend signaal, want alcohol en cocaïne, dat is een bekende combi’*. Het kan recidive verhogend werken – zeker omdat het oorspronkelijke delict onder invloed van alcohol was gepleegd. Daarom maakt het ook uit of dit cocaïnegebruik plaatsvond in dezelfde of een soortgelijke kroeg als het oorspronkelijke delict. Bovendien kan cannabis legaal worden gekocht, maar cocaïne niet. *‘De cliënt is dan bezig met illegale zaken, zorgelijk als hij zich die kant op ontwikkelt.’* Dus in gesprek gaan met de cliënt is gericht op het achterhalen van wat er precies gaande is en welke risico’s daarin spelen. *‘Waarom gebeurt dit? En is cliënt nieuwe zorgelijke contacten aan het opdoen?’*

Naast intern overleg – *‘zodat het niet alleen mijn mening is’* – wordt in zo’n situatie ook contact gezocht met het 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.’* 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 die 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’*.

Recent heeft zijn vriendin contact met jou als toezichthouder opgenomen om te vertellen dat jouw cliënt haar thuis heeft geslagen. Hij was toen onder invloed van cocaïne.

Wat doe je en waarom?

Hier gaat het om een vermoeden van huiselijk geweld, dus dan geldt de meldcode huiselijk geweld. De vriendin wordt geadviseerd aangifte te doen. Er wordt contact gezocht met Veilig Thuis. Het wordt gemeld bij het OM, want er is sprake van een verdenking van een nieuw delict. Dit geldt dus voor alle soorten delicten. *‘Als duidelijk wordt dat de cliënt niet alleen coke gebruikt, maar het ook dealt, moet ik hier iets mee, want het is delictgedrag. Een huisarts heeft geheimhoudingsplicht. Ik niet, als ik iets hoor, moet ik er iets mee doen.’* Dat betekent ook intern met collega’s overleggen, *‘het niet op eigen houtje aanvliegen’*.

Liefst wordt het besproken met de cliënt, maar als de vriendin dit niet wil *‘brengt ze ons in een lastig parket’*. Professionals willen haar niet in gevaar brengen, maar zouden wel met de cliënt willen bespreken hoe dit gedrag kan stoppen. Bij voorkeur vindt daarna een driegesprek plaats. De ervaring is dat partners niet zo snel bellen, dus dat het vaak al langer speelt. Er kan ook sprake zijn van wraakmotieven. *‘Ze weten dan dat hun partner bij ons loopt, maar dat wordt uitgezocht door de politie. Het is niet onze taak om recherche te zijn.’* Daarnaast wordt vanuit beschermd wonen opnieuw de samenwerking met de wijkagent genoemd en het belang van dossieropbouw. De reclasseringswerker ziet gemiddeld genomen collega’s in huiselijk geweldzaken overeenkomstig de stappenplannen werken, maar signaleert wel nuanceverschillen die samenhangen met het hybride karakter van het reclasseringswerk. *‘Er zijn werkers die de huiselijk geweldzaken zelfstandig willen oplossen vanuit de hulpverleningskant en het juridische kader soms vergeten. Andere reclasseringswerkers zien zichzelf meer als casemanager die toezien op voorwaarden en reageren strikter. Regels geven de werkers soms ook grip en duidelijkheid. Sommige werkers hebben hier behoefte aan en zullen sneller formeel handelen en meldingen maken’*.

Daarnaast worden bij collega’s verschillende attitudes ten aanzien van middelengebruik gezien. *‘Sommigen zijn relaxed, anderen juist strenger. De ene collega ziet het niet als een probleem dat iemand 4 dagen in de week blowt maar geen delicten pleegt. De ander geeft aan dat cannabis steeds sterker wordt, het is niet meer de softdrugs die het 30 jaar geleden was. Het is een zwaar middel, het heeft invloed op diverse leefgebieden. Deze discussie loopt eigenlijk nog. Waar ligt de grens? Daar is wel discussie over. Wanneer is het een probleem en wanneer is het normaal gedrag? En dat heeft wel invloed op handelen’*. Ervaringsdeskundigen zouden ook strenger zijn.

Kennis over de werking van verschillende drugs is volgens de deelnemers voldoende aanwezig in hun organisaties, maar dient wel bijgehouden te worden. Er komen immers steeds nieuwe typen drugs.

VIGNET 2

Gerrie (46) is al jarenlang aan alcohol verslaafd. Ze valt mensen lastig als ze gedronken heeft, met name haar burens. Ze is veroordeeld voor brandstichting in haar eigen huis en voor het ingooien van de ramen van haar burens. Ze zit bij jou in toezicht. Ze is al 1 jaar clean en heeft sinds kort een relatie. Binnenkort trekt haar nieuwe vriend bij haar in. Hij drinkt zelf alcohol en vindt dat een wijntje af en toe best moet kunnen voor Gerrie.

Wat doe je en waarom?

In gesprek gaan met de cliënt is ook hier de eerste handelingswijze. Hierin wordt gekeken of zij inzicht heeft in haar risicofactoren en of ze de mening van haar vriend deelt. Heeft ze met haar vriend besproken waarom ze geen alcohol mag drinken? Ook de invloed van haar vriend moet worden onderzocht. Misschien durft ze geen nee te zeggen? Mogelijk kan er dan ook een driegesprek met vriend plaatsvinden. Er kan in deze gesprekken worden teruggegrepen op het terugvalpreventieplan.

Alleen als het in de bijzondere voorwaarden is opgenomen, kan het mogelijk alcoholgebruik worden gemeten met urinecontroles. In een beschermd woonvorm vinden geen urinecontroles plaats, dus dan hooguit door dichtbij haar te staan en te ruiken. *'UC's uitvoeren doen wij niet. Dat staat de begeleiding in de weg. De relatie goed houden staat voorop.'*

Gerrie is toch weer gaan drinken. De burens horen regelmatig flink geschreeuw en melden dat bij de politie.

Wat doe je en waarom?

Met de cliënt bespreken wat er aan de hand is, hoe zij kijkt naar haar terugval en naar mogelijke risico's. Op basis daarvan kan behandeling worden besproken. Omdat het om een signaal van huiselijk geweld gaat, moet sowieso dat protocol gevolgd worden. Er vindt intern overleg plaats en ook afstemming met het OM. Er is mogelijk een nieuw strafbaar feit gepleegd, maar ze kan ook zelf slachtoffer zijn. Dus er moet voorzichtig gehandeld worden. *'Je zou ook niet willen dat ze de medewerking opzegt als je gelijk gaat melden bij het OM.'*

Conclusies vignettenstudie

In beide casussen gaan deelnemers bij constatering van middelengebruik eerst in gesprek met de cliënt over de achtergronden en risico's van het gebruik. Ook in de enquêteresultaten (zie paragraaf 3.4.1) bleek dit de meest genoemde handelingswijze. Eveneens in zowel de vignettenstudie als de enquête komt het analyseren van het gebruik terug, bijvoorbeeld door het dossier en de bedoeling van het middelenverbod te bestuderen. Overleg met collega's en leidinggevenden is een derde genoemde actie. In de enquête komt deze relatief weinig terug, maar dit kan ook komen doordat in die open vraag (*Welke concrete actie(s) onderneemt u als er middelengebruik is geconstateerd bij een cliënt en welke overwegingen spelen daarbij een rol?*) niet kon worden doorgevraagd en het consulteren van collega's mogelijk zo vanzelfsprekend wordt gevonden dat het in de enquête-antwoorden niet expliciet is benoemd. Ten slotte zien we doorverwijzing naar behandeling en overleg met het OM in beide resultaten terug. Dit laatste betreft in eerste instantie informele afstemming, die men overigens met de nieuwe wet USB wat verloren ziet gaan. Formeler sancties, zoals een berisping, waarschuwing of retourzending, worden gekoppeld aan nieuw delictgedrag. Bij zo'n vermoeden moet de professional het delictgedrag melden bij het OM.

Het type middel maakt verschil in de acties en overwegingen. Cocaïnegebruik wordt bijvoorbeeld om verschillende redenen risicovoller dan cannabisgebruik geacht en zal daarom sneller tot een formele sanctie leiden. Ook het type delict en de context maken uit. Bij een vermoeden van partnergeweld wordt de meldcode huiselijk geweld gehanteerd. Indien het vermoedelijke nieuwe delict is gepleegd in risicovoller omstandigheden, baart dat professionals meer zorgen.

Er worden door de deelnemers van de vignettenstudie verschillende attitudes ten aanzien van middelengebruik bij collega's waargenomen, van meer ontspannen tot streng. Ervaringsdeskundigen zouden strenger zijn. Uit de enquête bleek dat professionals die in hun nabije omgeving een verslaving hadden meegemaakt (partner of vrienden) ook sterker overtuigd zijn van de noodzaak van behandeling en strenge controle. Tot slot wordt in deze vignettenstudie benadrukt dat kennis van professionals over de werking van de veelheid aan typen drugs moet worden bijgehouden.

3.6 Member check

Vier professionals, allen werkzaam bij de SVG, kregen het concept eindrapport en 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 en zij kunnen hier concrete voorbeelden uit eigen praktijkervaring bij geven. Wat betreft de diversiteit in de kijk op behandeling (druk uitoefenen) opperen ze diverse verklaringen. Als meest plausibele verklaring noemen ze (nuance)verschillen in 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 hebben zij nagedacht over aanbevelingen voor de praktijk. Hierbij 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. De SVG kan hierin sterker een expert / consultrol vervullen naar ketenpartners, bijvoorbeeld bij casuïstiek met verslavingsproblematiek. Wat betreft toekomstig onderzoek benoemen zij vooral het belang van onderzoek naar samenwerking in de keten rondom cliënten met verslavingsproblematiek en naar persoonlijke kenmerken van professionals (onder andere mentale weerbaarheid).

4. Conclusies en aanbevelingen

In het huidige onderzoek werd - voor zover wij weten - voor het eerst attitudes ten aanzien van middelengebruik geïnventariseerd bij een relatief grote groep forensisch sociale professionals (N = 314). Hierbinnen werd onderzocht of er verschillen bestaan tussen subgroepen en naar de mogelijke invloed van attitudes op de begeleiding van forensische cliënten middels een aanvullende vignettenstudie.

4.1 Belangrijkste bevindingen

Positieve attitudes behandelbaarheid verslaving

Over het algemeen werden positieve attitudes gevonden ten aanzien van middelengebruikers en de behandelbaarheid van verslaving. Er is weinig sprake van stereotype 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 (SVG-verslavingsprofessionals). Deze resultaten zijn grotendeels in lijn met eerdere onderzoeken naar attitudes van gedragsdeskundigen (Kelleher & Cotter, 2009; Pinikahana et al., 2002). Er zijn wel belangrijke verschillen met onderzoeken 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 (Beryl & Völlm, 2018; Brener et al., 2010; Ding et al., 2005; Gilchrist et al., 2011).

Verslavingsprofessionals minder moralistisch / stereotype attitudes en andere kijk op behandeling

Verslavingsprofessionals hadden minder moralistische en stereotype attitudes. Bovenstaande aanname over bekendheid met de doelgroep verklaart mogelijk ook waarom de verslavingsprofessionals een andere kijk hebben of 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 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 middelengebruik hebben. In de open vraag naar drijfveren voor het werk bleek overigens geen duidelijk verschil tussen verslavingsprofessionals en de andere forensisch sociale professionals. De verschillen tussen verslavingsprofessionals en andere forensisch sociale professionals is 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. In het huidige onderzoek hebben geen professionals uit penitentiaire inrichtingen meegedaan, voor toekomstig onderzoek zou dit nog interessant zijn te onderzoeken.

Relatief veel verschillen in attitudes tussen klinisch en ambulant 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. 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 (zie o.a. Kersten & Verwaaijen, 2012). Het zorgt namelijk ook voor grote cultuurverschillen tussen tsb-instellingen en ketenpartners wat de resocialisatie van forensische cliënten en de samenwerking tussen ketenpartners kan bemoeilijken. Een gedegen inhoudelijke discussie hierover is van belang.

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 client verschillen en maatwerk is altijd na te streven. Ook is het waarschijnlijk afhankelijk van de context waar men werkt en de geldende regels en protocollen. Het zou zinvol zijn om over dergelijke onderwerpen met elkaar in gesprek te gaan en kennis en ervaringen uit te wisselen om tot een meer eenduidige visie te komen op behandeling van verslavingsproblematiek, gekoppeld aan de meest recente wetenschappelijke kennis. Goede opleiding en coaching van minder ervaren professionals horen hier ook bij.

Uitzonderingen bevestigen de regel

Over het geheel genomen waren de bevindingen positief, maar er waren uitzonderingen. Zo vinden toch 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 (Franken et al., 2019; GGZ Nederland 2013). 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. Hoe weten we wie deze professionals zijn, wat is hun motivatie voor het werk en wat is de invloed van hun attitudes op trajecten van de cliënt? Gezien de kleine groep is dit lastig te onderzoeken, en zal dit meer moeten blijken uit het dagelijks werk. Hierbij is waarschijnlijk een rol voor leidinggevendenden weggelegd om dit te signaleren en bespreken met de professional.

Invloed van attitudes op handelen moet nog worden onderzocht

De kwalitatieve analyse van de open vragen en de vignettenstudie leveren interessante inzichten op in de drijfveren en werkwijze van forensisch sociale professionals ten aanzien van middelengebruik, waarbij het bespreekbaar maken met de client, het analyseren en de samenwerking zoeken voorop staan. Het type middel en type delictgedrag zijn belangrijk in de overwegingen. Deze bevindingen bieden vooralsnog echter weinig inzicht in het effect van

attitudes op handelen. Hier is ander type onderzoek voor nodig, bijvoorbeeld waarin professionals met bepaalde attitudes gevolgd worden in hun werk.

4.2 Beperkingen van het onderzoek

Er zijn meerdere beperkingen aan dit onderzoek. Ten eerste is het instrument dat we hebben gebruikt gedateerd (uit 1985) en ontwikkeld in de Verenigde Staten voor medische professionals. Het is dus niet zonder meer te vertalen naar de huidige Nederlandse situatie in het forensisch sociale domein. Het is echter één van de meest gebruikte en best gevalideerde instrumenten om attitudes ten aanzien van middelengebruik in kaart te brengen (Van Boekel et al., 2013; Foster & Onyeukwu, 2003). Verder hebben we waar mogelijk en gewenst aanpassingen gemaakt om het zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de groep van Nederlandse forensisch sociale professionals.

Een andere beperking is dat we slechts een deel van de forensisch sociale professionals hebben kunnen bereiken. Mogelijk is hier sprake van bias en zijn het juist de positief gemotiveerde professionals die de tijd en moeite hebben genomen om de online enquête in te vullen. Een aanzienlijk deel van de professionals werkzaam in een klinische setting (54 van de 100) was afkomstig van 1 FPA, dit heeft mogelijk een vertekening opgeleverd.

Verder is het mogelijk dat er sprake was van sociaal wenselijke antwoorden, bijvoorbeeld over eigen middelengebruik en wat betreft de opvattingen over middelenmisbruikers en verslaving. De enquête was echter anoniem, dus we verwachten niet dat hier in sterke mate sprake van was.

Wat betreft de vignettenstudie hadden we te maken met een erg kleine groep deelnemers. Door de COVID-19 crisis bleek het niet mogelijk om dit deel van het onderzoek uit te breiden. Desondanks was het een waardevolle aanvulling op de kwantitatieve en kwalitatieve analyses van de enquête. De *member check* waarin we aan het einde van het project de resultaten bespraken met een groep professionals bevestigde de bevindingen vanuit de enquête en de vignettenstudie.

4.3 Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de bevindingen worden de volgende aanbevelingen geformuleerd. Gezien de relatief positieve bevindingen denken wij dat het vooralsnog weinig zinvol is om – zoals in het oorspronkelijke plan vermeld – een methodiek te ontwikkelen om binnen de reclassering met elkaar in gesprek te gaan over attitudes en te reflecteren op de betekenis ervan. Er zijn slechts enkele professionals die minder positieve attitudes hebben (bijvoorbeeld cliënten met verslavingsproblematiek onprettig vinden om mee te werken of verslaving als niet behandelbaar te zien). Wel is het belangrijk voor leidinggevendenden om deze professionals in het oog te krijgen, te bevragen en eventueel te coachen. Verder biedt dit onderzoek voldoende stof tot nadenken en met elkaar in gesprek gaan; met name over de stellingen waarop verdeeldheid werd gevonden.

In gesprek gaan over visie op verslavingsbehandeling

Hoewel professionals het doorgaans met elkaar eens zijn over de behandelbaarheid van verslaving lopen de attitudes ten aanzien van de inhoud en vorm van de behandeling uiteen. Het zou zinvol zijn om daar meer met elkaar over in gesprek te gaan en kennis en ervaringen uit te wisselen.

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.* 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, zowel binnen de SVG als met ketenpartners, kunnen helpen om een meer gedeelde visie te komen op behandeling van verslavingsproblematiek en toe te passen methodieken.

Dialogoog en kennisuitwisseling ketenpartners

Op basis van de resultaten concluderen wij dat meer dialogoog en kennisuitwisseling tussen professionals behulpzaam kan zijn. Gezien de gevonden verschillen tussen verslavingsprofessionals en de andere forensisch sociale professionals en tevens tussen de klinisch en ambulante werkende professionals denken wij dat er vooral winst te behalen is in de dialogoog 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 duidelijkheid voor forensische cliënten met verslavingsproblematiek.

Voorlichting en educatie

In meerdere onderzoeken is gevonden dat het opleiden van professionals een positieve invloed had op de attitudes (zie voor een bespreking Van Boekel et al., 2013, 2015a). Een interessante bevinding hierbij is echter dat opleiding averechts werkt wanneer hulpverleners zich onvoldoende ondersteund voelden vanuit de zorgorganisatie (Ford et al., 2008). Het bieden van voldoende mogelijkheden en ondersteuning hierbij is dan ook essentieel, bijvoorbeeld faciliteren in ruimte en tijd bieden, inhoudelijke ondersteuning bij de opleiding bieden. Ook het gebruik van evidence-based standaarden binnen een setting helpen hierbij (Ford et al., 2008).

Hierbij werd in de *member check* genoemd dat basiskennis over verslaving(sbehandeling) voor alle professionals in de keten belangrijk is, maar dat binnen de SVG specialistische kennis en ervaring beschikbaar is, welke 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.

De resultaten van het huidige onderzoek kunnen tot slot ook in het onderwijs worden benut, gericht op het versterken van het professioneel handelen van (toekomstige) forensisch sociale professionals.

4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Ieder onderzoek roept weer nieuwe onderzoeksvragen op, ook het huidige onderzoek. Hieronder sommen we enkele aanbevelingen op voor vervolgonderzoek, deels in samenwerking uit te voeren binnen het Consortium Onderzoek Verslavingsreclassering.

- Diepgaander onderzoek naar bepaalde attitudes waar veel verdeeldheid op is. De meest in het oog springende is: *Het uitoefenen van druk, bijvoorbeeld door dreiging en straf, bruikbaar is om cliënten zo ver te krijgen dat ze behandeling accepteren*. Waarom is hier verdeeldheid op, in welke situatie wordt dit bruikbaar geacht en wat doe je dan precies?
- Invloed van attitudes op handelen. De kwalitatieve analyse van de open vragen en de vignettenstudie leveren interessante inzichten op in de drijfveren en werkwijze van forensisch sociale professionals ten aanzien van middelengebruik, waarbij het bespreekbaar maken met de client, het analyseren en de samenwerking zoeken voorop staan. Deze bevindingen bieden voorsnog echter weinig inzicht in het effect van attitudes op handelen. Hier is ander type onderzoek voor nodig, waarbij professionals met bepaalde attitudes voor langere tijd gevolgd worden in hun werk. Het is echter de vraag of dit ethisch is. Een andere mogelijkheid is het volgen van een aselechte groep, hen de SAAS (meerdere keren) laten invullen en volgen in hun werk en bij de beslissingen die zij nemen.
- Werkalliantie bij cliënten met verslavingsproblematiek.
- Het zou interessant zijn om dit onderzoek te repliceren bij andere ketenpartners, bijvoorbeeld binnen DJI. Zijn er relevante verschillen in attitudes en zo ja, welke invloed heeft dit op de samenwerking?
- Attitudes naar partnergeweld: binnen het huidige onderzoek was er weinig ruimte om dit onderwerp mee te nemen (enkel in de vignetstudie), maar dit is zeker interessant voor vervolgonderzoek. Bijvoorbeeld: wat is de kennis over huiselijk geweld, wat zijn attitudes naar zowel daders als slachtoffers?
- Breder onderzoek naar persoonlijke kenmerken van reclasseringswerkers die van invloed zijn op het werken met forensische cliënten (met verslavingsproblematiek):
 - Werktoewijding (zie bijvoorbeeld Gilchrist et al., 2011)
 - Werkplezier (vb. verliezen meer ervaren professionals wat plezier in hun werk?)
 - Mentale weerbaarheid
 - Kenmerken als openheid voor het perspectief van een ander
- Onderzoek naar samenwerking in de keten rondom cliënten met verslavingsproblematiek.

Literatuur

Beryl, R. & Völlm, B. (2018). Attitudes to personality disorder of staff working in high and medium secure hospitals. *Personality and Mental Health*, 12, 25-37. <https://doi.org/10.1002/pmh.1396>

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

Boekel, L. C. van, Brouwers, E. P., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2015a). Stigmatisering van patiënten met een verslaving en de gevolgen voor de hulpverlening: Een systematisch literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(7), 489-497.

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

Brener, L., von Hippel, W., von Hippel, C., Resnick, I., & Treloar, C. (2010). Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: Utility of a mixed methods approach. *Drug and Alcohol Review*, 29(5), 491-497. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00173.x

Chappel, J. N., Veach, T. L., & Krug, R. S. (1985). The Substance Abuse Attitude Survey: An instrument for measuring attitudes. *Journal of Studies on Alcohol*, 46(1), 48-52.

Ding, L., Landon, B. E., Wilson, I. B., Wong, M. D., Shapiro, M. F., & Cleary, P. D. (2005). Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users. *Archives of Internal Medicine*, 165(6), 618-623. doi:10.1001/archinte.165.6.618

Durnescu, I. (2012). What matters most in probation supervision: Staff characteristics, staff skills or programme? *Criminology & Criminal Justice*, 12 (2), 193-216. <https://doi.org/10.1177/1748895811428174>

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

Forman, R. F., Bovasso, G., & Woody, G. (2001). Staff beliefs about addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(1), 1-9. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00173-8)

Foster, J. H., & Onyeukwu, C. (2003). The attitudes of forensic nurses to substance using service users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(5), 578-584. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00663.x>

Franken, I., Brink, W. van den, & Schellekens, A. (Red.) (2019). *Handboek Verslaving*. Tweede druk. Amsterdam: Boom / de Tijdstroom.

GGZ Nederland (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: Focus op preventie en herstel*. Ede: GGZ Nederland.

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

Henskens, R., Menger, A., Kleijer-Kool, L., Vogel, V. de, Donker, A., Jungmann, N., Wijsbroek, S., & Doorn, L. van (2019). *De werkalliantie als onderwerp van gesprek tussen cliënten en professionals*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht.

Jenkins, S. J., Fisher, G. L., & Applegate, R. L. (1990). Factor analysis of the substance abuse attitude survey with college undergraduates. *Psychological Reports*, 66(1), 331-336. <https://doi.org/10.2466/pr0.1990.66.1.331>

Kalebka, R. R., Bruijns, S. R., & Van Hoving, D. J. (2013). A survey of attitudes towards patient substance abuse and addiction in the Emergency Centre. *African Journal of Emergency Medicine*, 3(1), 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2012.09.004>

Kelleher, S., & Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*, 17(1), 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2008.08.003>

Kersten, T., & Verwaaijen, S. (2012). Verslavingszorg in de tbs-kliniek. In E. Blaauw & H. Roozen (eds). *Handboek Forensische verslavingszorg* (p. 165-183). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kirby, K. C., Benishek, L. A., Dugosh, K. L., & Kerwin, M. E. (2006). Substance abuse treatment providers' beliefs and objections regarding contingency management: Implications for dissemination. *Drug and Alcohol Dependence*, 85(1), 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.03.010>

Laar, M. E. van, & Cruts, A. A. N. (2019). Epidemiologie van middelengebruik en stoornissen in het gebruik. In I. Franken, W. van den Brink, & A. Schellekens (Red.), *Handboek Verslaving* (pp. 26-39). Tweede druk. Amsterdam: Boom / de Tijdstroom.

Laar, M. E. van, Cruts, A. A. N., Miltenburg, C. J. A. van, Strada, L., Ketelaars, A. P. M., Croes, E. A., Beenackers, E. M. T., & Meijer, R. F. (red.) (2019). *Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2019*. Utrecht: Trimbo's / WODC.

Linden, I. A. (2010). The effect of personal use and family history on the attitudes of medical students toward alcohol and drug users. *Journal of Substance Use*, 15(6), 377-389. <https://doi.org/10.3109/14659890903580458>

Maio, G. R., Haddock, G., & Verplanken, B. (2018). *The psychology of attitudes and attitude change*. Sage Publications Limited.

May, J. A., Warltier, D. C., & Pagel, P. S. (2002). 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*, 14(4), 284-289. [https://doi.org/10.1016/S0952-8180\(02\)00359-8](https://doi.org/10.1016/S0952-8180(02)00359-8)

Menger, A. (2018). *De werkaliantie in het gedwongen kader. Onderzocht bij het reclasseringstoezicht*. Delft: Eburon.

Pinikahana, J., Happell, B., & Carta, B. (2002). Mental health professionals' attitudes to drugs and substance abuse. *Nursing & Health Sciences*, 4(3), 57-62. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2002.00104.x>

Richmond, I., & Foster, J. (2003). Negative attitudes towards people with co-morbid mental health and substance misuse problems: An investigation of mental health professionals. *Journal of Mental Health*, 12(4), 393-403. <https://doi.org/10.1080/0963823031000153439>

Ruijne, R. E., Kamperman, A. M., Trevillion, K., Garofalo, C., Jongejan, F. E., Bogaerts, S., ... & Mulder, N. L. (2019). Mental health professionals' knowledge, skills and attitudes on domestic violence and abuse in the Netherlands: Cross-sectional study. *BJPsych Open*, 5(2). <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.8>

Sturm, A., Menger, A., Vogel, V. de, & Huibers, M. J. (2019). Predictors of Change of Working Alliance Over the Course of Probation Supervision: A Prospective Cohort Study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, online first, doi:10.1177/0306624X19878554

Sturm, A. Vogel, V. de, Menger, A., & Huibers, M. (in press). Predictors of change of working alliance over the course of probation supervision: A prospective cohort study. *Psychology, Crime & the Law*.

Trotter, C. (2015). *Working with involuntary clients. A guide to practice (3rd edition)*. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

Tuchman, E. (2010). Women and addiction: The importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 127-138. doi:10.1080/10550881003684582

Vogel, V. de, & Bosker, J. (2018). *Over ankers en verbindingen. Professionaliteit en continuïteit in het forensisch sociale domein*. Openbare les, 8 november 2018. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Vogel, V. de, & Bosker, J. (2019). En toch is het prachtig werk: Weerbaarheid bij forensisch sociale professionals. *Proces*, 98 (4), 272-284. doi:10.5553/PROCES/016500762019098004006

Vogel, V. de, Stam, J., Bouman, Y., Horst, P. ter, & Lancel, M. (2020). Vrouwen onder invloed: Een studie naar genderverschillen in middelengebruik bij forensisch psychiatrisch patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62, 332-339.

Bijlagen

Bijlage 1 Enquête

DEEL 1 – INFORMED CONSENT

Beste deelnemer,

Hartelijk dank voor uw interesse in de enquête over attitudes van forensisch sociale professionals ten opzichte van middelengebruik bij cliënten.

Wat is het doel?

Forensisch sociale professionals hebben een cruciale rol in de trajecten van forensische cliënten met verslavingsproblematiek. Veel onderzoek naar de effectiviteit van het forensische werk gaat over methodieken ('what works'), er is nog maar weinig bekend over de persoon van forensisch sociale professionals en diens persoonlijke stijl en opvattingen ('who works'). Wat zijn bijvoorbeeld opvattingen ten aanzien van middelengebruik van cliënten en wanneer/ hoe grijp je in? Met dit onderzoek willen we meer inzicht krijgen in attitudes van professionals ten aanzien van middelengebruik en een methodiek ontwikkelen voor professionals om met elkaar in gesprek te gaan over dit onderwerp. Daarnaast willen we het onderwijs van toekomstige forensisch sociale professionals met deze inzichten versterken.

Wie kan er meedoen?

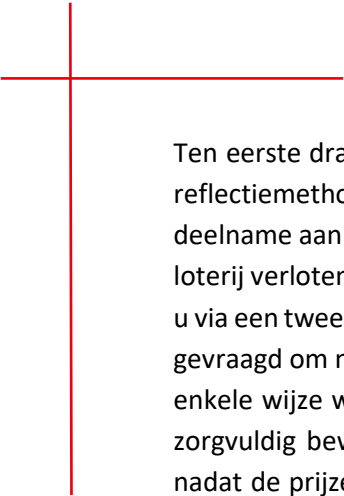
Professionals, inclusief ervaringsdeskundigen, die werkzaam zijn in het veld van de reclassering en/of de forensische zorg kunnen meedoen. We zijn daarbij op zoek naar professionals die met enige regelmaat cliëntcontact hebben.

Daarnaast kunnen ter vergelijking aankomende forensisch sociale professionals van relevante hbo-opleidingen meedoen.

Wat wordt er gevraagd?

De enquête kost ongeveer 15 tot 20 minuten om in te vullen. De enquête is anoniem, er wordt niet gevraagd om uw naam in te vullen. Wel vragen wij om enige achtergrondinformatie die wij nodig hebben om de onderzoeksvragen goed te kunnen beantwoorden. Het is niet verplicht om alle vragen in te vullen en deelname aan de enquête kan op ieder gewenst moment worden beëindigd zonder opgaaf van reden.

Wat krijg ik ervoor?



Ten eerste draagt deze kennis bij aan meer inzicht die we vervolgens kunnen gebruiken om een reflectiemethodiek te ontwikkelen om in de dagelijkse praktijk te gebruiken. Ook kunt u na deelname aan de enquête kiezen of u wilt deelnemen aan de loterij. Onder de deelnemers van de loterij verloten wij 3 *Bol.com* cadeaubonnen ter waarde van €12,50, €25,- en €50. Hiervoor wordt u via een tweede link doorgeleid naar een tweede online formulier. In dit formulier zal wel worden gevraagd om naam en contactinformatie. Op deze manier kunnen uw persoonsgegevens op geen enkele wijze worden gekoppeld aan antwoorden gegeven in de enquête. Uw gegevens worden zorgvuldig bewaard, enkel gebruikt om de winnaars van de loterij te selecteren en vernietigd nadat de prijzen zijn vergeven. De omleiding naar de pagina van de loting wordt bij vroegtijdige beëindiging van de enquête helaas wel gemist.

Wie doet dit onderzoek?

Dit project wordt uitgevoerd vanuit het lectoraat Werken in Justitieel Kader van Hogeschool Utrecht en vanuit het Consortium Onderzoek Verslavingsreclassering. Heeft u vragen of opmerkingen over deze enquête, neemt u dan contact op met Lianne Kleijer-Kool, onderzoeker bij het lectoraat Werken in Justitieel Kader: lianne.kleijer-kool@hu.nl.

Door op “doorgaan” te klikken geeft u aan dat u op dit moment 18 jaar of ouder bent, bovenstaande informatie hebt gelezen, begrijpt en hiermee akkoord gaat. Wilt u niet akkoord gaan, sluit dan de pagina.

DEEL 2 – ENQUÊTE ATTITUDES

	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
1. Alcoholverslaving is gerelateerd aan een zwakke wil.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
2. Een drugs- of alcoholverslaafd persoon kan niet worden geholpen totdat hij/zij helemaal aan de grond zit.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
3. Heroïne is zo verslavend dat niemand hier blijvend van kan herstellen wanneer hij/zij eenmaal verslaafd is.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
4. Alcohol- en drugsverslaafden zouden alleen geholpen moeten worden door professionals op dit gebied.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
5. Roken leidt tot het gebruik van cannabis, wat weer leidt tot het gebruik van harddrugs.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
6. Professionals die alcoholverslaving in een vroeg stadium ontdekken verhogen de kans op het succesvol afroeden van een traject.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
7. Het dagelijks roken van één joint (cannabis) is niet per definitie schadelijk.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5

8. Urinecontrole (alcohol en drugs) kan een belangrijk onderdeel zijn in de behandeling van middelenmisbruik.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
9. Een forensisch sociale professional die aan alcohol en/of drugs verslaafd is geweest zou nooit meer werkzaam mogen zijn als forensisch sociale professional.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
10. Cannabisgebruik door tieners kan gezond experimenteelgedrag zijn.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
11. Een alcohol- of drugsverslaafd persoon die meerdere terugvallen heeft gehad kan waarschijnlijk niet worden behandeld.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
12. Langdurige ambulante zorg is noodzakelijk bij het behandelen van drugsverslaving.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
13. Levenslange abstinentie is een noodzakelijk doel in de behandeling van alcoholverslaving.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
14. Als een persoon eenmaal door behandeling van de drugs af is gekomen kan hij nooit meer een sociale gebruiker worden.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
15. Drugsverslaving is een behandelbare ziekte.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5

16. Groepstherapie is erg belangrijk bij het behandelen van alcohol- of drugsverslaving.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
17. Een kliniek is de beste plek om een alcohol- of drugsverslaafde te behandelen.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
18. Alcoholverslaving is een behandelbare ziekte.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
19. De meeste alcohol- en drugsverslaafde personen zijn onprettig om mee te werken als cliënt.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
20. Zwangere vrouwen die drugs of alcohol gebruiken zouden gestraft moeten worden.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
21. Het uitoefenen van druk, bijvoorbeeld door dreiging en straf, is bruikbaar om tegenwerkende cliënten zo ver te krijgen dat zij behandeling accepteren.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5
22. Actieve deelname aan programma's zoals de Anonieme Alcoholisten is essentieel voor een cliënt om te herstellen van alcohol- en drugsverslaving.	Helemaal oneens...1	Oneens...2	Neutraal... 3	Eens...4	Helemaal mee eens...5

DEEL 3 – DEMOGRAFISCHE GEGEVENS/ACHTERGROND

1. Wat is uw functie? (Het dient te gaan om een functie waarbij u met enige regelmaat cliëntcontact hebt.)

.....

2. Voor welke soort organisatie werkt u?

☐ SVG

- ☐ Reclassering Nederland
- ☐ Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering
- ☐ Klinische forensische setting (FPC/FPK/FPA)
- ☐ Klinische reguliere geestelijke gezondheidszorg
- ☐ Ambulante behandeling (o.a. forensische polikliniek, FACT)
- ☐ Beschermd wonen of ambulante woonbegeleiding (o.a. RIBW)
- ☐ Anders, nl.

3. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

4. Wat is uw geslacht? Man/vrouw/anders

5. Hoeveel jaren werkervaring heeft u in de reclassering?

..... jaar

6. Hoeveel jaren werkervaring heeft u in de forensische zorg?

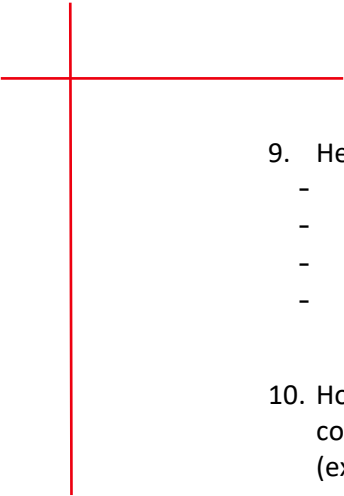
..... jaar

7. Gebruikt u zelf alcohol?

- Ja, dagelijks
- Ja, meerdere malen per week
- Ja, ongeveer 1x per week
- Ja, ongeveer 1x per maand
- Ja, alleen bij speciale gelegenheden
- Vroeger wel, maar nu niet meer
- Nooit

8. Gebruikt u zelf drugs?

- Ja, dagelijks
- Ja, meerdere malen per week
- Ja, ongeveer 1x per week
- Ja, ongeveer 1x per maand
- Ja, alleen bij speciale gelegenheden
- Vroeger wel, maar nu niet meer
- Nooit

- 
9. Heeft u in uw eigen omgeving verslaving meegemaakt?
 - partner (ja/nee optie)
 - familie
 - vrienden/kennissen
 - zelf
 10. Hoe streng vindt u uzelf in vergelijking met collega's als u middelengebruik constateert bij een cliënt? Op een schaal van 1 (helemaal niet streng) tot 10 (extreem streng).
 11. Welke concrete actie(s) onderneemt u als er middelengebruik is geconstateerd bij een cliënt en welke overwegingen spelen daarbij een rol?
 12. Kunt u in een paar woorden schetsen wat uw belangrijkste drijfveer is voor het werken met forensische cliënten?

DEEL 4 –

U heeft het einde van de vragenlijst bereikt. Hartelijk dank voor uw deelname. Wilt u deelnemen aan de loterij, op de hoogte blijven van of participeren in het vervolg van het project? Klik dan op de volgende link. Indien dit niet het geval is, kunt u de pagina sluiten. Nogmaals dank voor uw deelname!

<link naar loterij vragenlijst>

DEEL 5 - LOTERIJ/PARTICIPATIE IN VERVOLG PROJECT

Dank voor het invullen van de enquête. Om onze waardering te laten blijken houden we een loterij onder de deelnemers met enkele kleine prijzen. De prijzen zijn 3 Bol.com cadeaubonnen ter waarde van €12,50, €25,- en €50. Om te kunnen deelnemen moet u enkele persoonsgegevens invullen. Deze kunnen NIET worden gekoppeld aan de antwoorden die u in de enquête heeft gegeven, worden enkel gebruikt om de winnaars te contacteren en worden na het uitdelen van de prijzen vernietigd.

U ontvangt bericht over uw deelname op uw emailadres.

☐ Ik verklaar dat ik op de huidige datum tenminste 18 jaar oud ben, en bovenstaande informatie heb gelezen en begrepen.

Voornaam:

Achternaam:

Telefoonnummer (tijdens kantooruren):

Email:

In het vervolg van het project willen we met forensisch sociale professionals nader in gesprek. We presenteren eerste bevindingen en willen graag cases aan jullie voorleggen. Dit biedt ook de mogelijkheid om van elkaar te leren en mee te denken over de ontwikkeling van een passende reflectiemethodiek.

- ☐ Ja, ik wil me hiervoor opgeven.
- ☐ Nee, ik wil hier niet aan deelnemen.

Wilt u de resultaten van het project toegestuurd krijgen?

- ☐ Ja, ik ontvang graag de resultaten.
- ☐ Nee, ik wil verder geen berichten ontvangen.

Nogmaals dank voor uw deelname! U kunt nu de pagina sluiten.

Bijlage 2 Vignetten

Vignet 1

Matthijs (25) zit bij jou in toezicht vanwege vermogensdelicten en mishandeling in een café, die hij onder invloed van alcohol heeft gepleegd. Als bijzondere voorwaarde is er een middelenverbod opgelegd en ondergaat Matthijs UC's. Een van de UC's is positief op cannabis.

Wat ga je doen en waarom?

Vervolg: Een aantal weken later blijkt dat Matthijs cocaïne heeft gebruikt.

Wat ga je doen en waarom?

Vervolg: Recent heeft zijn vriendin contact met jou als toezichthouder opgenomen om te vertellen dat jouw cliënt haar thuis heeft geslagen. Hij was toen onder invloed van cocaïne.

Wat ga je doen en waarom?

Vignet 2

Gerrie (46) is al jarenlang aan alcohol verslaafd. Ze valt mensen lastig als ze gedronken heeft, met name haar burens. Ze is veroordeeld voor brandstichting in haar eigen huis en voor het ingooien van de ramen van haar burens. Ze zit bij jou in toezicht. Ze is al 1 jaar clean en heeft sinds kort een relatie. Binnenkort trekt haar nieuwe vriend bij haar in. Hij drinkt zelf alcohol en vindt dat een wijntje af en toe best moet kunnen voor Gerrie.

Wat ga je doen en waarom?

Vervolg: Gerrie is toch weer gaan drinken. De burens horen regelmatig flink geschreeuw en melden dat bij de politie.

Wat ga je doen en waarom?

Bijlage 3 Informed consent vignettenstudie

Beste deelnemer,

Hartelijk dank voor uw deelname aan de vignettenstudie over attitudes van forensisch sociale professionals ten opzichte van middelengebruik bij cliënten Attitudes middelengebruik.

Wat is het doel:

Forensisch sociale professionals hebben een cruciale rol in de trajecten van forensische cliënten met verslavingsproblematiek. Veel onderzoek naar de effectiviteit van het forensische werk gaat over methodieken ('what works'), er is nog maar weinig bekend over de persoon van forensisch sociale professionals en diens persoonlijke stijl en opvattingen ('who works'). Wat zijn bijvoorbeeld opvattingen ten aanzien van middelengebruik van cliënten en wanneer / hoe grijp je in? Met dit onderzoek willen we meer inzicht krijgen in attitudes van professionals ten aanzien van middelengebruik en een methodiek ontwikkelen voor professionals om met elkaar in gesprek te gaan over dit onderwerp. Daarnaast willen we het onderwys van toekomstige forensisch sociale professionals met deze inzichten versterken.

Wat vragen we:

Wij willen graag met jullie, de professionals, het gesprek aangaan over (professioneel handelen) bij middelengebruik aan de hand van casuïstiek. Hierbij willen we voor onze eigen administratie ook graag geluidsopnamen maken. Ook zullen wij tijdens het gesprek notuleren. Het gesprek zal in groepsvorm plaatsvinden en zal ongeveer 2 uur duren.

Wat gebeurt er met de verzamelde informatie:

Op basis van de gesprekken maken wij een verslag. In het verslag zullen geen namen worden genoemd. Het verslag zal enkel binnen de projectleiding en de begeleidingscommissie van het project worden gedeeld. Op basis van het verslag worden geheel geanonimiseerde thema-analyses geschreven, deze zullen onderdeel zijn van het publiekelijk te delen rapport en andere presentaties. De geluidsopnamen zullen alleen gebruikt worden om de volledigheid van het verslag, en de daarop gebaseerde analyses te garanderen. De geluidsopnamen worden bewaard bij de Hogeschool Utrecht in een afgesloten ruimte, en zullen alleen worden beluisterd door leden van het onderzoeksproject (Jolein Monnee-van Doornmalen, Lianne Kleijer-Kool, Richard van Asch en Vivienne de Vogel). Andere personen zullen geen toegang krijgen tot de geluidsopnamen zonder uw uitdrukkelijke, schriftelijke toestemming hiervoor. De geluidsopnamen en verslagen zullen worden bewaard totdat er decharge wordt verleend aan het project. Nadat decharge is verleend zullen de opnamen en verslagen worden vernietigd.

Door dit document te tekenen geeft u aan dat u bovenstaande heeft gelezen, heeft begrepen, en dat u akkoord bent met de gegeven informatie.

Naam en voorletter(s):

Datum:

.....

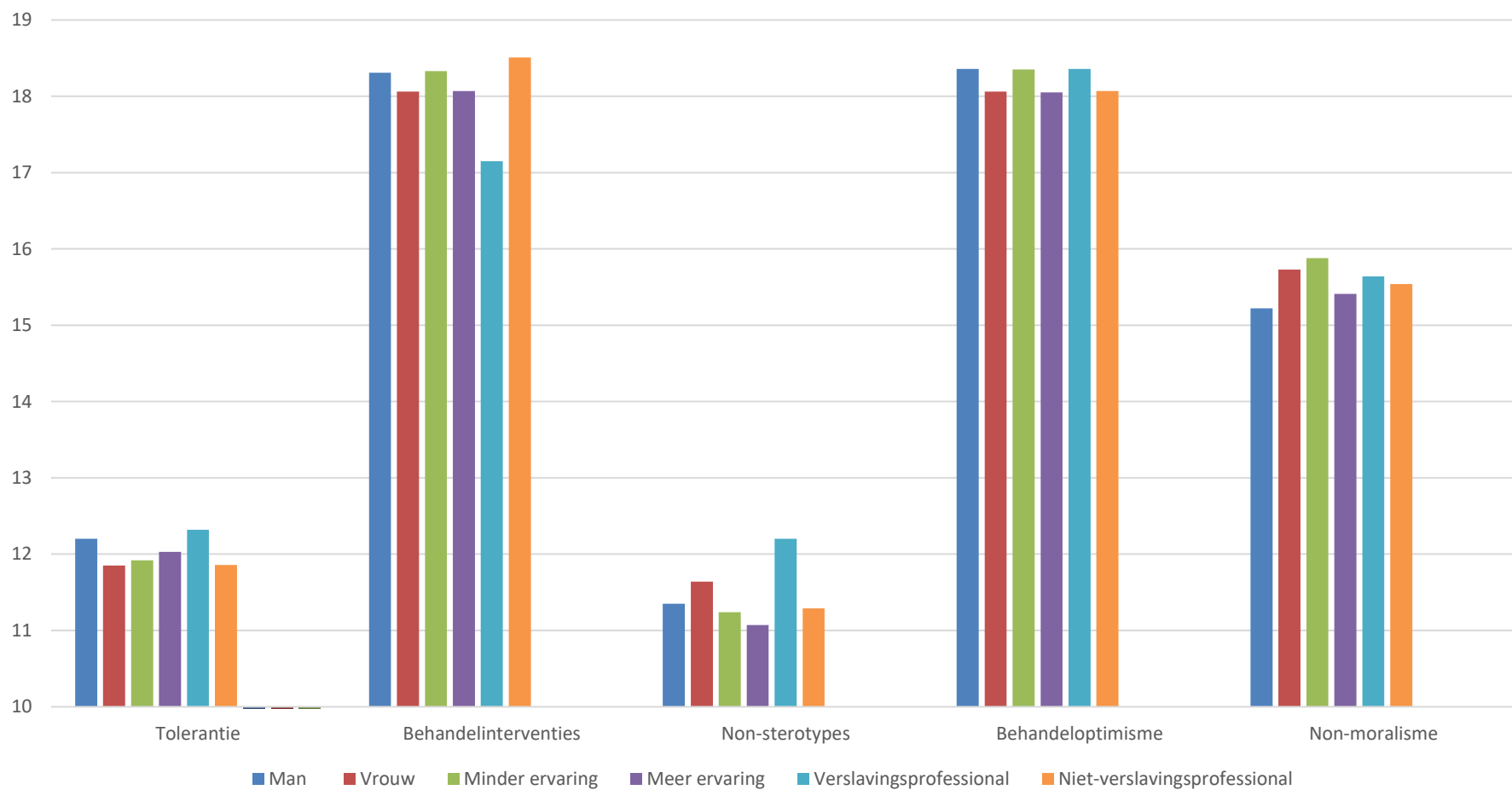
Handtekening:

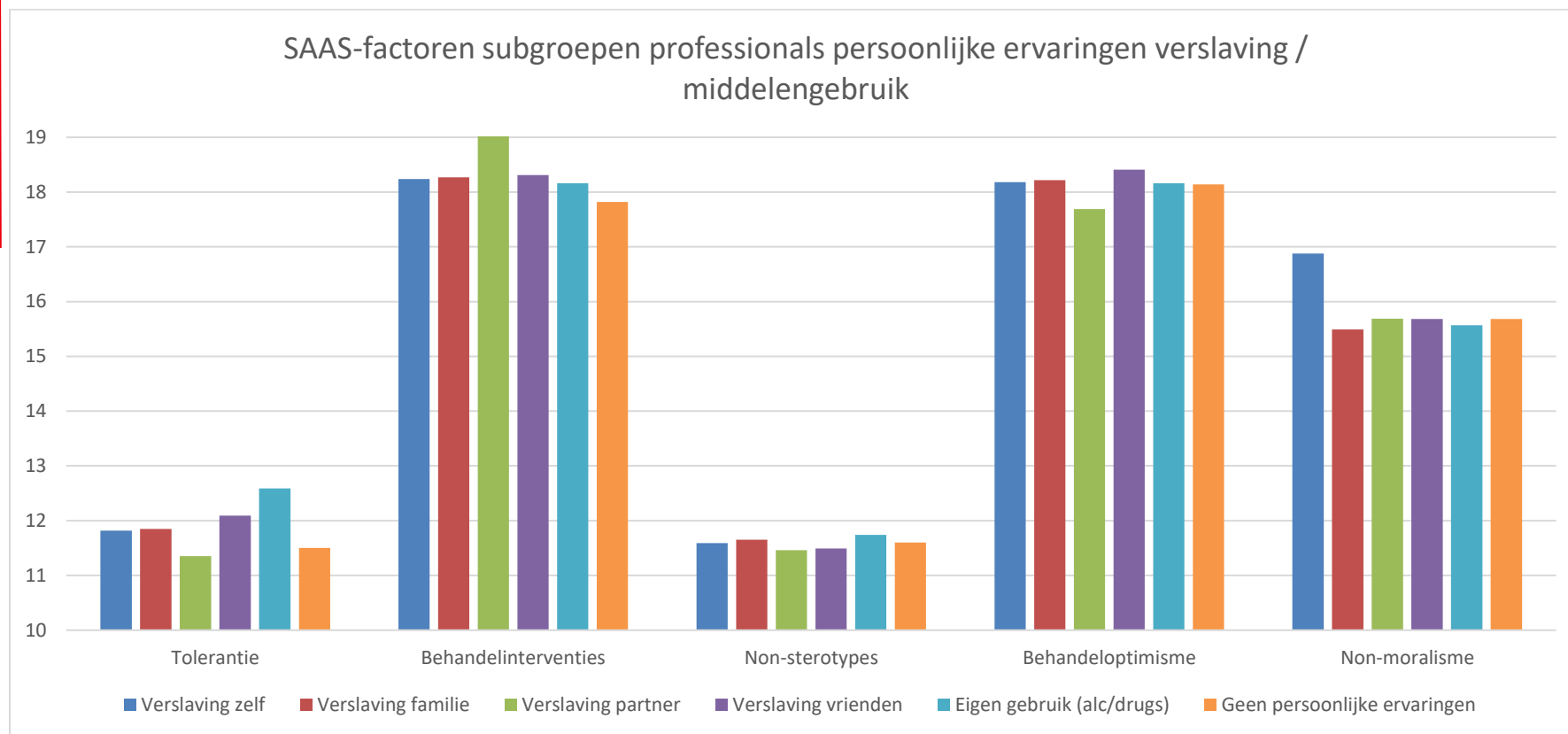
.....

Bijlage 4 Grafieken SAAS-factoren subgroepen

Op de volgende pagina's staan ter volledigheid de grafieken met de gemiddelde scores op de SAAS-factoren voor de verschillen subgroepen professionals. Voor een beschrijving van de significante verschillen wordt verwezen naar paragraaf 3.3 en Figuur 3.

SAAS-factoren subgroepen professionals







 **KSI_HU**

 **KSI@HU.NL**

 **[BIT.LY/AANMELDENKSI](https://bit.ly/aanmeldenksi)**

