25/4/2012

|  |
| --- |
| Uitgevoerd door: Studenten Gereformeerde Hogeschool Zwolle | Sandra van Leeuwen, Marleen Wijnholds & Marloes Achterveld |



|  |  |
| --- | --- |
| In opdracht van: Toevlug | Research about the Aftercare programme |

Inhoudsopgave

[Voorwoord 5](#_Toc325971323)

[Samenvatting 6](#_Toc325971324)

[Hoofdstuk 1: Inleiding 7](#_Toc325971325)

[1.1 Aanleiding van het onderzoek 7](#_Toc325971326)

[1.1.1 Opdrachtgever voor dit onderzoek 7](#_Toc325971327)

[1.1.2 De nazorg op dit moment 7](#_Toc325971328)

[1.1.3 Geschiedenis van het knelpunt 10](#_Toc325971329)

[1.1.4 Voorlopige vraagstelling 10](#_Toc325971330)

[1.2 Theoretisch kader 11](#_Toc325971331)

[1.2.1 Inleiding 11](#_Toc325971332)

[1.2.2 Verslavingsproblematiek 13](#_Toc325971333)

[1.2.3 Terugval (preventie) 14](#_Toc325971334)

[1.2.4 Niveau 2 Professionaliteit 21](#_Toc325971335)

[1.2.5 Niveau 2a Organisatiestructuur 22](#_Toc325971336)

[1.2.6 Niveau 2b Gemeente Western- Cape 22](#_Toc325971337)

[1.2.7 Niveau 2c Beroepsethiek 23](#_Toc325971338)

[1.2.8 Niveau 3 Samenleving Zuid- Afrika (Gericht op de provincie West- Kaap) 23](#_Toc325971339)

[1.2.9 Schema 24](#_Toc325971340)

[1.3. Probleemomschrijving 25](#_Toc325971341)

[1.3.1 Probleemomschrijving 25](#_Toc325971342)

[1.3.2 Doelstelling 25](#_Toc325971343)

[1.3.3 Centrale vraagstelling 26](#_Toc325971344)

[1.3.4 Deelvragen 26](#_Toc325971345)

[1.3.5 Begripsafbakening 26](#_Toc325971346)

[Hoofdstuk 2: Methode 28](#_Toc325971347)

[2.1 Onderzoeksgroep(en) 28](#_Toc325971348)

[2.2 Analysemethoden 28](#_Toc325971349)

[2.2.1 Ervaringen rondom afname 28](#_Toc325971350)

[2.2.2 Non-respons 29](#_Toc325971351)

[2.2.3 Betrouwbaarheid 30](#_Toc325971352)

[2.2.4 Validiteit 31](#_Toc325971353)

[2.2.5 Bruikbaarheid 31](#_Toc325971354)

[Hoofdstuk 3: Resultaten 32](#_Toc325971355)

[3.1 Resultaten deelvraag 1 32](#_Toc325971356)

[3.2 Resultaten deelvraag 2 34](#_Toc325971357)

[3.3 Resultaten deelvraag 3 36](#_Toc325971358)

[3.4 Resultaten deelvraag 4 38](#_Toc325971359)

[3.5 Resultaten deelvraag 5 40](#_Toc325971360)

[3.6 Resultaten deelvraag 6 41](#_Toc325971361)

[Hoofdstuk 4: Conclusies 44](#_Toc325971362)

[4.1 Inleiding 44](#_Toc325971363)

[4.2 Conclusies 45](#_Toc325971364)

[4.2.1 Conclusie 1 45](#_Toc325971365)

[4.2.2 Conclusie 2 46](#_Toc325971366)

[4.2.3 Conclusie 3 48](#_Toc325971367)

[4.2.4 Conclusie 4 49](#_Toc325971368)

[4.2.5 Conclusie 5 50](#_Toc325971369)

[4.2.6 Conclusie 6 52](#_Toc325971370)

[4.2.7 Eindconclusie 54](#_Toc325971371)

[4.3 Aanbevelingen 56](#_Toc325971372)

[4.4 Discussie 59](#_Toc325971373)

[Procesevaluatie 60](#_Toc325971374)

[Woord van dank 62](#_Toc325971375)

[Literatuurlijst: 63](#_Toc325971376)

[Bijlage 1: Onderzoeksvoorstel Rossouw, T. 65](#_Toc325971377)

[Bijlage 2: Planning onderzoek 67](#_Toc325971378)

[Bijlage 3: Gesprek Bantom, F. 69](#_Toc325971379)

[Bijlage 4: Instrumenten 70](#_Toc325971380)

[Bijlage 5: Labelingsschema social workers BADISA 101](#_Toc325971381)

[Bijlage 6: Labelingsschema social workers Toevlug 105](#_Toc325971382)

[Bijlage 7: Labelingsschema patiënten BADISA 106](#_Toc325971383)

[Bijlage 8: Enquêteschema patiënten BADISA 109](#_Toc325971384)

[Bijlage 9: Buddy’s 115](#_Toc325971385)

[Bijlage 10: Toestemmingsbrief 116](#_Toc325971386)

[Bijlage 11: Gesprek met een community- worker 117](#_Toc325971387)

[Bijlage 12: Extra gesprek social worker BADISA 118](#_Toc325971388)

[Bijlage 13: Uitwerking hoofdstuk 2 119](#_Toc325971389)

# Voorwoord

Dit onderzoek is ontstaan vanuit een opdracht van school in het afstudeerjaar. Zoekend naar een interessant onderwerp voor ons onderzoek, kregen wij de mogelijkheid aangeboden om in het buitenland onderzoek te doen. Hierbij trok Zuid- Afrika onze aandacht. Zuid- Afrika boeit ons, omdat dit land zo divers is qua cultuur, religies, talen en gewoontes. Het onderzoek wat ons aangeboden werd, en wat gelijk onze aandacht had; was een onderzoek binnen de verslavingszorg. We hebben niet eerder gewerkt in de verslavingszorg, wel zijn we in onze stage verslavingsproblematiek tegengekomen bij sommige cliënten. Verslavingszorg is een complex geheel, waar we ons alle drie graag in wilden verdiepen, juist door onze ervaringen binnen stage.

De instelling Toevlug in Worcester bood ons een onderzoek aan. Het betreft een onderzoek naar de effectiviteit van het nazorgprogramma, omdat Toevlug merkt dat er een hoog percentage patiënten is, die terugvalt in verslavingsgedrag. In dit onderzoek wordt ingegaan op het nazorgprogramma wat de patiënten krijgen aangeboden door de social workers van BADISA. Op basis van secuur geselecteerde items is een evaluatie gegeven over het huidige nazorgprogramma om te ontdekken waar de problemen zijn waardoor veel patiënten terugvallen. In dit verlag kunt u hier de resultaten van vernemen.

# Samenvatting

In dit rapport wordt het onderzoek beschreven wat is gedaan in opdracht van Toevlug, een rehabilitatiecentrum door drugs en alcoholverslaving. Zij hebben gevraagd onderzoek te doen naar het nazorgprogramma, omdat zij merken dat er veel terugval is onder de patiënten. Dit nazorgprogramma wordt meestal verzorgt door degenen die ook de patiënten aanvankelijk verwijzen naar Toevlug. Eén van deze organisaties die het nazorgprogramma vormgeeft, is BADISA, waar in dit onderzoek op gefocust wordt. Om te onderzoeken welke problemen er zijn waardoor de terugval veroorzaakt wordt, wordt in dit onderzoek het nazorgprogramma, ook wel voortgezette behandeling genoemd, onderzocht. Hiervoor is de volgende centrale vraagstelling genomen:

**Welke inhoudelijke onderdelen binnen het nazorgprogramma van Toevlug en de social workers van BADISA behoeven verbetering, en welke bijstellingen zijn er nodig, om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te kunnen bieden aan de patiënten die de instelling Toevlug verlaten na de behandeling?**

Door middel van literatuurstudie zijn verschillende items geselecteerd die essentieel bleken voor een nazorgprogramma. Dit betreffen de volgende items; vrije tijd, gezinsrelaties, sociaal netwerk, zelf voorzien in financiële behoeften en huisvesting. Hier is de afstemming tussen Toevlug en BADISA aan toegevoegd, omdat ons inziens afstemmen ook een belangrijk aspect is in het verzorgen van een effectief nazorgprogramma. Op basis van deze items zijn deelvragen geformuleerd, waardoor elk item getoetst kon worden aan de hand van enquête- en interviewvragen.

We concludeerden dat er op elk item bijstellingen nodig zijn om een effectief nazorgprogramma te kunnen verstrekken. Met name aandacht voor de items ‘huisvesting’ en het ‘zelf voorzien in financiële middelen’ bleek tekort te schieten. Het hoofdzakelijke probleem wat hieraan ten grondslag ligt, is het geldtekort voor de organisatie. Hierdoor hebben social workers van BADISA een hoge case-load en is er te weinig tijd voor elke individuele patiënt op de verschillende items. De focus ligt op de crisisinterventie of een specifieke doelgroep. Een probleem wat daarmee samengaat, is dat er geen duidelijk nazorgprogramma beschreven staat waardoor social workers en patiënten geen houvast hebben aan wat zij kunnen aanbieden/verwachten, en op welke manier. Een andere belangrijke bevinding was dat de patiënten vaak (slechts) hulp ontvangen als zij hier om vragen. Patiënten die dit niet doen, krijgen veel minder, of geen hulp.

Onze eerste aanbeveling richt zich dan ook op het doen van onderzoek om de financiële middelen te vergroten, door bijvoorbeeld te lobbyen bij de overheid om subsidies te verkrijgen. Onze tweede aanbeveling is het schrijven van een duidelijk nazorgprogramma. We bevelen aan om dit nazorgprogramma te schrijven in overleg met Toevlug en BADISA samen. Op die manier zal de behandeling van Toevlug meer aansluiten bij de begeleiding die BADISA kan bieden. Ook is geadviseerd binnen dit geschreven nazorgprogramma een buddy -project op te starten, om de patiënt te helpen gemotiveerd te blijven voor de begeleiding van BADISA, en hem te helpen kennis te maken met positief beïnvloedende contacten. Dit bevelen wij aan omdat er werd aangegeven dat wanneer een patient niet gemotiveerd is hij in mindere mate begeleiding ontvangt.

# Hoofdstuk 1: Inleiding

## 1.1 Aanleiding van het onderzoek

### 1.1.1 Opdrachtgever voor dit onderzoek

Toevlug is een instelling voor verslavingszorg in Worcester, Zuid Afrika. Zij biedt interne behandeling aan patiënten voor een periode van vijf weken. Dit bestaat uit een week detoxificatie, en vier weken behandeling die gericht is op verschillende aspecten, om terug te keren naar de maatschappij. Het programma is vooral gericht om de patiënt te helpen inzicht te ontwikkelen in zijn/haar afhankelijkheid, en de impact die het heeft op zijn/haar totale leven. Iedere patiënt krijgt een individueel behandelingsplan naar aanleiding van de ontwikkelingsbehoeften die de patiënt zelf aangeeft. De patiënt wordt tot inzicht gebracht om zijn gedrag te veranderen, om zo weer deel te leren nemen aan de maatschappij. Hierbij wordt bijvoorbeeld aandacht gegeven aan communiceren, conflicthantering en probleemhantering. Daarnaast biedt Toevlug (creatieve) activiteiten aan, zowel binnen als buiten de instelling, om de patiënten een gezonde levensstijl te leren ontwikkelen. De familie van de patiënt speelt ook een rol in de behandeling. Zij worden bij de behandeling van de patiënt betrokken, en de patiënt wordt gestimuleerd om contact met zijn familie te onderhouden tijdens de behandeling. De familie wordt tevens voorgelicht over verslaving in het algemeen, en krijgt handvatten hoe ze met de patiënt kunnen omgaan.

Na deze vijf weken wordt er overgegaan op een nazorgprogramma van één jaar. Dit wordt niet door Toevlug zelf verzorgd, maar door andere social workers, namelijk de aanvankelijke verwijzers van de cliënten. Een organisatie die bijvoorbeeld verwijst, is BADISA, een organisatie waar Toevlug ook onder valt. Na de behandeling bij Toevlug, gaan de patiënten terug naar de begeleiding van hun verwijzers, bijvoorbeeld BADISA. Echter merkt Toevlug dat er veel terugval is onder patiënten. Toevlug geeft resultaten uit een eerder verricht pilot[[1]](#footnote-1). Het gaat om 29, 4% van de patiënten die verslaafd is aan bedwelmende middelen (drugs), en 23% van de patiënten die verslaafd is aan alcohol, die eerder een behandeling voor hun verslaving hebben gehad. Omdat de behandeling van Toevlug succesvol blijkt, en patiënten positief zijn over het programma, wordt de reden van de terugval bij het nazorgprogramma gezocht. Namelijk gemiddeld 95% van de patiënten die begint met de behandeling, rondt deze ook succesvol af. De terugval die er echter plaatsvindt na de behandeling, wil Toevlug graag terugdringen.

### 1.1.2 De nazorg op dit moment

Toevlug biedt een programma aan dat gericht is om vrij te worden van de afhankelijkheid van gebruik, en om de patiënt toe te rusten om zich succesvol opnieuw aan te passen aan hun gezin, beroep en de samenleving. Toevlug vindt nazorg van essentieel belang om de patiënt in zijn volgende fase van herstel te begeleiden[[2]](#footnote-2). De patiënt moet na ontslag van de instelling, blijvend ondersteund worden.

Voor de blijvende ondersteuning schakelt Toevlug verscheidene ondersteuningsgroepen in, en acties van de kerk om patiënten op hun lange pad van herstel bij te staan. De ondersteuningsgroepen bevatten mensen die verslaafd zijn geweest en door middel van bijeenkomsten steun bij elkaar kunnen vinden. Deze ondersteuningsgroepen worden opgezet door Toevlug en ondersteund door andere organisaties. Al tijdens de intramurale behandeling worden de patiënten aangemoedigd om zich aan te sluiten bij een dergelijke ondersteuningsgroep. Deze groepen worden door Toevlug zelf aangestuurd. De ondersteuningsgroep is in 2011 tien keer bij elkaar gekomen. Deze groep is voor (ex-) patiënten die bij Toevlug, of bij een andere instelling een behandeling heeft gehad. Deze groep wordt gezien als onderdeel van de begeleiding in het nazorgprogramma en wordt begeleid door professionals vanuit Toevlug en andere organisaties. Als afsluiting van deze groep, en de lotgenotengroep voor familieleden en andere betrokkenen, wordt er een bijeenkomst gehouden in de kerk. Deze gelegenheid wordt door een groot aantal personen bezocht.

De social workers van BADISA verzorgen het nazorgprogramma, dat één jaar duurt. Zij geven echter aan bij Toevlug, dat zij niet goed weten wat de inhoud is van een nazorgprogramma. Daardoor hebben patiënten zelf ook geen duidelijke richtlijnen voor hun begeleiding van BADISA[[3]](#footnote-3). Toevlug probeert vervolg te geven aan de behandeling door contact te houden met de patiënten door middel van Facebook en de telefoon.

Knelpunten op verschillende niveaus (betrokkenen)

*Toevlug Centre*: zij heeft als doelstelling om mensen naar een verslavingsvrij leven te begeleiden. Door de hoge terugvalcijfers wordt dit bedreigd. Ze willen zoveel mogelijk mensen bereiken met hun interne programma, en perken daarom hun aantal patiënten niet in. Omdat de patiënt en Toevlug tijd en geld steken in het interne programma, is het voor Toevlug van belang om te weten dat zij niet terugvallen. Toevlug wil niet dat patiënten en de andere betrokken partijen geld investeren in het programma wanneer het nazorgprogramma niet effectief werkt. Om feedback te krijgen op het verdere verloop van vrij blijven van gebruik door de patiënt, heeft Toevlug evaluatieformulieren. Deze zouden elke drie maanden teruggestuurd moeten worden naar Toevlug, maar dit gebeurt te weinig om een goede evaluatie op de inhoud van de nazorg te krijgen. Hierdoor kan Toevlug slechts op korte termijn (enkel hun eigen programma) weergeven, hoe effectief het programma is; namelijk, 95% slaagt in de behandeling. Toevlug moet zich ook verantwoorden naar het Department of Social Services, die de subsidie verstrekt. Zij moeten kunnen laten zien dat het effectief is wat zij doen. Dit is echter maar een beperkte evaluatie, omdat zij geen zicht hebben op de nazorg die de ex-patiënten van Toevlug krijgen.

*Department of Social services*: de overheid in Zuid- Afrika investeert in het programma van Toevlug. Zij hebben als doel het drugsgebruik terug te dringen. Daarom is het van belang om te weten of de patiënten van Toevlug vrij blijven van de verslaving. Op dit moment kan Toevlug zich echter enkel verantwoorden op basis van hun input en output van patiënten. Voor het Department of Social Services is het een knelpunt dat zij niet weten wat het effect is van de zorg van Toevlug op langere termijn. Om de geldstroom naar Toevlug te kunnen blijven verantwoorden, heeft het Department of Social Services bewijzen nodig dat het programma van Toevlug, en de daarop aansluitende begeleiding door BADISA, effectief blijkt.

*Samenleving*: iemand die in de samenleving kan meedraaien, draagt iets bij aan de maatschappij. Dit meedraaien kan door een baan, het hebben van een stabiel netwerk, meedoen in vrije- tijd activiteiten, kortom; meedoen in het maatschappelijk verkeer. Iemand die verslaafd is, doet dit niet. Zij dragen daardoor niet bij aan het opbouwen van de maatschappij. Voor de verslaafde betekent dit een moeilijk leven en voor zijn omgeving betekent dit het verdragen van teleurstellingen. De personen in zijn omgeving moeten dan namelijk om zien te gaan met de verslaving, terwijl zij de verslaafde liever ‘gezond’ zouden zien. Dit kan dus voor veel stress leiden in de omgeving van de verslaafde en bij de verslaafde zelf, wanneer het de verslaafde niet lukt om te stoppen met gebruiken. Als er minder mensen zijn die terugvallen in verslavingsgedrag, en bekend is waarmee dit kan worden tegengegaan, zal de samenleving daar op langere termijn baat bij hebben. Door onwetendheid over het probleem van verslaving, en gebruik van verdovende middelen, zal er minder begrip zijn voor (ex-) patiënten, en zal gebruik meer geaccepteerd worden. Om deze reden is kennis over de schadelijkheid van gebruik heel belangrijk. Nu is er echter sprake van een knelpunt van onwetendheid over schadelijkheid van gebruik, en daarbij is er overlast door ex-patiënten die terugvallen, omdat het nazorgprogramma niet effectief is.

*Netwerk van de patiënt:* uit onderzoek is gebleken dat het netwerk van de patiënt vaak veel moeite ondervindt van de verslaving[[4]](#footnote-4). Daarom biedt Toevlug ook ondersteuning aan deze groep doormiddel van voorlichting, het geven van handvatten en het organiseren van steungroepen. Zij hebben er baat bij dat de patiënt verslavingsvrij blijft. Als dit niet gebeurt, zorgt dit voor spanning. Het netwerk wil vaak veel steun verlenen aan de patiënt, maar heeft ook behoefte aan eigen steun daarin, omdat dit vaak als erg zwaar wordt ervaren. Ook voor de patiënt is het hebben van een drugs/alcoholvrij netwerk van groot belang om verslavingsvrij te blijven[[5]](#footnote-5). Bovendien kan het netwerk van de patiënt negatief beïnvloed worden door het gebruik van de patiënt. Het knelpunt is dat niet bekend is welke invloed, en bijdrage het netwerk van de patiënt op dit moment levert, en wat het nog zou kunnen leveren aan het drugsvrij blijven van de patiënt.

*Patiënt:* de patiënt komt naar Toevlug om verslavingsvrij te worden. Hij investeert hier geld in. Hiervoor heeft hij goede ondersteuning nodig, ook na intramurale behandeling. Als dit niet het geval is, wordt het risico op terugval vergroot. Er is op dit moment niet bekend hoe de patiënten het nazorgprogramma ervaren, en wat zij daarin als steun ervaren of wat zij daarin missen. Het is niet bekend of de patiënt genoeg steun ondervindt van zijn netwerk, van de social worker, of van andere hulpbronnen. De patiënten die een behandeling bij Toevlug krijgen, ervaren het programma overwegend positief, dit blijkt uit de evaluatieformulieren die Toevlug de patiënten na de behandeling laat invullen. Over de ervaringen van ex-patiënten die in het nazorgprogramma zitten onder de begeleiding van BADISA, is echter niets bekend. Dit is een knelpunt, want hierdoor is een goede evaluatie naar Toevlug, maar ook naar de Social Services niet mogelijk.

*Social workers van BADISA*: hun rol is om de patiënten van Toevlug te begeleiden en in de nazorg de patiënt te ondersteunen. Doordat zij echter een hoge case-load hebben, hebben ze niet genoeg tijd om dit effectief te kunnen doen. Bovendien hebben zij geen toereikende kennis over het effectief bieden van ondersteuning aan patiënten. Het hoofdzakelijke knelpunt is dat er niet bekend is welke inhoud er wordt gegeven aan het nazorgprogramma. Het is bij de social workers niet bekend welke onderdelen van belang zijn bij een nazorgprogramma, en het is ook niet bekend welke onderdelen in het programma effectief blijken en welke niet.

### 1.1.3 Geschiedenis van het knelpunt

De social workers van BADISA dienen elke drie maanden een evaluatieformulier in te vullen over het verloop van de patiënt. In deze formulieren wordt er echter geen aandacht gegeven aan inhoudelijk items waar aandacht aan wordt besteed. De patiënt krijgt ook geen kans om zijn/haar waardering uit te spreken over de begeleiding van BADISA. Er wordt door Toevlug pas sinds februari 2012 overleggen georganiseerd voor de werkers in het veld. Eén van deze bijeenkomsten hebben wij bijgewoond om beeld te krijgen van deze overleggen. Het feit dat er nu pas gestart wordt met deze overleggen, zegt ons inziens iets over de samenwerking tussen BADISA en Toevlug tot nu toe. Wanneer er namelijk weinig overleg wordt gepleegd, heeft het een slechte uitwerking op de begeleiding van de patiënten. Het is namelijk goed om de begeleiding door BADISA goed af te stemmen op de behandeling die Toevlug aanbiedt binnen de eerste vijf weken.

### 1.1.4 Voorlopige vraagstelling

Welke inhoud van het nazorgprogramma behoeft verbetering om de om de terugval te reduceren?

Veronderstellingen en vragen

Een vooronderstelling in dit onderzoek is dat het hoge percentage patiënten dat terugvalt in verslavingsgedrag te maken heeft met de geringe effectiviteit van het nazorgprogramma. Er wordt in dit onderzoek niet onderzocht wat de invloeden zijn van het behandelingsprogramma dat Toevlug aanbiedt bij interne behandeling. De vraag is in hoeverre het huidige nazorgprogramma van BADISA effectief is. Het is onbekend, welke factoren een negatieve invloed uitoefenen op de patiënten, wat ervoor zorgt dat de terugval wordt vergroot. Hiervoor gebruiken wij het theoretische onderzoek dat hieronder beschreven wordt.

## 1.2 Theoretisch kader

### 1.2.1 Inleiding

Om tot een goed antwoord te kunnen komen op onze hoofdvraag moeten we eerst een aantal andere vragen stellen om meer inzicht te krijgen in de problematiek die er speelt binnen de verslavingszorg. Het gaat hier met name om de Zuid- Afrikaanse samenleving, en wat er bekend is over belangrijke onderdelen van een effectief nazorgprogramma in het algemeen.

1.2.2 Niveau 1a *Verslavingsproblematiek*

Over verslavingsproblematiek is op de volgende vragen een antwoord gezocht via verschillende literatuur. Deze literatuur staat kort in de tekst verwezen, en volledig in de literatuurlijst.

* Wat is verslaving?
* Wat is/zijn mogelijk de oorzaak/oorzaken dat iemand verslaafd raakt?
* Wat zijn mogelijk de gevolgen van verslaving?

1.2.3 Niveau 1b *Terugval(preventie) &Nazorg*

Toevlug heeft te maken met het probleem van veel terugval. Daarom zijn er over terugval, en terugvalpreventie de volgende vragen geformuleerd. Ook hier zijn verschillende literatuurverwijzingen gedaan.

* Wat betekent terugval(preventie)?
* Wat zijn de meest voorkomende situaties die terugval mogelijk veroorzaken?
* Wat zijn de strategieën en interventies van terugvalpreventie?
* Wat houdt een effectieve behandeling en terugvalpreventie in?
* Welke gebieden zijn essentieel voor een effectief nazorg programma?
* Welke gebieden behoeven aandacht bij een nazorgprogramma?

1.2.4 Niveau 2 *Professionaliteit*

Dit onderwerp gaat niet over de inhoud van het nazorgprogramma, maar kan wel van invloed zijn op de manier waarop het nazorgprogramma vormgegeven wordt.

* Hoe wordt de professionaliteit van BADISA en Toevlug gewaarborgd?

1.2.5 Niveau 2a *Organisatorisch*

Er zal hier kort ingegaan worden op de organisatiestructuur zoals die bekend is bij Toevlug en BADISA.

* Hoe ziet de organisatiestructuur van BADISA en Toevlug eruit?

1.2.6 Niveau 2b *Provincie Western- Cape*

* Welke mogelijkheden en beperkingen zijn er ten aanzien van de regelgeving in de provincie Western- Cape ten aanzien van het drugsgebruik?
* Welke mogelijkheden en beperkingen zijn er ten aanzien van de regelgeving in de provincie Western- Cape ten aanzien van de vormgeving van het nazorgprogramma?

1.2.7 Niveau 2c *Beroepsethiek*

Het is van belang om een beeld te krijgen van de beroepsethiek om bepaalde ethische kwesties in beeld te krijgen die mogelijk effect hebben op de behandeling van Toevlug en het nazorgprogramma van BADISA. De samenwerking tussen deze twee partijen kunnen ook beïnvloed worden.

* Zijn er beroepsethische kwesties die betrekking hebben op het nazorgprogramma?

1.2.8 Niveau 3 *Samenleving Zuid- Afrika (Gericht op de provincie West- Kaap)*

Wij zijn bekend met de Nederlandse context van hulpverlening, beleid, economische situatie en leefomgeving. Om zicht te krijgen op deze aspecten in de Zuid- Afrikaanse samenleving, is hierover de volgende vraag opgesteld.

* Welk sociaal beleid ten aanzien van de drugsproblematiek wordt er gevoerd op het gebied van Zorg en Welzijn?

Hoofdstuk 5 *Schema*

Kijkend naar de hoofdvraag zoals reeds geformuleerd, komt naar voren dat er verschillende onderdelen in een nazorgprogramma behoeven te zitten. Deze worden door middel van bovenstaande vragen onderzocht, en geselecteerd. Om de studie naar verschillende onderdelen in het nazorgprogramma overzichtelijk te presenteren, is in de conclusie van dit theoretische kader een schema opgenomen waar deze verschillende onderdelen in staan vermeld (zie 1.2.9).

### 1.2.2 Verslavingsproblematiek

Wat is verslaving?

Wanneer we verslaving beknopt willen typeren,kunnen we zeggen: verslaving is het dwangmatig gebruiken van bijv. drugs of alcohol, ondanks de vele negatieve consequenties. Willen we het fenomeen wat uitgebreider beschrijven, dan kunnen we gebruikmaken van het psychiatrische classificatiesysteem DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994) of van het algemene ziekteclassificatiesysteem, de ICD-10 (Internationaal Classification of Diseases; WHO 2007). Beide systemen beschrijven een aantal gedragskenmerken dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt en waarbij aan een minimum van kenmerken moet worden voldaan om aan een diagnose te voldoen.

*“ICD -classificatie van middelenafhankelijkheid:*

* *Sterke hunkering of drang om middelen tot zich te nemen (craving); het gaat hierbij alleen om middelen met een psychoactieve werking.*
* *Besef van een verminderd vermogen om het innemen van het middel te beheersen of te controleren.*
* *Gebruik van psychoactieve stoffen met de bedoeling om onthoudingsverschijnselen te verlichten, in het besef dat een degelijke aanpak hiervoor effectief is.*
* *Onthoudingstoestand gekenmerkt door typische fysiologische en psychische verschijnselen, die bestreden kunnen worden door het middel waarvan men afhankelijk is.*
* *Inperking van het persoonlijk gedragsprobleem ten koste van gebruikerspatronen, bijv. een tendens om alcoholische drank of andere middelen op dezelfde wijze te gebruiken zowel door de week als in het weekend, ongeacht de sociale reacties rond wat als gepast gedrag beschouwd wordt.*
* *Voortschrijdende veronachtzaming van alternatieve vormen van plezier of interesses ten gunste van het gebruik van psychoactieve stoffen.*
* *Continuering van het gebruik van psychoactieve stoffen ondanks duidelijke tekenen van schadelijke gevolgen op zowel lichamelijk, psychisch als sociaal gebied.*
* *Het snel weer opkomen van symptomen bij recidiveren na een periode van absentie, sneller dan bij niet- verslaafde individuen.”*

(Ansoms, S., Casselman, J., Mattys, F.,Verstuyf, G., 2004, p. 15)

Samenvattend kunnen we stellen dat verslaving gedefinieerd kan worden als een chronisch neigende terugvalstoornis. Gekenmerkt door:

* het compulsief zoeken naar en het gebruiken van de stof waaraan men verslaafd is. Of het vertonen van verslavingsgedrag;
* controleverlies over de hoeveelheid of de mate waarin men gebruikt.

Wat is/zijn mogelijk de oorzaak/oorzaken dat iemand verslaafd raakt?

*“1. gerelateerd aan cultuur en samenleving*

* *wetten die het gebruik bevorderen of op zijn minst mogelijk maken;*
* *sociale normen die gebruik bevorderen;*
* *beschikbaarheid;*
* *buitengewoon slechte economische omstandigheden.*

*2. interpersoonlijke factoren*

* + *gebruik door ouders en gezin;*
  + *positieve houding van gezin/familie tegenover gebruik;*
  + *slechte of verkeerde gezinsomstandigheden;*
  + *ruzie in het gezin en scheiding;*
  + *afwijzing door vrienden;*
  + *relatie met vrienden die gebruiken*

*3. psychosociale factoren*

* + *vroeg en aanhoudend probleemgedrag;*
  + *falen op school of opleiding;*
  + *slecht contact met school;*
  + *opstandigheid;*
  + *positieve houding tegenover gebruik;*
  + *op jonge leeftijd met gebruik beginnen.*

*4. biogenetische factoren*

* + *erfelijk bepaalde kwetsbaarheid;*
  + *psycho-fysiologische kwetsbaarheid voor effecten van middelen.”*

(van der Stel, J., Dr., 2007,p. 23)

Wat zijn mogelijk de gevolgen van verslaving?

Er zijn vele mogelijke gevolgen te noemen van verslaving. De onderstaande literatuur geeft een beknopte beschrijving van deze mogelijke gevolgen.

*“Alcohol- en drugsverslaving kan leiden tot sociale en financiële problemen, gezondheidsproblemen, criminaliteit en overlast. Het is een langdurige chronische ziekte, waarbij de belonende werking op de hersenen een centrale rol speelt. Deze beloningsaspecten staan centraal in de Community Reinforcement Approach (CRA). Hierbij richt men zich op een andere leefstijl waarbij die meer belonend is dan middelgebruik. Het is een behandeling die zich richt op cognitief- gedragsmatige gedragsverandering bij mensen die verslaafd zijn aan middelen. De aanname wordt gemaakt dat bekrachtigers uit de sociale omgeving van grote invloed zijn en bepalen of het gebruik van alcohol en/of drugs wordt voortgezet. Deze methode richt zich primair op de bekrachtigers in de fysieke omgeving als: woonomgeving, gezin, vrienden, vrijetijdsbesteding en werk. Hierin wordt het belang gezien van omgevingsfactoren bij het aan- of ontmoedigen van middelengebruik en er wordt geprobeerd om de cliënt een leefstijl aan te leren die waardevoller voor de cliënt is dan met drugs en/of alcohol gebruik.”* (Meyers, R.J., Smith, J.E., 2008, p.34)

### 1.2.3 Terugval (preventie)

Wat betekent terugval(preventie)?

Terugval houdt in dat de patiënt weer terugvalt in het misbruiken van middelen. Bij terugval preventie gaat het om het voorkomen van het terugvallen in het misbruiken van middelen. Onderstaande literatuur zal verduidelijken wat terugval preventie precies inhoudt.

*“Het wezenskenmerk van verslaving is de terugval. Zoals de terugval het wezenskenmerk van de verslaving is, zo is de terugvalpreventie het wezenskenmerk van de verslavingsbehandeling. Verslaving is een bio- psychosociale conditie, de terugval is dat ook. Door de ervaring verkregen of aangeboren mechanismen zorgen voor het verlangen naar de effecten van een middel, vergroten de behoefte naar het middel of zorgen ervoor dat iemand er minder goed ‘nee’ tegen kan zeggen. De term ‘terugvalpreventie’ staat voor alle acties die we ondernemen om een terugval te voorkomen. Vanuit de professionele praktijk van de verslavingsbehandeling is de term echter voorbehouden aan de cognitief- gedragstherapeutische methode, zoals die in eerste instantie is ontwikkeld door twee Amerikaanse onderzoekers/ behandelaars, Marlatt en Gordon (1985). Terugval preventie in de vorm van een training of behandeling vormt de kern van alle cognitieve gedragstherapieën.”* (Rutten, R., Loth, C., Hulshoff, A., 2009,p.21)

Wat zijn de meest voorkomende situaties die terugval mogelijk veroorzaken?

Binnen het onderzoek zal aandacht besteed moeten worden aan welke gebieden essentieel zijn voor een effectief nazorgprogramma. Deze gebieden constateren we door na te gaan in welke omstandigheden mensen het meeste risico lopen om verslaafd te raken, en onder welke omstandigheden bedreigingen voor terugval in de verslaving vergroot wordt.

Als belangrijkste categorieën van risicosituaties geeft Casselman (1996):

* *“negatieve emotionele ervaringen zoals onplezierige gevoelens van frustratie, angst, depressie, verveling en kwaadheid;*
* *inter-persoonlijke conflicten in het gezin, op het werk, of met vrienden;*
* *sociale druk, die direct kan zijn (bijvoorbeeld persoonlijk aansporen om te gebruiken) of indirect (bijvoorbeeld in de aanwezigheid vertoeven van personen die gebruiken).*

*Omgaan met risicosituaties leidt bij probleemdrinkers meestal tot drinken, omdat ze geen alternatieve, adequate manier hebben om met HRS (hoge –risico -situaties) om te gaan of om ze te vermijden. Het omgaan met HRS wordt dus een sleutelelement in de strategie voor terugvalpreventie. Als de probleemdrinker op een succesvolle manier met een risicosituatie kan omgaan, zal het gevoel van zelfefficiëntie stijgen, wat de kans op terugval zal doen afnemen.”* ( Ansoms, S., Casselman, J., Mattys, F.,Verstuyf, 2004, p. 150)

Wanneer nu is vastgelegd wat de probleemgebieden inhouden bij verslavingproblematiek, vragen wij ons af wat een effectieve behandeling inhoudt voor de verslaafden. Hiermee wil men voorkomen dat iemand terugvalt in de verslaving. Welke strategieën en interventies kunnen ingezet worden om een effectieve behandeling en nazorgprogramma te creëren?

Wat zijn de strategieën en interventies van terugvalpreventie?

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen globale strategieën van terugvalpreventie en een aantal specifieke interventies die de hulpverlener en de cliënt in staat moet stellen om elke stap in het proces te volgen.

*“Globale strategieën:*

* + *verhogen van het ‘coping’- gedrag van de cliënt;*
  + *het in evenwicht brengen van de leefstijl van de cliënt;*
  + *cognitieve herstructurering.*

*Specifieke interventies:*

* + *Inschattingsprocedures en ‘zelf’- controletechnieken. Hierbij dienen de volgende essentiële aspecten aan bod te komen: situaties, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolgen.*
  + *Vaardigheidstrainingen; die gericht zijn op zelf -management zoals het probleemoplossend vermogen verhogen, en het omgaan met negatieve gevoelens; zoals angst. Alcoholspecifieke/ middelenspecifieke aspecten zoals het omgaan met een ‘uitglijder’ en/of met terugval en het leren van weigeren van alcohol of middelen. Dan wordt er als laatste nog aandacht gegeven aan sociale competenties zoals assertiviteitstrainingen, communicatieve vaardigheden leren, omgaan met groepsdruk en het uitbreiden van het sociaal netwerk.*
  + *Cognitieve strategieën. Gedachten en opvattingen zijn een belangrijke factor in het ontstaan van en het omgaan met terugval.*
  + *Leefstijlinterventies. Sommige levensstijlfactoren, zoals een risicovolle vrijetijdsbesteding of verveling, zijn belangrijke factoren om aan te werken en om specifieke coping -strategieën te ontwikkelen. Sport beoefenen, geld sparen, een nieuwe vriendenkring opbouwen of aan bijvoorbeeld yoga doen, zijn slechts enkele alternatieven die veel inspanning vragen en pas op langere termijn hun positieve effecten laten zien.*
  + *Medicamenteuze ondersteuning. Het voorschrijven van pillen in het kader van terugvalpreventie zal steeds gepaard moeten gaan met een grondige indicatiestelling en omkaderd moeten worden door de eerder beschreven psychosociale interventies. Aanhoudende psychologische en/ of psychiatrische symptomatologie verhoogt echter de kans op terugval.”* (S. Ansoms, J. Casselman, F. Mattys, G. Verstuyf, 2004, p.131)

Binnen de Community Reinforcement Approacht (CRA) worden er aan aantal interventies aanbevolen. Deze interventies binnen de behandeling en de nazorg van de verslaving zorgen ervoor dat de behandeling grote slagingskans heeft.

Bekrachtigers

*“Binnen de Community Reinforcement Approach (CRA) wordt aangeraden om opzoek te gaan naar wat de cliënt motiveert om af te kicken. De dingen die de cliënt motiveren, worden ‘bekrachtigers’ genoemd. Het identificeren van unieke bekrachtigers van de cliënten begint al in de assessment -fase, met het inventariseren van de reden waarom de cliënt hulp heeft gezocht. Met andere woorden, zoekt hij hulp omdat hij er een gezondere levensstijl op na wil gaan houden? Of is zijn hulpvraag ingegeven door externe druk van bijvoorbeeld een partner, baas of reclasseringswerker? Het is de taak van de hulpverlener om deze bekrachtigers te identificeren, ongeacht of de cliënt vaker niet gebruikt, omdat hij iets positiefs wil ervaren (positieve bekrachtiger) of iets negatiefs wil vermijden (negatieve bekrachtiger). Deze bekrachtigers kunnen van grote waarde zijn als de cliënt niet meer weet waarom hij energie steekt in het veranderen van zijn problematische gedrag.”* (Meyers, R.J., Smith, J.E., 2008, p. 161)

Een betekenisvolle dagbesteding

*“CRA beoogt het ongewenste drinkgedrag van de cliënt te vervangen door alternatief gedrag en meer aangepaste copingstrategieën. Een voorbeeld is het vinden van bevredigend werk en financiële zekerheid, deze zijn belangrijke aspecten van het dagelijkse leven.*

*Een goede baan zorgt voor veel waardevolle bekrachtiging: zelfvertrouwen, structuur, stimulerende uitdagingen, complimenten van leidinggevenden, plezierige sociale interacties met collega’s en financiële beloning.”* (Meyers, R.J., Smith, J.E., 2008, p. 170)

Een positief sociaalnetwerk

*“Een belangrijk onderdeel van de CRA is het assisteren van de cliënt bij het ontwikkelen van een bevredigend scala aan sociale en recreatieve activiteiten, die meer bekrachtigend zijn dan het gebruik van middelen. Het veranderen van vrienden en peergroup, maar ook het ontwikkelen van een andere en meer gezonder, middelvrije leefstijl, is moeilijk en vereist veel training en begeleiding in het beginstadium van de CRA- behandeling. Om voorbeelden te geven van andere activiteiten wat andere sociale contacten oplevert; lid zijn van een kerkgemeenschap, een maatschappelijke organisatie, een buurtvereniging en een lokale zelfhulpgroep vormen prima middelen vrije activiteiten. Gedurende het hele proces is het nodig om de cliënt geregeld aan het einddoel te herinneren: het ontwikkelen en in stand houden van bevredigende relaties met belangrijke anderen die de middelen -absistentie van de cliënt zullen ondersteunen.”* (Meyers, R.J., Smith, J.E., 2008, p. 169)

Relatietherapie

*“De relatie met de partner is vaak aangetast door het excessief gebruik van middelen, en als gevolg daarvan disfunctioneel. Doordat mensen die middelen gebruiken, meestal op stress en spanning reageren door te gaan gebruiken, leiden de familieruzies of het terugtrekken van de partner ertoe dat de middelengebruiker nog meer gaat gebruiken. CRA benadrukt het belang van relatietherapie als integraal onderdeel van de behandeling van o.a. alcoholafhankelijkheid. Als de relatie niet verbetert, dan kunt u er vrijwel zeker van zijn dat veranderingen in het drankgebruik van de cliënt van tijdelijke aard zullen zijn*.” (Meyers, R.J., Smith, J.E., 2008, p. 179)

Andere interventies die wij, vanuit de literatuur, als effectieve interventies zien, zijn het inzetten van een waarschuwingssysteem, telefonische nazorg en harm-reductie.

Waarschuwingssysteem

*“Een vroegtijdig waarschuwingssysteem is een specifieke terugval -preventieprocedure. Deze procedure is ontwikkeld om gedragingen van cliënten te traceren die als triggers voor gebruik lijken te fungeren. Het waarschuwingssysteem is het meest effectief wanneer er ook een belangrijke andere is getraind voor deze procedure. De cliënt en de belangrijke ander helpen elkaar wanneer zich een risicovolle situatie voor doet. Dit maakt deel uit van de training voor het vroegtijdig waarschuwingssysteem. Als één van beiden risicovol gedrag herkent, dan bespreken de cliënt en de belangrijke ander op een van te voren vastgestelde wijze de volgende stap die genomen moet worden om een terugval te voorkomen. Deze stap verschilt per cliënt en per situatie.”* (Meyers, R.J., Smith, J.E., 2008, p. 217)

Een waarschuwingssysteem valt volgens ons te vergelijken met een signaleringsplan. Het sociaal netwerk of de belangrijke ander beschrijft samen met de cliënt een signaleringsplan. Bepaald gedrag van de cliënt kan wijzen op het verhoogt risico voor het gebruiken van middelen; dit gedrag is voor het sociaal netwerk makkelijker te signaleren. Het sociaal netwerk kan door het signaleringsplan snel en effectief op de cliënt reageren. De cliënt heeft in het signaleringsplan beschreven wat het sociaal netwerk het best kan gaan ondernemen om het risico op terugval te verminderen. Het juist beschrijven van het gedrag van de cliënt, door hemzelf, is essentieel. Daarnaast is het belangrijk om de daarop volgende acties door het sociaal netwerk goed te laten beschrijven door de cliënt en het sociaal netwerk. Afstemming hierin is erg belangrijk. Dit alles vindt plaats onder toeziend oog van de professional.

Telefonische nazorg

*“Een ander nazorginterventie werd ontwikkeld door McKay, Lynch, Shepard en Pettinati (2005) en bestaat uit wekelijkse telefooncontact. Na een intensief ambulant programma van vier weken, hebben patiënten een telefoongesprek van een kwartier per week met hun therapeut. Tijdens dit telefoongesprek worden specifieke doelen voor de volgende week besproken; indien daar aanleiding toe bestaat, is persoonlijk contact ook mogelijk. Deze interventie werd geëvalueerd bij patiënten met alcohol- en cocaïneafhankelijkheid en bleek effectief in het voorkomen van terugval.”* (Emmelkamp, P., Vedel, E., 2007, p.209)

*Harmreductie/ verminderen van de schade bij terugval*

Bij *harmreductie* gaat het om het verminderen van de schade bij de terugval. Het uitgangspunt is dat de patient op een gecontroleerde manier terugvalt. Hierdoor is herstel sneller mogelijk. De onderstaande literatuur zal verduidelijking geven over het onderwerp *harmreductie.*

*“Harmreductie is een belangrijke ontwikkeling in de verslavingszorg en vormt een alternatief voor het ziektemodel van problematische alcohol en drugsgebruik (Marlatt, 1996a; Marlatt & Roberts, 1998.) Voor druggebruikers die in een gebied vol armoede, criminaliteit en geweld leven, kan drugs gebruiken worden gezien als de enige manier om plezier te beleven. Voor velen is het gebruik van drugs een overlevingsstrategie zolang er geen betere alternatieven voorhanden zijn.*

*Voor een aantal (poly) drugsgebruikers in middelengebruik, afgezien van een primaire bron van plezier, hun enige manier om met negatieve emoties en verdriet om te gaan. Het kan hen een identiteit geven die ze niet willen opgeven.*

*Na verloop van tijd wordt de drugs zelf geen probleem, als de cyclus van fysieke afhankelijkheid ook een motiverende factor wordt. Hoewel een leven zonder drugs verre te verkiezen valt boven een leven met drugs, gebiedt de realiteit te erkennen dat dit voor een aantal zware drugsgebruikers niet te realiseren is. Aangezien voor een aantal patiënten met zwaar middelenmisbruik levenslange abstinentie niet haalbaar is, lijkt het realistisch en pragmatisch om andere doelen dan abstinentie te aanvaarden, en zich te richten op reductie van schade; die samenhangt met voortgezet middelenmisbruik. De essentie van harmreductie is dat hulpverleners de persoonlijke doelen van patiënten met problematisch middelengebruik accepteren, maar zoveel mogelijk de schade proberen te beperken die met middelenmisbruik samenhangt. In de praktijk komt harmreductie erop neer dat de patiënt zelfmanagement -strategieën krijgt aangereikt die hem in staat moeten stellen persoonlijke en maatschappelijke schade, als gevolg van voortgezet drugsgebruik, zoveel mogelijk te beperken.*

*Bij patiënten met drugsafhankelijkheid bestaan harmreductie -doelen onder meer uit het volgende:*

* + *betere controle over drugsgebruik;*
  + *overstappen op minder schadelijke middelen; bijvoorbeeld methadononderhoud als vervanger van opiaten zoals heroïne, of methylfenidaat als een vervanger voor illegale stimulerende middelen;*
  + *het leren van veiligere gebruikspraktijken van drugs, inclusief het gebruik van schone spuiten;*
  + *informatie over de schadelijkheid van bepaalde doseringen en overdosisrisico’s.*

*Het is belangrijk om te beseffen dat deelname door de patiënt aan harmreductie -programma’s in een aantal gevallen tijdelijk kan zijn. Sommige patiënten zullen alsnog een behandeling gericht op middelenmisbruik willen ondergaan.”* (Emmelkamp, P., Vedel, E., 2007, p. 219/220)

Het is zinvol voor het onderzoek om helder te krijgen wat strategieën en interventies dienen te zijn binnen de behandeling en het nazorgprogramma, om te achterhalen waarom er nog teveel patiënten weer terugvallen in de verslaving. Er kan dus worden nagegaan of de behandeling en de nazorg, die nu wordt uitgevoerd, aandacht geeft aan de gebieden welke belangrijk zijn en waarin de tekorten liggen.

Wat houdt een effectieve behandeling en terugvalpreventie in?

Het is voor het onderzoek belangrijk om overzichtelijk te krijgen wat een effectieve behandeling inhoudt en welke rol terugvalpreventie daarin speelt, zodat deze informatie ook vergeleken kan worden met het nazorgprogramma dat BADISA nu aanbiedt. De vraag is dan wat daarin de ontbrekende factoren zijn voor BADISA. De nazorg die nu wordt aangeboden door de social workers van BADISA is niet zo effectief zoals zij zouden willen. Daarom is het van belang voor het onderzoek dat wij helder krijgen wat de nazorg van verslavingsproblematiek precies inhoudt.

*“Een behandeling begint altijd met het analyseren van de factoren die het gebruik beïnvloeden en de functionele samenhang daarvan. Dit noemen we de functionele analyse. Een training of behandeling is erop gericht die factoren te leren beheersen, om de zelfcontrole te laten groeien. Objectiveren en herlabelen zijn cognitieve herstructureringstrategieën met als doel positieve en negatieve verwachtingen ten aanzien van gebruik en abstinentie positief te blijven beïnvloeden. Een volgende stap is het aanleren van vaardigheden om de genoemde functie van het gebruik te doen afnemen. Een voorbeeld hiervan is de sociaalvaardigheidstraining met als doel het gebruik bij verlegenheid of sociale angst te verminderen. Een ander voorbeeld is het aanleren van probleemoplossende strategieën of zelfs vaardigheden met betrekking tot bijvoorbeeld intimiteit. Het is voor de betrokkene belangrijk om terugvalbevorderende factoren en hoog risicosituaties te leren herkennen en vermijden en om alternatieven voor gebruik aan te leren. Uiteindelijk betekent dit doorgaans dat de verslaafde zijn levensstijl in belangrijke mate zal moeten aanpassen.*

*Marlatt en Gordon (1985) beschrijven in hun terugval -en terugvalpreventie -model als belangrijke factoren: intra- persoonlijke determinanten, zowel een negatieve als een positieve emotionele toestand, een negatieve lichamelijke toestand, driften en verleidingen en het verlangen om de zelfcontrole op de proef te stellen. Als inter-persoonlijke determinanten beschrijven zij: conflicten, sociale druk en positieve emotionele omstandigheden zoals gezelligheid of feestelijke gebeurtenissen. Miller (2005) noemt: belangrijke levensgebeurtenissen, voor gebruik relevante cognities, steun en beheersingsvaardigheden, zucht (craving), stemming en algemene karakteristieken als leeftijd, geslacht, sociale herkomst en andere zogeheten ‘kenmerken al aanwezig voor behandeling’ (pre treatment characteristics). Vaak wordt deze behandelmethode gecombineerd met farmacologische ondersteuning, waardoor het verlangen in gebruik beïnvloed kan worden, dan wel het vooruitzicht op negatieve consequenties (disulfiram) of het uitblijven van positieve effecten van gebruik (naltrexon).”* (Rutten, R., Loth, C., Hulshoff, A., 2009, p. 19-20)

*“Nazorgprogramma’s of verlengde interventies werden gedefinieerd als therapeutische protocollen die een geplande duur van meer dan zes maanden hebben; veel dergelijke programma’s hebben een geplande duur van minimaal een jaar. De bevindingen van deze overzichtsstudie wijzen erop dat therapeutisch contact houden gedurende een langere periode met patiënten met problematisch middelengebruik betere lange termijn -uitkomsten genereert dan wanneer dat contact niet onderhouden wordt. Gegeven de positieve resultaten van verlengde zorg lijkt het raadzaam om regelmatig contact te houden met patiënten na afronding van de behandeling, zodat eventuele symptomen die wijzen op verslechtering, tijdig kunnen worden gesignaleerd en patiënten weer betrokken kunnen worden bij behandeling als dat nodig is.”* (Emmelkamp, P., Vedel, E., 2007, p. 214)

*“Terugval naar middelengebruik na de behandeling is zeer waarschijnlijk het gevolg van een combinatie van factoren. Afgezien van genetische kwetsbaarheid (Meyer, 2001) zijn er een aantal andere risicofactoren voor het hervatten van middelenmisbruik vastgesteld; waaronder stress ( Koob, 2000; Miller, Westerbers, Harris & Tonigan, 1996); weinig zelfvertrouwen en gebrek aan copingsvaardigheden (Connors, Maisto & Zywiak, 1996; Hall, Havassy & Wasserman, 1991); neuroticisme/ negatief effect (bijvoorbeeld neerslachtig voelen, angstig) (Hall et al.,1991); comorbide psychiatrische stoornissen en een leefmilieu van middelenmisbruik (bijvoorbeeld andere drinkende familieleden); en een leven in buurten met veel criminaliteit en drugsgebruik ( McKay, 2005a, 2005b). Patiënten die minder trouw naar de behandelsessies komen, hun huiswerkopdrachten niet maken en zich onttrekken aan nazorg, met name kwetsbaar voor terugval. Aan de andere kant kan een sociaal netwerk, dat de abstinentie of gecontroleerd middelengebruik ondersteunt, een buffer tegen terugval vormen.* ”(Emmelkamp,P., Vedel, E. 2007, p. 209)

Wanneer helder is geworden welke factoren bijdragen aan het terugvallen van een patiënt, kan vervolgens worden gekeken naar het nazorgprogramma dat nu wordt aangeboden. Waar antwoord op gekregen dient te worden, is de vraag of die factoren aandacht krijgen binnen het nazorgprogramma.

Welke gebieden zijn essentieel voor een effectief nazorgprogramma?

Om de risicofactoren van terugval te kunnen belichten moeten we ten eerste beginnen met het beschrijven van de risicogebieden. Deze risicogebieden beschrijven welke factoren een rol spelen wanneer iemand verslaafd raakt. Wanneer mensen in een omgeving leven waar deze risicofactoren aanwezig zijn, wordt de kans groter dat zij verslaafd raken aan middelen. Deze risicogebieden zijn beschreven in het eerste gedeelte van dit theoretische kader, onder het kopje ‘Verslavingsproblematiek.’

Welke gebieden behoeven aandacht bij een nazorgprogramma?

We kunnen uit de bovenstaande literatuur concluderen dat er verschillende risicofactoren zijn die de kans vergroten dat iemand aan middelen verslaafd raakt. Deze factoren kunnen ervoor zorgen dat patiënten in de verslaving blijven volharden. Tevens kunnen deze factoren ervoor zorgen dat hij na het succesvol voltooien van een afkickprogramma, terugvalt in het gebruik van middelen. Een aantal van deze risicofactoren behoeven aandacht in het nazorgprogramma. We hebben het dan over de risicofactoren die hierboven beschreven staan. Je kunt spreken van statische risicofactoren en dynamische risicofactoren. Statische risicofactoren zijn door de cliënt niet te beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld de risicofactor: ‘wetten die het gebruik bevorderen of op zijn minst mogelijk zijn’. Deze risicofactor is binnen de behandeling noch binnen het nazorgprogramma voor de patiënt te veranderen. Er zijn ook andere factoren waar de cliënt wel zelf invloed op kan uitoefenen. De volgende factoren die in de literatuur beschreven staan zijn volgens ons dynamisch en dus beïnvloedbaar door o.a. de cliënt:

* sociale normen die het gebruik van middelen bevorderen;
* positieve houding van het sociaal netwerk/ gezin/familie tegenover gebruik;
* slechte of verkeerde gezinsomstandigheden;
* ruzie in het gezin en scheiding;
* afwijzing door vrienden;
* relatie met vrienden die gebruiken;
* Vroeg en aanhoudend probleemgedrag;
* Falen op school of opleiding;
* slecht contact met school;
* opstandigheid;
* positieve houding tegenover gebruik;
* op jonge leeftijd met gebruik beginnen.

De reden waarom volgens ons deze gebieden binnen de behandeling en het nazorgprogramma aandacht behoeven is omdat wij deze factoren zien als veranderbaar voor of door de patiënt. De patiënt kan op deze factoren invloed uitoefenen. Dit is voor de patiënt realiseerbaar door behulp van de juiste therapieën die hem binnen de behandeling en het nazorgprogramma aangeboden wordt. Wij kunnen niet voorbijgaan aan het belang van de medewerking van familie en vrienden. Het sociaal netwerk van de patiënt zal een grote rol binnen de behandeling en het nazorgprogramma moeten krijgen. In de literatuur die wij al reeds beschreven hebben, komt het sociaal netwerk van de patiënt steeds weer terug. Ook binnen de Community Reinforcement Approach (CRA) worden aanbevelingen gedaan over de vraag hoe de behandeling en de nazorg vorm moet krijgen om deze effectief te laten zijn. Factoren die binnen de CRA als belangrijk genoemd worden zijn o.a. het opbouwen van een positief sociaal netwerk en relatietherapie.

### 1.2.4 Niveau 2 Professionaliteit

Hoe wordt de professionalisering van Toevlug en Badisa gewaarborgd?

De social workers van Toevlug dienen geregistreerd te staan bij SACCP. De social workers kunnen succesvol geregistreerd staan, wanneer zij kunnen verklaren dat zij de opleiding Social Work of een universitaire opleiding hebben voltooid[[6]](#footnote-6). Daarnaast worden er binnen Toevlug ook multidisciplinaire overleggen gepleegd met bijvoorbeeld medici, doktoren, psychiaters en creatieve therapeuten om goed afgestemd te blijven in het werk; op deze manier houdt men elkaar scherp en blijft men professioneel aan het werk. Iedere patiënt krijgt een maatschappelijk werker toegewezen en dat zorgt ervoor dat er goed toezicht wordt gehouden op de ontwikkeling van de patiënt[[7]](#footnote-7).

Ook de social workers van BADISA dienen geregistreerd te staan bij SACCP. Zij krijgen wederom een inspectie en dat zorgt ervoor dat zij scherp blijven. De social workers van BADISA dienen één keer in de drie maanden een evaluatieformulier te sturen naar Toevlug over de ex-patiënten van Toevlug. Aan de hand van deze gegevens wordt Toevlug op de hoogte gesteld van de resultaten die worden geboekt in het nazorgprogramma. Omdat de social workers van BADISA een hoge case-load hebben, wordt er vaak voorbij gegaan aan deze evaluatieformulieren en blijkt de terugkoppeling niet zo functioneel als Toevlug zou willen.

### 1.2.5 Niveau 2a Organisatiestructuur

Hoe ziet de organisatiestructuur van BADISA en Toevlug eruit

Badisa en Toevlug vallen beiden onder de Social Services. De Social Services gaat over de geldstromen van de provincie. Beide organisaties moeten aan de Social Services verantwoorden hoe zij het geld besteden. Toevlug is onderdeel van de organisatie BADISA, deze zijn aan elkaar verbonden. Toevlug heeft naast de Social Services andere donateurs om hen financieel te kunnen onderhouden[[8]](#footnote-8).

Organisaties zoals:

* Department Maatskaplike Dienste
* Nasionale Loterye
* Diakonale Dienste
* CAB streke en takke
* VGK Gemeentes en VGK Christelike Vrouwebediening
* N.G. Kerk en Gemeente
* De Jagers Klere uitrusters
* Wyle Me. E. Visagie
* Wyle P.B. Galloway
* Davel Trust

### 1.2.6 Niveau 2b Gemeente Western- Cape

Welke mogelijkheden en beperkingen zijn er ten aanzien van de regelgeving in de provincie Western- Cape ten aanzien van het drugsgebruik?

Als iemand te veel drugs gebruikt, en dit wordt opgemerkt door de autoriteiten, kunnen zij iemand verplichten om naar een afkickkliniek te gaan. Hier zijn speciale klinieken voor. Toevlug neemt meestal geen patiënten aan die dit opgelegd hebben gekregen, omdat de motivatie dan lager is, en daarmee ook de slagingskans[[9]](#footnote-9). Andere regelingen zijn in een landelijk verdrag opgenomen, wat Act 20 heet[[10]](#footnote-10).

Welke mogelijkheden en beperkingen zijn er ten aanzien van de regelgeving in de provincie Western- Cape ten aanzien van de vormgeving van het nazorgprogramma?

De gemeentelijke regelingen heten de Social Services. Zij zorgen voor een geldstroom naar Toevlug, waardoor Toevlug (en BADISA) de verantwoordelijkheid krijgen om naar hen terug te koppelen wat de effectiviteit is van het programma.

Op welke manier er gewerkt moet worden , staat in het landelijke National Drug Master Plan, wat verder uitgelegd wordt bij paragraaf 1.2.7. In het NDMP staat beschreven hoe er in elke provincie moet worden vormgegeven aan een lokaal drugsbeleid. Elke provincie draagt verantwoordelijkheid voor het drugsbeleid via het Local Drug Action Committee. In elk LDAC zitten alle leden die te maken hebben op het lokale niveau met het voorkomen van gebruik. Het provinciaal beleid moet aandacht hebben voor de volgende gebieden; in volgorde van belangrijkheid.

“

* *Better parenting: or the need for the development and application of parenting skills and competencies that will enable members of the community to deal with the problems of substance abuse*
* *Recreation: or providing facilities and opportunities for especially the youth to occupy the time and resources which might otherwise be devoted to substance abuse*
* *Shut taverns: a plea, related to the availability of alcohol and drugs, to remove this source of dependence-forming substances.*
* *Law enforcement: the application of policies, laws, protocols and practices designed to reduce the threat of substance abuse*
* *Spiritual: the provision of facilities and opportunities for spiritual or religious observance*
* *Availability: or reducing the availability of dependence-forming substances such as alcohol and cannabis*
* *Knowledge: or knowledge of the process of identifying and dealing with the problems of prevention, treatment, aftercare and re-integration into the community of those affected by substance abuse*
* *Rehabilitation: provision of access to and application of detoxification, rehabilitation, aftercare and reintegration into society for those suffering from substance dependency*
* *Influence: or the ability to persuade members of the community to become involved in the process of dealing with substance abuse*
* *Healthy mind: or the ability to resist the temptation to abuse substances, coupled with the concept of bipolar problems*
* *Employment: or lack thereof*
* *Poverty: The lack of an adequate means of support.”*

(WWW.DSD.GOV.ZA)

### 1.2.7 Niveau 2c Beroepsethiek

Zijn er beroepsethische kwesties die betrekking hebben op het nazorgprogramma?

De patiënten van Toevlug gaan vijf weken intern en de financiële eigen bijdrage is hoog. Ethisch gezien is het niet eerlijk om na die vijf weken hen over te laten aan de maatschappij zonder dat daarbij goede begeleiding op wordt gezet. De case-load van BADISA is hoog en daarom is het voor hen moeilijk om goede begeleiding te geven aan de ex-patiënten van Toevlug. De kans dat deze patiënten terugvallen in drugs- of alcoholmisbruik is daarom groot.

### 1.2.8 Niveau 3 Samenleving Zuid- Afrika (Gericht op de provincie West- Kaap)

Welk sociaal beleid ten aanzien van de drugsproblematiek wordt er gevoerd?

Om onderzoek te kunnen doen in de lijn van het actieve drugsbeleid van Zuid- Afrika, willen wij kennis hebben van het gevoerde beleid. Op die manier kunnen wij op een meer gerichte manier onderzoek doen naar de nazorg voor patiënten in de context van Zuid- Afrika.

De Republiek Zuid- Afrika heeft een departement Sociale Ontwikkeling. Binnen dit departement bestaat het Central Drug Authority (CDA) die het lichaam vormt van het verdrag dat in 1992 is gesloten omtrent het drugsbeleid (Prevention and treatment of drug dependency act 20 of 1992). Voortvloeiend ontstond het National Drug Master Plan, wat in 2012 vernieuwd is[[11]](#footnote-11).

Voor de komende jaren, tot aan 2016, zijn de volgende sleutelbenaderingen geformuleerd. Deze zijn geformuleerd op basis van evaluatie van het plan van 2006-2011, en de recente ontwikkelingen die zich in het land voordoen.

“

* *The change from a top-down method of devising solutions to a bottom-up approach*
* *A shift from a national approach to devising strategy (one size fits all) to a community emphasis (different solutions to fit different needs)*
* *A shift from a supply reduction approach to one of primary prevention within an integrated strategy*
* *The development and application of evidence-based solutions wherever possible*
* *The introduction of a monitoring and evaluation (M&E) approach to the formulation of the results to be achieved i.e. impact, outcomes, outputs and targets*
* *The adaptation of the NDMP and departmental and provincial DMP‟s to an M&E approach*
* *The application of Research and Development to meeting the predicted needs and future changes in the field of substance abuse*
* *Reporting in terms of the M&E needs instead of activities carried out, and Extending the reporting base outside the CDA and supporting infrastructure to include non-CDA sources and linked databases.”*

(NDMP, 2012-2016, p. 3-4)

### 1.2.9 Schema

Hieronder is een samenvattend schema te zien, waarvan wij denken (op basis van de bestudeerde literatuur) dat er aandacht voor nodig is binnen een nazorgprogramma, wil deze effectief zijn. Op deze manier kan per gebied worden gekeken welke bekrachtigers er aanwezig zijn, en welke bijstellingen er mogelijk nog kunnen worden gedaan op het huidige nazorgprogramma. Het onderscheid tussen de verschillende items, wordt uitgelegd onder hoofdstuk 1.3.5 ‘Begripsafbakening’.

## 1.3. Probleemomschrijving

### 1.3.1 Probleemomschrijving

Voor Toevlug is het belangrijk dat de patiënten vrij blijven van drugs; dit laat het succes zien van de behandeling [[12]](#footnote-12). Het aantal patiënten dat nu terugvalt in verslavingsgedrag na de behandeling bij Toevlug is echter groot. Het succes van de behandeling bij Toevlug is bekend, er is namelijk een output van 95%. De inhoud en effectiviteit van het nazorgprogramma is echter niet bekend.

Er is ook niet bekend hoe de afstemming tussen Toevlug en de social workers van BADISA verloopt met betrekking tot de vormgeving van het nazorgprogramma. Er is niet bekend welke inhoudelijke onderdelen aandacht behoeven, en welke onderdelen effectief werken[[13]](#footnote-13). Deze inhoudelijke onderdelen van het nazorgprogramma hebben wij beschreven in het theoretisch kader.

Er is een hoog percentage patiënten dat terugvalt in verslavingsgedrag, waarbij de inhoud en effectiviteit van het nazorgprogramma niet bekend zijn.

### 1.3.2 Doelstelling

Omdat het bieden van een effectief nazorgprogramma veel verschillende onderdelen bevat, zullen wij onderzoeken welke onderdelen wel effectief blijken, en welke niet. Op die manier zal er een overzicht komen van de interventies die op dit moment plaatsvinden, en die nog gemist worden om het nazorgprogramma effectief te laten werken. Er is op dit moment geen informatie beschikbaar over de inhoud van het huidige programma. Hier zullen wij meer informatie over krijgen door middel van de interviews en enquêtes. Wij zullen de evaluatie baseren op de bevindingen die wij deden bij het schrijven van het theoretisch kader; over onder andere de inhoudelijke onderdelen die aanwezig moeten zijn binnen een effectief nazorgprogramma. De doelstelling van Toevlug is om zoveel mogelijk mensen te helpen naar een verslavingsvrij leven, door een intramuraal traject aan te bieden die de patiënten van hun verslaving afhelpt, en hen helpt deel te kunnen nemen aan de samenleving. Wij hopen met ons onderzoek hier aan bij te kunnen dragen. Aspecten die ons inziens aandacht behoeven, zijn het nazorgprogramma en de inhoud daarvan, maar ook de afstemming tussen Toevlug en BADISA. Uit de informatie die wij nu tot onze beschikking hebben, blijkt namelijk dat er alleen aandacht wordt besteed binnen de evaluatie, aan de vorderingen van de patiënt en niet aan de aandachtsgebieden of de waardering van de patiënt.

Wij zullen een evaluatie geven over de inhoudelijke onderdelen van het nazorgprogramma zoals die nu bestaat, en doen aanbevelingen over de invulling van het nazorgprogramma op de onderzochte inhoudelijke onderdelen.

### 1.3.3 Centrale vraagstelling

Welke inhoudelijke onderdelen binnen het nazorgprogramma van Toevlug en de social workers van BADISA behoeven verbetering, en welke bijstellingen zijn er nodig, om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te kunnen bieden aan de patiënten die de instelling Toevlug verlaten na de behandeling?

### 1.3.4 Deelvragen

1. Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van vrije tijd, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?
2. Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van de gezinsrelaties van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?
3. Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het sociaal netwerk van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?
4. Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in financiële behoeften door de ex-patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?
5. Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in huisvesting , en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?
6. Wat is de inhoud van de afstemming tussen BADISA en Toevlug en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?

### 1.3.5 Begripsafbakening

Hieronder zullen we enkele begrippen weergeven die verband houden met het onderzoek. Dit om onduidelijkheid te voorkomen.

*Patiënten:* in ons onderzoek spreken wij van patiënten. Binnen de instelling van Toevlug wordt er gesproken over patiënten en niet over cliënten. Binnen de instelling zien zij de verslaving als een ziekte. Wij delen deze mening en spreken daarom in ons onderzoek over patiënten.

*Verslaving:* in de literatuurstudie is de specifiekere definitie van verslaving te vinden, zoals wij hem volledig achten[[14]](#footnote-14). In onze definitie is een patiënt verslaafd als hij de instelling Toevlug binnenkomt, en een behandeling krijgt. Hij heeft op dat moment een verslaving. Op het moment van behandeling is de patiënt niet meer verslaafd, maar in behandeling. Na de behandeling kan de patiënt echter wel terugvallen in zijn of haar verslaving.

*Verslavingsgedrag:* onder verslavingsgedrag verstaan wij specifieke gedragskenmerken zoals die in de literatuur beschreven staan, waardoor iemand verslaafd kan worden genoemd.

*Terugval:* onder terugval verstaan wij het opnieuw terugkeren in het verslavingsgedrag, waardoor een patiënt opnieuw verslaafd raakt.

*Terugvalpreventie:* dit zijn de interventies die dienen te voorkomen dat de patiënt een terugval krijgt. Dit bestaat uit verschillende aspecten, die wij behandeld hebben in de literatuurstudie.

*Afkicken*: het afkicken gebeurt tijdens de interne behandeling bij Toevlug. Het afkicken bestaat uit verschillende fasen.

*Behandeling:* als wij spreken over de behandeling van patiënten, dan hebben wij het over de behandeling die de patiënten binnen Toevlug aangeboden krijgen. Dit is het programma van vijf weken interne behandeling.

*Begeleiding*: de begeleiding die de social workers van BADISA bieden, valt onder het nazorgprogramma. Hierin worden patiënten dus in onze definitie niet behandeld, maar begeleid.

*Vrije tijd:* onder vrije tijd verstaan wij de tijd die de patiënten hebben naast de werkzaamheden die zij hebben. De tijd die zij hebben buiten het werk of andere verplichtingen om.

*Gezinsrelaties:* onder gezinsrelaties verstaan wij de relatie die de patiënt heeft met de gezinsleden of verzorgers.

*Sociaal netwerk:* onder sociaal netwerk verstaan wij het netwerk wat de patiënt om zich heen heeft staan. Dit netwerk kan bestaan uit ooms dan wel tantes maar ook uit vrienden en kennissen.

*Financiële behoeften:* onder financiële behoeften verstaan wij de financiële noden die de patiënt heeft om zichzelf te kunnen onderhouden.

*Huisvesting:* onder huisvesting verstaan wij het onderdak dat de patiënt heeft. Het gaat hier ook om de voorzieningen die deze huisvesting biedt. Er moet minstens drinkwater en voedsel aanwezig zijn.

# Hoofdstuk 2: Methode

## 2.1 Onderzoeksgroep(en)

De populatie van ons onderzoek bestond uit de *ex-patiënten van Toevlug* die de behandeling bij Toevlug volledig hebben afgerond, en wonen in de Boland regio. Deze patiënten ontvingen op dat moment begeleiding van de social workers van BADISA in het kader van het nazorgprogramma. Het betreft de patiënten die minstens twee maanden begeleiding ontvangen hebben van BADISA. Ten tweede waren ook de *Social workers van BADISA* onderdeel van ons onderzoek.De populatie van het aantal social workers van BADISA die nazorg verleent is 15 in de Boland regio. Wij hebben drie social workers van BADISA benaderd met de vraagd of zij willen meewerken aan dit onderzoek. Tot slot zijn ook de *social workers van Toevlug* onderdeel van onze populatie.Er zijn bij Toevlug in totaal vijf social workers werkzaam, we willen twee social workers interviewen om antwoord te kunnen krijgen op deelvraag 6.

*(Schema 1)*

Om overzichtelijk te maken welke instrumenten bij welke onderzoeksgroep zullen worden ingezet, wordt hieronder een schema weergegeven. Voor een uitgebreide beschrijving van de gebruikte onderzoeksgroepen en instrumenten verwijs ik u naar bijlage 13: ‘Hoofdstuk 2’.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderzoeksgroep** | **Deelvraag** | **Steekproef** | **Instrument** |
| Patiënten BADISA *(deze patiënten hebben de behandeling bij Toevlug volledig afgerond)* | 1 t/m 5 | Gehele populatie | Half gestructureerde interviews en enquêtes |
| Social workers BADISA | 1 t/m 6 | Zelf selectie | Half gestructureerde interviews |
| Social workers Toevlug | 6 | Willekeurig | Half gestructureerde interviews |

## 2.2 Analysemethoden

Aan de hand van dit hoofdstuk wordt door methodische verantwoording uitleg gegeven hoe de betrouwbaarheid en de interne- en/of externe validiteit van ons onderzoek is gewaarborgd op basis van de ervaringen rondom de afname, de representativiteit van de steekproef. Er wordt omschreven welke werkwijze wij hebben aangehouden bij het afnemen van de interviews en welke moeiten bij de respondenten er zijn gebleken met bepaalde vragen of onderwerpen. Tot slot wordt er in hoofdstuk 2.4.2 uitleg gegeven over de non-respons.

### 2.2.1 Ervaringen rondom afname

*Keuze van respondenten*

Het aantal patiënten dat binnen Toevlug in 2010-2011 een behandeling volledig heeft afgerond, is 506. Het aantal patiënten dat na behandeling overgedragen wordt aan BADISA, in het jaar 2010-2011 is 74. De begeleiding van BADISA in het kader van het nazorgprogramma betreft één jaar. Na dit jaar is er geen sprake meer van begeleiding door de social workers van BADISA in het kader van het nazorgprogramma. De Boland regio bevat 49 ex- patiënten van Toevlug die begeleid worden door BADISA in het kader van het nazorgprogramma. Ons streven was om de gehele populatie te bevragen. We hebben interviews kunnen afnemen bij drie patiënten van BADISA en daaruit is bruikbare informatie naar voren gekomen. De enquêtes hebben we minder succesvol kunnen verzamelen. Toch vinden wij het wel bruikbaar/ betrouwbaar genoeg om deze informatie te gebruiken, omdat wij achteraf nog een evlauerend interview gedaan hebben met een social worker over de resultaten. Zij herkende de resultaten en stemde ook in met de conclusies en aanbevelingen die wij gedaan hebben. Om de externe validiteit van ons onderzoek te verhogen, hebben we ervoor gekozen om verschillende groepen te betrekken bij ons onderzoek. Zo hebben we enquêtes en drie interviews gehouden met patiënten van BADISA, drie social workers van BADISA geïnterviewd en zijn er interviews gehouden met twee social workers van Toevlug.

*Gevolgde werkwijze bij afname*

Eén van ons was de ondervrager, de ander was griffier en de laatste was de controleur, denkt mee en schrijft ook mee. Hiermee denken wij dat alle informatie naar voren is gehaald bij de interviews en de ondervraagde de vrijheid heeft gevoeld om eerlijk te kunnen zijn over haar/zijn ervaringen. De betrouwbaarheid is door middel van onze opstelling tijdens een interview verhoogd, aangezien wij met drie personen hebben kunnen luisteren en nadenken of wij vragen of onduidelijkheden over het hoofd zien. Ervaring leerde ons dat we van te voren meer uitleg dienden te geven over de opbouw en het belang van de enquête, waardoor er vervolgens meer duidelijkheid was bij de patiënten over de inhoud van de enquête.

### 2.2.2 Non-respons

We hebben uiteindelijk niet alle 49 patiënten kunnen bevragen over het nazorgprogramma van BADISA. We hebben negentien enquêtes kunnen afnemen en drie interviews kunnen houden met patiënten. In totaal komen we dan uit op een respons van 22 patiënten op een totaal van 49. Dit heeft dus geresulteerd in een vermindering van de externe validiteit. Dit is teleurstellend, maar ook verklaarbaar. Een belangrijke reden voor de lage respons ligt bij het feit dat in de periode van onze afnamen, het seizoenstijd is en veel patiënten aan het werk zijn op de boerderijen van 6 uur in de morgen tot 6 uur in de avond. Veel patiënten hebben daarom aangegeven geen tijd te hebben voor het deelnemen aan het onderzoek. Wij zijn hierover van te voren niet ingelicht; wij hebben dit dus niet kunnen voorzien. Wij hebben er toen voor gekozen om zelf de patiënten te bezoeken, wat wel een mogelijkheid voor hen was, aangezien zij dan op de boerderij konden blijven. Maar ook deze optie bleek teleurstellend. We waren een hele dag weg en hebben 288 kilometer gereden, maar ontvingen slechts zeven ingevulde enquêtes.

De respondenten zijn representatief voor de populatie, omdat wij respondenten hebben kunnen bevragen vanuit verschillende plaatsen uit de Boland Regio. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van ons onderzoek. Verder hebben wij de resultaten kunnen onderbouwen met een gesprek dat wij hebben gehad met een community- worker die werkzaam is binnen de Boland regio. Daarnaast hebben wij een evaluerend gesprek gehad met een social worker, die werkzaam is bij BADISA. Wij hebben met haar gesproken over de resultaten die naar voren zijn gekomen en de conclusies die wij daaruit getrokken hebben. Zij stemde in met onze conclusies en de mogelijke aanbevelingen die wij zouden doen.

### 2.2.3 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid is belangrijk voor het onderzoek, omdat wij dan bruikbare en onderbouwde uitspraken kunnen doen aan de hand van de hoofdvraag. Om onze betrouwbaarheid te verhogen, worden de volgende punten in acht genomen:

* *Gehele populatie*. In 2011 zijn er 49 patiënten vanuit de Boland regio doorverwezen naar BADISA nadat zij de behandeling van Toevlug succesvol hebben afgerond. Het nazorgprogramma van BADISA duurt één jaar. Wij hebben de gehele populatie van de patiënten van Boland regio bevraagd: drie interviews afgenomen en geprobeerd om de rest van de populatie te enquêteren. Dit is uiteindelijk teleurstellend gebleken en was de respons slechts 19. Er zijn drie interviews afgenomen bij de social workers van BADISA, om informatie te krijgen over het nazorgprogramma. In totaal zijn er vijftien social workers werkzaam binnen de Boland regio. Om niet alleen te kijken vanuit het perspectief van BADISA, hebben we ervoor gekozen om ook twee interviews te houden met social workers van Toevlug. Aan de hand van deze interviews, hebben wij de waardering verwerkt voor de samenwerking met BADISA vanuit het perspectief van Toevlug. Het onderzoek is in eerste instantie gericht op BADISA, maar ons inziens is het ook belangrijk om ons af te vragen hoe de social workers van Toevlug denken over de samenwerking met BADISA.
* *Triangulatie.* Er is binnen ons onderzoek gebruik gemaakt van twee dataverzamelingsmethoden om antwoord te krijgen op de centrale vraagstelling, namelijk: enquêtes en interviews.
* *Peer examination*. De onderzoeksresultaten hebben wij na laten lezen door collega- onderzoekers.
* *Rapportage en verantwoording*.Er werd door middel van een logboek een verantwoording gegeven van de onderzoekshandelingen met daarbij een tijdsaanduiding. In het logboek isverwerkt welke keuzes en vorderingen er gemaakt zijn, de leermomenten, veranderingen die worden aangebracht, omstandigheden die problemen oproepen en dingen die fout lopen. Aan de hand van het rapporteren van deze aandachtspunten is er voorkomen dat de fouten opnieuw zijn gemaakt en daardoor wordt de betrouwbaarheid van de resultaten verhoogd.
* *Overleg*. Er ismet F. Bantom regelmatig een overleg gepleegd waarin er is besproken hoe ver we zijn en welke aspecten extra aandacht behoeven. Daarnaast heeft zij de enquête voor de patiënten die wij hebben verstuurt in het Engels, ook vertaalt naar het Afrikaans. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van ons onderzoek, omdat er is voorkomen dat de patiënten bepaalde vragen verkeerd begrepen en hun antwoord dus ook niet bruikbaar zal zijn geweest voor de resultaten.
* *Enquêteren*. Doordat er een social worker van BADISA aanwezig was zijn bij het afnemen van de enquête bij de patiënten, of één van ons als onderzoekers, heeft dit de betrouwbaarheid van ons onderzoekd verhoogd. Wij hebben namelijk extra uitleg kunnen geven aan de patiënt over een bepaalde vraag die gesteld werd. Voor ons is er daarom meer zekerheid dat er bij de enquête geen vragen meer zijn blijven liggen omtrent de formulering van de vragen. Wij zijn ons ervan bewust geweest dat door de aanwezigheid van de social worker van BADISA, de patiënt sociaal wenselijke antwoorden kan gaan geven. Om dat te voorkomen, hebben we waar mogelijk, geprobeerd om onafhankelijke vertalers in te zetten die geen invloed hebben kunnen uitoefenen op de beantwoording door de patiënt op de vragen. Dit is naar onze tevredenheid ook gelukt. Daarnaast proberen wij zoveel mogelijk zelf aanwezig te zijn bij het invullen van de enquêtes, zonder dat daarbij een social worker aanwezig zal zijn en dus ook geen invloed uit kan oefenen door aanwezig te zijn.

### 2.2.4 Validiteit

Aan de hand van de enquêtes hebben wij de patiënten bevraagd over hun ervaringen met het nazorgprogramma van BADISA. Door middel van drie interviews met patiënten van BADISA, kunnen we meer informatie ophalen over de redenen waarom er bepaalde aspecten wel of niet worden gewaardeerd. De *interne validiteit* wordt bepaald door de vraag of er de juiste conclusies getrokken kunnen worden; de juiste verklaring geven, vinden en toetsen. De onderzoeksgroepen die wij hebben bevraagd zijn uiteenlopend, maar allen wel belangrijk om een juist antwoord te kunnen geven op de centrale vraagstelling. We hebben gekozen voor de volgende groepen: patiënten van BADISA, social workers van BADISA en social workers van Toevlug. Doordat wij verschillende onderzoeksgroepen bevragen, hebben wij ook uitspraken kunnen doen over het probleem, omdat wij hebben gekeken vanuit de verschillende perspectieven (patiënt, social worker BADISA, social worker Toevlug). Wij nemen verschillende perspectieven, om de objectiviteit van de resultaten te waarborgen en daarmee de validiteit te verhogen. Aan de hand van de enquêtes is er ingegaan op de vijf belangrijkste gebieden omtrent een nazorgprogramma. Deze hebben wij bepaald aan de hand van de gelezen literatuur en daarvoor willen wij u doorverwijzen naar het theoretisch kader (1.2). Doordat wij ons hebben toegespitst op de aandachtsgebieden die belangrijk zijn binnen een nazorgprogramma, maakt dit dat wij volledig zijn en daarmee ook valide. Er werd alleen gevraagd naar informatie die bruikbaar is voor het antwoord op de centrale vraagstelling. ‘We meten alleen wat wij willen meten’.

### 2.2.5 Bruikbaarheid

Het is belangrijk voor de bruikbaarheid om als onderzoekers duidelijke overeenstemming te hebben met de opdrachtgevers. De supervisor (F. Bantom) die zich ontfermt over het onderzoek is werkzaam binnen Toevlug als senior social worker. Er is regelmatig een overleg geweest waarin de zaken omtrent het onderzoek werden besproken. Zij legde contact met BADISA, zodat wij interviews hebben kunnen plannen en enquêtes hebben kunnen afnemen. Daarnaast heeft zij goed zicht gehad op de toestand binnen Toevlug en BADISA. Zij had het helder waar het onderzoek op gericht was en sprak uit ervaring als het gaat om de problemen die zich voordoen omtrent de terugval van patiënten. Haar kennis en ervaringen heeft eraan bijgedragen dat ons onderzoek bruikbaar is. Zij hield ons namelijk scherp als het gaat om de informatie die belangrijk was om op te halen uit het onderzoek en welke aspecten weggelaten konden worden. De nauwe samenwerking met de supervisor van Toevlug, heeft eraan bijgedragen dat de bruikbaarheid en de betrouwbaarheid van de resultaten is vergroot.

# Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk staat per deelvraag beschreven wat de resultaten zijn van de enquêtes en interviews die wij hebben afgenomen. Per deelvraag wordt besproken wat de inhoud is van het huidig nazorgprogramma. Per deelvraag wordt beschreven wat de mate van tevredenheid is over het nazorgprogramma. Per deelvraag behandelen wij welke bijstellingen er per item gedaan moeten worden aan de hand van de behoeften die er nog zijn. Wij hebben de social workers en patienten gevraagt welke bijstellingen er per item nodig zijn om aan de behoefte van een goed nazorgprogramma te kunnen voldoen. De patienten en social workers hebben de behoefte die zij hebben in de enquêtes/ interviews verwoord en deze hebben wij onder het kopje bijstellingen beschreven. Als laatst geven wij per deelvraag het antwoord samenvattend weer. Tijdens ons onderzoek zijn wij er achter gekomen dat er geen nazorgprogramma op papier beschreven staat. Het is ons duidelijk geworden dat de social workers geen richtlijnen hebben over hoe zij een nazorgprogramma kunnen vormgeven. In dit hoofdstuk worden de items besproken en de bijstellingen per item weergegeven. In hoofdstuk 4 wordt de conclusie beschreven waaruit duidelijk zal worden dat er ten eerste een nazorgprogramma bescheven zal moeten worden.

De resultaten hebben we verwerkt in labelingsschema’s voor de interviews en een de enquêtes hebben wij verwerkt in de enquêteschema. Hiervoor verwijzen we naar de volgende bijlagen:

- Bijlage 5: Labelingsschema social workers BADISA

- Bijlage 6: Labelingsschema social workers Toevlug

- Bijlage 7: Labelingsschema patiënten BADISA

- Bijlage 8: Enquêteschema patiënten BADISA

### 3.1 Resultaten deelvraag 1

*Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van vrije tijd, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

**Inhoud**

In het nazorgprogramma wordt in de meeste gevallen aandacht besteed aan het onderdeel ‘vrije tijd’. Met ‘vrije tijd’ worden bepaalde vrijetijdsbestedingen bedoeld zoals bijvoorbeeld het uitoefenen van een hobby, geloofsleven, het onderhouden van sociale contacten of het beoefenen van een bepaalde sport. Van de 22 ondervraagde patiënten gaven in totaal 17 patiënten aan dat zij begeleiding ontvangen van hun social worker ten aanzien van het onderwerp ‘vrije tijd’. Negen van de 22 ondervraagden gaven aan dat de social worker aandacht besteedt aan de sociale vaardigheden ten aanzien van het onderwerp ‘vrije tijd’. Daarnaast gaf 47% aan dat er informatie aan hen wordt verstrekt over hoe zij de vrije tijd kunnen invullen. Uit de drie interviews met de patiënten kwam echter wel naar voren dat de hulp die geboden wordt, afhankelijk is van het eigen initiatief die de patiënt toont in zijn vraag naar begeleiding met betrekking tot dit onderwerp.

Twee van de drie geïnterviewde social workers geven aan dat zij aandacht besteden aan de vrijetijdsbesteding van de patiënt. Zij gaven aan dat zij de patiënt van informatie voorzien en in contact brengt met andere geïnteresseerden. Daarnaast bestaat de begeleiding ook uit het aandacht schenken aan de sociale vaardigheden van de patiënt en de triggers die de patiënt ervaart. Het betreft hier één social worker die aan één patiënt face-to-face begeleiding biedt en met de rest van de patiënten telefonisch contact onderhoudt.

**Tevredenheid**

De vraag naar de tevredenheid van de begeleiding die de patiënt krijgt, is door 11 van de 22 patiënten beantwoord, en 33% hiervan scoort de inhoud van de begeleiding als hoog. Eén van de geïnterviewde patiënten gaf aan dat hij de inzet van de community- worker ten aanzien van vrije tijd waardeert. Voor zover wij weten wordt er alleen in één dorp gebruik gemaakt van een community- worker. Alle drie de social workers gaven aan niet tevreden te zijn met het resultaat van hun begeleiding ten aanzien van ‘vrije tijd’. Twee van de drie social workers gaven aan dat dit komt doordat zij een hoge case-load hebben, en daardoor te weinig tijd hebben voor de patiënten. Uit de interviews blijkt dat de gemiddelde case-load van de social worker uit 230 patiënten bestaat. Deze patiënten zijn niet allemaal patiënten geweest bij Toevlug. Het betreft dus patiënten met verschillende problematiek. Eén van de social workers gaf aan de begeleiding te laten afhangen van het eigen initiatief die de patiënt toont in de vraag naar begeleiding.

**Bijstellingen**

De social workers gaven unaniem aan dat zij het onderwerp vrije tijd belangrijk vinden in het nazorgprogramma. Eén social worker gaf aan dat de aandacht voor dit onderwerp belemmerd wordt door externe factoren, zoals gebrek aan tijd. In de navraag welke behoeften er nog zijn bij de patiënten ten aanzien van de begeleiding van de social worker met betrekking op vrijetijdsbesteding, bleken er aan veel aspecten nog behoefte te zijn. Van de 22 patiënten gaven er dertien aan dat zij graag in contact gebracht willen worden met mensen die dezelfde interesses delen. Van de ondervraagden gaf 42% aan dat zij behoefte hebben aan begeleiding ten aanzien van de triggers en sociale vaardigheden in hun vrije tijdsbesteding. Vier patiënten gaven aan dat zij graag zouden willen dat de social worker hen vaker bezoekt.

*Samenvatting*

Uit de resultaten blijkt dat de patiënten in de meeste gevallen wel begeleiding ontvangen ten aanzien van ‘vrije tijd’. Alle social workers geven echter aan niet tevreden te zijn met het resultaat van hun begeleiding. Dit wijten zij aan de hoge case-load die zij hebben. Uit de interviews met de social workers blijkt dat een gemiddelde case-load 230 patiënten beslaat. Hierdoor hebben zij weinig tijd per patiënt. De social workers zijn wel gemotiveerd om aandacht te besteden aan het onderwerp ‘vrije tijd’, gezien de hoge waardering die zij geven over de belangrijkheid van de behandeling van dit onderwerp. Er kwam naar voren dat het eigen initiatief nemen in het vragen om begeleiding ten aanzien van het onderwerp ‘vrije tijd’ van de patiënt erg belangrijk is. Dit gaven zowel patiënten, als één social worker aan. Dit terwijl enkele patiënten aangeven behoefte te hebben aan meer bezoek van de social worker. Eén van de patiënten geeft aan dat hij de inzet van de community- worker ten aanzien van ‘vrije tijd’ waardeert.

De concrete inhoud die aan het onderwerp wordt gegeven; is dat er bij de helft van de ondervraagde patiënten geen aandacht wordt besteed aan de sociale vaardigheden bij de behandeling van het onderwerp ‘vrije tijd’. De meeste social workers gaven echter wel aan hier aandacht aan te besteden. Aangezien er frictie zit tussen de antwoorden van de social workers en de patiënten kan hier geen eenduidig antwoord op gegeven worden. Er wordt door 42% van de patiënten aangegeven dat ze graag meer aandacht zouden willen hebben voor hun sociale vaardigheden, alsmede hun triggers op het gebied van ‘vrije tijd’. Een andere behoefte die naar voren komt, is dat de social worker de patiënt vaker bezoekt. Ook zal er meer informatie verstrekt kunnen worden aan de patiënten over de invulling van hun vrije tijd.

### 3.2 Resultaten deelvraag 2

*Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van de gezinsrelaties van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

**Inhoud**

In het nazorgprogramma wordt er over het algemeen wel aandacht besteed aan het onderwerp gezinsrelaties. Met het item gezinsrelatie worden de relaties bedoeld die bestaan tussen de patiënt en het gezin van herkomst (ouders, broers en zussen) of het eigen gezin (vrouw, man en kinderen).

Van de 22 patiënten gaven 18 aan begeleiding te ontvangen van de social worker ten aanzien van gezinsrelaties. De patiënten gaven aan dat 66% van deze begeleiding bestaat uit het verkrijgen van informatie over de omgang met eigen gezinsleden. Daarnaast gaven zeven patiënten aan dat zij ondersteuning ontvangen van de social worker ten aanzien van de relaties binnen het gezin. Van de 22 patiënten gaven zes patiënten aan dat de familieleden informatie ontvangen over de verslavingsproblematiek waarmee de patiënt kampt. Eén patiënt gaf aan behoefte te hebben aan meer begeleiding ten aanzien van gezinsrelaties maar dat daar geen geld voor is, de geïnterviewde social workers beamen het geldtekort.

De social workers gaven unaniem aan dat zij binnen de begeleiding aandacht schenken aan het onderwerp gezinsrelaties. Het betreft hier één social worker die één patiënt face-to-face begeleidt en met de rest van de patiënten telefonisch contact onderhoudt. Twee social workers gaven aan dat zij de patiënt informatie geven over hoe zij om kunnen gaan met hun gezinsleden. Daarnaast gaven alle drie de social workers aan dat zij aandacht besteden aan de sociale vaardigheden van de patiënt binnen de gezinsrelaties.

**Tevredenheid**

De vraag om een cijfer te geven over de tevredenheid van de inhoud van de begeleiding is door twaalf van de 22 patiënten beantwoord. Van de twaalf patiënten scoren acht patiënten de tevredenheid van de begeleiding als hoog, één patiënt scoort de begeleiding als zeer laag. In de interviews is gevraagd naar de achtergrond van deze becijfering, en hieruit bleek dat twee patiënten vinden dat zij eigen initiatief moeten tonen om begeleiding te verkrijgen. Twee patiënten gaven aan dat de social worker weinig beschikbaar is voor hen en dat de begeleiding afhangt van het eigen initiatief van de patiënt. Daarnaast gaven twee van de drie geïnterviewde patiënten aan dat de social worker goed naar hen luistert. Dit zijn de twee patiënten die op eigen initiatief begeleiding ontvangen van de social worker.

De social workers gaven unaniem aan dat zij niet tevreden zijn over de begeleiding die zij op dit moment bieden. De redenen hiervoor zijn uiteenlopend, één social worker gaf aan dat zij onvoldoende financiën heeft om goede begeleiding te bieden aan de patiënt en het gezin. Een andere social worker gaf aan dat er te weinig professionele hulp beschikbaar is om de therapie die soms nodig is te bieden. Uit de interviews met de social workers kwam naar voren dat het gebrek aan goed vervoer voor de patiënt een probleem is.

**Bijstellingen**

De drie social workers die wij hebben geïnterviewd, gaven aan dat zij het onderwerp gezinsrelaties belangrijk achtten in het nazorgprogramma, omdat de gezinsrelaties veel invloed uitoefenen op de terugval van de patient. Wanneer de patient goed gesteund wordt door de gezinsleden, helpt dit vaak de patient om niet terug te vallen. Zij hebben dit onderwerp unaniem als een 5 gescoord, het hoogste cijfer. Eén van de social workers gaf aan dat het belangrijk is dat er een slaapplek gerealiseerd wordt bij Toevlug voor ouders van verslaafde jongeren tijdens de behandeling. Dit is niet in het kader van het nazorgprogramma, maar zij gaf aan het belangrijk te vinden dat ouders worden betrokken bij de behandeling van Toevlug voor het verloop van een goed nazorgprogramma.

In de navraag welke behoeften er nog leven bij de patiënten ten aanzien van de begeleiding van de social worker met betrekking tot gezinsrelaties, bleek er aan veel aspecten nog behoefte te zijn. Van de 22 patiënten gaf 57% aan dat zij zouden willen dat de social worker hun familie inlicht over de verslaving waarmee zij kampen. Tien patiënten gaven aan behoefte te hebben aan begeleiding bij het inzetten van hun sociale vaardigheden binnen hun gezinsrelaties. Van de patiënten, gaf 52% aan behoefte te hebben aan relatieondersteuning in de vorm van bijvoorbeeld gezinstherapie. Drie patiënten gaven aan dat zij behoefte hebben aan een bijeenkomst met de familie. Daarnaast zijn er zeven patiënten die behoefte hebben aan begeleiding bij de triggers die zij ervaren binnen de gezinsrelaties. Er zou meer aandacht geschonken moeten worden aan deze triggers door de social worker. Zes patiënten gaven aan behoefte te hebben aan begeleiding bij de relatie die zij hebben met hun partners in de vorm van bijvoorbeeld relatietherapie. Eén van de geïnterviewde patiënten gaf aan behoefte te hebben aan langdurigere begeleiding door de social worker om de gezinsrelaties te verbeteren. Eén van de patiënten gaf aan dat hij geholpen wordt door de community- worker ten aanzien van gezinsrelaties, maar dat hij ook graag hulp zou ontvangen van de social worker. Wij hebben weet van het feit dat er in één dorp een community- worker wordt ingezet.

*Samenvatting*

Het merendeel van de patiënten krijgt begeleiding bij het onderwerp ‘gezinsrelaties’. De patiënten hebben hierin echter nog wel verschillende behoeften. Een grote behoefte van de patiënten is dat zij willen dat de social worker de familie inlicht over hun verslaving. Daarnaast geeft de helft van de patiënten aan dat zij behoefte hebben aan ondersteuning van de relaties binnen het gezin, bijvoorbeeld gezinstherapie. Bijna de helft van de patiënten heeft de behoefte om begeleiding te krijgen bij het inzetten van de sociale vaardigheden op het gebied van ‘gezinsrelaties’.

Er kan geconcludeerd worden, op basis van de hierboven beschreven resultaten, dat er op alle gebieden van het nazorgprogramma ten aanzien van gezinsrelaties behoeften zijn. Dit lijkt dus op gespannen voet te staan met het feit dat de patiënten aangeven wel begeleiding te ontvangen ten aanzien van gezinsrelaties. Eén van de patiënten geeft aan dat hij ten aanzien van het onderwerp ‘gezinsrelaties’ ondersteuning ontvangt van een community-worker.

De geïnterviewde social workers geven ook allemaal aandacht aan dit onderwerp; zij vinden dit onderwerp dan ook belangrijk, wat blijkt uit hun hoge score. Echter zijn zij ook allemaal niet tevreden over het resultaat; de redenen hiervoor zijn uiteenlopend. Financiële middelen, en geen beschikbaarheid van professionele gezinshulp in eigen omgeving zijn de belangrijksten. Uit de interviews met de social workers komt naar voren dat het gebrek van goed vervoer naar professionele hulp een belemmering is. Ook gaven enkele patiënten aan dat eigen initiatief nodig is om begeleiding te ontvangen van de social workers. Dit kan ook in verband staan met het feit dat er nog veel behoeften zijn bij de patiënten ten aanzien van ‘gezinsrelaties’. Namelijk; de patiënten die zelf initiatief tonen zullen meer tevreden zijn dan de patiënten die dit initiatief niet tonen.

### 3.3 Resultaten deelvraag 3

*Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het sociaal netwerk van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

**Inhoud**

Met het sociaal netwerk worden decontacten buiten de gezinsrelaties bedoelt. Dit zijn dus vrienden, kennissen en andere familieleden. In het nazorgprogramma wordt er over het algemeen aandacht besteed aan het onderwerp sociaal netwerk. Van de 22 patiënten gaf 72% aan begeleiding te ontvangen van de social worker ten aanzien van het sociaal netwerk. Twaalf patiënten gaven aan begeleiding te ontvangen bij het contact houden met het sociaal netwerk en het inzetten van sociale vaardigheden binnen het sociaal netwerk. Tien patiënten gaven aan begeleiding te ontvangen bij het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten. Van de 22 patiënten gaven zeven patiënten aan dat zij begeleiding ontvangen bij de triggers die zij ervaren ten aanzien van het sociaal netwerk. Zes van de patiënten gaven aan dat zij geen begeleiding ontvangen van de social worker ten aanzien van het sociaal netwerk. Eén van de drie geïnterviewde patiënten gaf aan dat ten aanzien van het sociaal netwerk begeleiding te ontvangen van de community- worker. Voor zover wij weten, wordt er alleen in één dorp een community- worker ingezet bij de begeleiding van de patiënten.

De social workers gaven unaniem aan dat zij aandacht besteden aan het onderdeel sociaal netwerk in het kader van het nazorgprogramma. Twee social workers gaven aan de patiënt te begeleiden bij het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten. Eén social worker gaf aan de patiënt te ondersteunen bij het onderhouden van zijn sociaal netwerk. Daarnaast gaf één social worker aan aandacht te besteden aan de triggers die de patiënt ervaart binnen het sociaal netwerk. Eén van de social workers gaf aan dat zij weinig tijd heeft voor het onderwerp sociaal netwerk. Eén social worker gaf aan geen begeleiding te bieden ten aanzien van het sociaal netwerk wanneer de patiënt niet gemotiveerd is.

**Tevredenheid**

De vraag om een cijfer te geven over de tevredenheid van de inhoud van de begeleiding ten aanzien van het sociaal netwerk is door dertien van de 22 patiënten beantwoord. Drie patiënten scoren de waardering voor de begeleiding als laag, tien patiënten scoren de begeleiding als hoog. In de interviews is gevraagd naar de achtergrond van deze becijfering, en hieruit bleek dat twee patiënten vinden dat zij eigen initiatief moeten tonen om begeleiding te ontvangen. Daarnaast gaven twee patiënten aan dat de social worker weinig tijd voor hen heeft. Eén van de patiënten gaf aan dat de social worker goed luistert naar hem en aansluit bij de behoeften die hij heeft. Deze patiënt ontvangt begeleiding van de social worker die alleen deze patiënt face-to-face begeleid en met de andere patiënten enkel telefonisch contact heeft.

De drie social workers die wij hebben geïnterviewd gaven allen aan dat zij niet tevreden zijn over het resultaat van de begeleiding. De drie social workers gaven aan dat er externe factoren zijn die de patiënt beïnvloeden waar zij geen invloed op hebben. Eén social worker geeft aan dat zij te weinig tijd heeft om het onderwerp sociaal netwerk met de patiënt te behandelen.

**Bijstellingen**

De drie social workers die wij hebben geïnterviewd gaven aan dat zij het onderwerp sociaal netwerk belangrijk achtten in het nazorgprogramma. Eén social worker gaf aan dat het onderwerp sociaal netwerk verdrongen wordt door andere belangrijkere onderwerpen. Eén social worker gaf aan ten aanzien van het onderwerp sociaal netwerk gebruik te maken van de Changemakers bij de begeleiding van patiënten. Van de drie social workers gaf één aan, behoefte te hebben aan het organiseren van sociaal- netwerk- beraad voor de patiënten.

In de navraag welke behoeften er nog leven bij de patiënten ten aanzien van de begeleiding van de social worker ten aanzien van het sociaal netwerk, bleken er aan veel aspecten nog behoefte te zijn. Van de 22 patiënten gaf 55% aan behoefte te hebben aan begeleiding bij het contact houden met het sociaal netwerk. 11 Patiënten gaven aan behoefte te hebben aan begeleiding bij het inzetten van de sociale vaardigheden in het sociaal netwerk. Daarnaast gaven zeven patiënten aan behoefte te hebben aan hulp bij het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten. Zes patiënten gaven aan behoefte te hebben aan begeleiding bij de triggers die zij ervaren binnen het sociaal netwerk. Eén patiënt gaf aan behoefte te hebben aan langdurigere begeleiding van de social worker ten aanzien van het sociaal netwerk. Eén patiënt gaf aan meer contact te willen met de social worker ten aanzien van het onderwerp sociaal netwerk.

*Samenvatting*

Alle geïnterviewde social workers geven aandacht aan het onderwerp ‘sociaal netwerk’. De social workers gaven aan dat ze niet aan alle aspecten aandacht kunnen schenken, of het laten afhangen van het initiatief en/of motivatie dat de patiënt toont. Dit kan gerelateerd worden aan het tijdgebrek van de social worker. Soms wordt er een community- worker, of Changemaker ingezet. Naast dat de social workers aangeven aandacht te besteden aan het onderwerp sociaal netwerk, gaven zes patiënten aan geen begeleiding te ontvangen ten aanzien van dit onderwerp. Het verband wat wij hierin denken te kunnen leggen, is dat wanneer de patiënt geen eigen initiatief toont de patiënt geen of in mindere mate begeleiding ontvangt. Bij de patiënten leven ten aanzien van de begeleiding bij het onderwerp ‘social netwerk’ nog verschillende behoeften. Meer dan de helft van de patiënten wil graag begeleiding in het contact houden met het sociaal netwerk. Andere behoeften die voornamelijk genoemd werden zijn; het inzetten van sociale vaardigheden in het sociaal netwerk, het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten, begeleiding bij de triggers binnen het sociaal netwerk. Een aantal van de patiënten gaf aan behoefte te hebben langduriger begeleiding, en meer contact met de social worker.

### 3.4 Resultaten deelvraag 4

*Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in financiële behoeften door de ex-patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

**Inhoud**

Onder financiële behoeften worden de financiële noden verstaan die de patient nodig heeft om zichzelf te kunnen onderhouden. In het nazorgprogramma wordt in de meeste gevallen aandacht besteed aan het onderdeel ‘zelf voorzien in financiële behoeften’. Van de 21 respondenten van de patiëntengroep gaven in totaal zeven patiënten aan dat zij geen begeleiding ontvangen van hun social worker ten aanzien van dit onderdeel; dit is 33,3 %. De reden die hiervoor werd gegeven, is het tijdgebrek van de social worker. In één van de interviews van de social workers van BADISA kwam naar voren dat de hulp die geboden wordt, afhankelijk is van het eigen initiatief die de patiënt toont in zijn vraag naar begeleiding. Als de patiënt niet zelf aangeeft dat hij hulp nodig heeft, ontvangt hij helemaal geen hulp. De overigen die wel een nazorgprogramma ten aanzien van ‘zelf voorzien in financiële behoeften’ ontvangen, gaven aan dat de inhoud van dit onderdeel met name bestaat uit het verstrekken van informatie over hoe de patiënt zichzelf financieel kan onderhouden. Daarnaast gaven de meeste patiënten aan dat zij ook ondersteuning ontvangen ten aanzien van het vinden van werk. Twee van de drie geïnterviewde social workers van BADISA beamen dit. De derde social worker gaf aan dat zij door tijdgebrek helemaal geen aandacht schonk aan het onderdeel ‘zelf voorzien in financiële behoeften’ in het nazorgprogramma.

Minder aandacht is er voor het bijhouden van de budgettering van de patiënt; minder dan de helft van de patiënten ontvangt hier begeleiding in. Eén social worker geeft aan hier wel aandacht aan te besteden, maar ziet slechts één van de patiënten. Met de overigen heeft ze wel telefonisch contact. Ook de aandacht die aan triggers wordt gegeven op dit gebied, is kleiner. Er zijn vijf patiënten van de 17 ondervraagden die aangaven dat hier aandacht voor is. Geen van de geïnterviewde social workers heeft aangegeven hier aandacht aan te besteden in het nazorgprogramma ten aanzien van het ‘zelf voorzien in financiële behoeften’.

In enkele gevallen speelt de community- worker een belangrijke rol in dit onderdeel, omdat de social worker hier tijd voor dit onderdeel heeft. De community- worker heeft gesprekken met de patiënt over zijn situatie.

**Tevredenheid**

De tevredenheid over de behandeling van ‘zelf voorzien in financiële behoeften’ in het nazorgprogramma is uiteenlopend. De social workers die niet tevreden zijn, wijten dit het meeste aan de minimale werkgelegenheid die er beschikbaar is, waardoor zij niet tevreden zijn over het verloop van de behandeling ten aanzien van dit onderwerp. Andere redenen die genoemd worden zijn externe factoren waarop de social worker geen invloed op heeft, zoals het drugs dealen door patiënten. Eén social worker gaf aan wel tevreden te zijn met de begeleiding die zij biedt, dit betreft echter de begeleiding van één patiënt. Het gaat goed met deze patiënt. Echter ontvangen de andere patiënten slechts begeleiding door middel van telefoongesprekken. Dit zou de social worker wel anders willen, maar dat is door tijdgebrek niet mogelijk.

Het overgrote deel van de patiënten becijfert de aandacht die er wordt besteed het nazorgprogramma ten aanzien van ‘zelf voorzien in financiële middelen’ hoog. In de interviews is gevraagd naar de achtergrond van deze becijfering, en hieruit bleek dat ze tevreden waren over de social worker; omdat deze goed luistert naar de persoon, of omdat de social worker goed aansluit bij de behoeften van de patiënt. Ook werd de inzet van de community- worker gewaardeerd. Dit betreft echter slechts één dorp waar dit gebeurt die wij hebben geïnterviewd. Bij andere dorpen is het niet bekend of community- workers of andere derden worden betrokken bij het nazorgprogramma.

In deze antwoorden werden echter ook meerdere moeilijkheden aangegeven. De moeilijkheden die door de patiënten in de interviews aangegeven werden, waren in de meeste gevallen dat ze het lastig vonden dat de social worker niet altijd beschikbaar voor hen is. Daarbij werden er ook externe factoren genoemd zoals; weinig werkgelegenheid, geen vervoersmogelijkheid en geen geld (om bijvoorbeeld naar het werk te komen, of een aanvraag te doen voor een uitkering in de stad).

**Bijstellingen**

De social workers gaven unaniem aan dat zij dit onderwerp belangrijk vinden in een nazorgprogramma. Eén social worker gaf echter aan dat dit onderwerp verdrongen wordt door andere onderwerpen die belangrijker zijn. Toch acht zij dit onderwerp ook als belangrijk.

In de navraag welke behoeften er nog leven bij de patiënten ten aanzien van de begeleiding van de social worker op het onderdeel ‘zelf voorzien in financiële behoeften’, bleken er aan de volgende aspecten nog behoefte te zijn. Meer dan de helft van de patiënten zou graag nog meer informatie van hun social worker krijgen over hoe hij zichzelf financieel kan onderhouden. Ook gaf meer dan de helft van de patiënten aan dat ze graag geholpen zouden willen worden bij het budgetteren, bij het vinden van werk, en dat er aandacht wordt geschonken aan de triggers die de patiënt op dit gebied ervaart. Eén patiënt gaf aan dat hij zou willen dat zijn social worker hem vaker bezoekt.

*Samenvatting*

Eén derde van de patiënten zegt geen begeleiding te krijgen bij het ‘zelf voorzien in financiële middelen’. De social workers gaven aan hier in de meeste gevallen wel aandacht aan te besteden, één social worker besteedt er door tijdgebrek helemaal geen aandacht aan. In dat geval is er wel een community- worker die hier zich mee bezighoudt; wanneer patiënten naar het BADISA – centrum komen met de vraag naar begeleiding. Toch geeft één derde van de patiënten aan helemaal geen begeleiding te ontvangen, dit strookt dus niet met elkaar. Een opmerking van een patiënt was dat hij alleen hulp ontvangt bij dit onderwerp als hij op eigen initiatief om hulp vraagt; wij denken dat dit verband houdt met de hoge case-load van de social worker.

De minimale werkgelegenheid, en andere externe factoren (die zowel patiënten als social workers noemen) zorgen ervoor dat de social workers niet tevreden zijn over het resultaat van hun begeleiding in het onderwerp ‘zelf voorzien in financiële behoeften’. De social workers hechten wel waarde aan dit onderwerp, maar zijn niet altijd in staat hier voldoende aandacht aan te besteden, doordat de waarde van het onderwerp minder hoog wordt geschat dan andere onderwerpen. Dat komt waarschijnlijk doordat de invloed die zij kunnen uitoefenen op dit onderwerp kleiner is dan bij andere onderwerpen. Werkgelegenheid bijvoorbeeld, is niet of in ieder geval moeilijk, te creëren.

Een moeilijkheid die werd genoemd door patiënten, is dat zij het lastig vinden dat de social worker niet altijd beschikbaar voor hen is, ten aanzien van dit onderwerp. Deze beschikbaarheid trekken wij weer in verband met de hoge case-load met de social workers, en daardoor de weinige tijd die zij beschikbaar hebben voor de begeleiding van de individuele patiënten. De patiënten hebben nog verschillende behoeften omdat de begeleiding daarin nu tekort schiet.

### 3.5 Resultaten deelvraag 5

*Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in huisvesting , en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

**Inhoud**

Onder huisvesting wordt het onderdak verstaan waarover de patiënt beschikt. Het gaat hier ook om de voorzieningen die deze huisvesting biedt. Er moet minstens drinkwater en voedsel aanwezig zijn. Bijna de helft van de patiënten gaf aan dat er geen aandacht wordt geschonken aan het onderwerp ‘huisvesting’. Dit gaat om 47,62% van de ondervraagde patiënten. Eén patiënt gaf aan dat dit volgens hem komt doordat de social worker hier geen tijd voor heeft. Als de patiënt hierbij geholpen zou willen worden, zal hij zelf het initiatief moeten nemen om hulp te vragen. De patiënten waarbij wel aandacht wordt geschonken aan huisvesting, gaven aan dat de begeleiding bestaat uit met name het informatie geven over het vinden van huisvesting, en het onderhouden van een huishouden. Meer dan de helft van de patiënten die geantwoord heeft op de vraag waar de begeleiding uit bestaat, heeft geantwoord dat de social worker hem helpt bij het zoeken van een huis.

Twee van de drie social workers geven aan dat zij geen aandacht schenken aan het onderwerp ‘huisvesting’. De redenen die zij hiervoor gaven, is dat zij het geen taak voor een social worker vinden (maar bijvoorbeeld wel voor een community- worker) en omdat andere, meer belangrijke onderwerpen, het bespreken van huisvesting verdringen. Dat de community- worker hier wel aandacht aan besteedt, blijkt uit het gesprek met een van hen. Een samenvatting hiervan is te vinden in de bijlage. Eén patiënt gaf aan dat hij begeleiding ontvangt van de community- worker ten aanzien van huisvesting. Social workers hebben geen tijd om dit onderwerp te behandelen. De social worker die wel aandacht schenkt aan het onderwerp, geeft vorm aan de begeleiding door een huisvesting voor de patiënt te regelen.

**Tevredenheid**

De patiënten becijferden in zes van de elf beantwoorde enquêtevragen het nazorgprogramma ten aanzien van huisvesting zeer laag. Uit de interviews kwam naar voren dat degenen die laag scoorden, dit deden omdat de social worker geen tijd voor hem had, en niet beschikbaar was om hem te helpen bij het onderwerp ‘huisvesting’.

Vier van de elf patiënten gaf juist een hoge score aan het behandelen van het onderwerp ‘huisvesting’. Eén patiënt gaf aan dat de social worker goed aansloot bij zijn behoeften met betrekking tot ‘huisvesting’. Ook één social worker is tevreden over het resultaat van de behandeling bij het onderwerp ‘huisvesting’. Deze patiënt ontvangt begeleiding van de social worker die ook tevreden is over het resultaat. Deze social worker is tevreden over het resultaat van de behandeling die ze specifiek aan deze patiënt geeft. Deze patiënt zelf het initiatief om hulp te vragen aan de social worker. Met de andere patiënten heeft ze telefonisch contact; dit komt door tijdgebrek.

**Bijstellingen**

Het belang om het onderwerp ‘huisvesting’ te bespreken met de patiënt, is bij twee van de drie social workers hoog. Eén social worker kent een gemiddelde score toe, omdat er andere, belangrijkere onderwerpen zijn die dit onderwerp verdringen. Van de ondervraagden bij de patiënten gaf 64,7% aan dat zij behoefte hebben aan informatie van de social worker over het vinden van een huisvesting. Acht van de 17 ondervraagden gaf aan dat zij ook aandacht willen voor de triggers die zij ervaren bij hun huisvesting. Eén van de patiënten merkte op dat hij het prettig zou vinden om langduriger begeleiding te ontvangen van de social worker op het gebied van huisvesting.

*Samenvatting*

Ongeveer de helft van de ondervraagde patiënten gaf aan geen begeleiding te krijgen bij dit onderwerp. De social workers gaven voornamelijk aan dat ze geen aandacht schenken aan het onderwerp, doordat ze hier geen tijd voor hebben, dit is meer een taak voor bijvoorbeeld een community- worker (dit komt naar voren uit één interview met een social worker). Het tijdgebrek door de hoge case-load valt hierin op. Eén patiënt gaf aan dat hij zelf het initiatief moet tonen in de vraag naar hulp, wil hij hier begeleiding in ontvangen van zijn social worker. Wij denken dat dit verband houdt met de hoge case-load en het tijdgebrek van de social worker. Want de begeleiding wordt door de patiënten voornamelijk laag gescoord, waarbij als reden wordt genoemd in de interviews dat zij ervaren dat de social worker geen tijd voor hen heeft. Er zijn dan ook veel behoeften bij de patiënten wat betreft de begeleiding in het onderwerp ‘huisvesting’, wat in verband te trekken valt met het relatief weinige aantal patiënten wat begeleiding ontvangt ten aanzien van dit onderwerp.

### 3.6 Resultaten deelvraag 6

*Wat is de inhoud van de afstemming tussen BADISA en Toevlug en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

**Inhoud overdracht**

In een overdrachtsrapport wordt duidelijk gemaakt welke ontwikkelingen de patiënt heeft doorgemaakt in de periode dat hij bij Toevlug verbleef. Naast het behandelingsverloop van de patiënt worden ook de aandachtsgebieden van de patiënt beschreven en zijn daarbij behorende leerdoelen. Daarin worden de specifieke triggers, waar de patiënt gevoelig voor is, ook beschreven. De sociale vaardigheden die de patiënt heeft geleerd in de periode bij Toevlug worden benoemd in het rapport. Dit komt naar voren in de interviews die met de social workers van Toevlug zijn gehouden. De antwoorden van de beide interviews kwamen overeen.

Twee van de drie geïnterviewde social workers van BADISA zijn zeer tevreden over de overdracht van Toevlug naar de case-load van de social workers van BADISA. Zij vinden dat de informatie die Toevlug verstrekt in de rapporten duidelijk is. Eén van de social workers was matig tevreden over de overdracht van Toevlug; de verwachtingen in het rapport richting de patiënt zouden te hoog zijn. Meestal wordt de bespreking van het rapport via de telefoon gedaan, zonder aanwezigheid van de patiënt. Uit de interviews met de social workers van BADISA is gebleken dat zij ervaren dat Toevlug bereid is tot contact. Aan de kant van Toevlug merken ze soms dat de overdracht wat stroef kan verlopen.

**Inhoud afstemming**

Dit betreft de afstemming van het nazorgprogramma van de social worker van BADISA op het interne behandelingsprogramma van Toevlug. Hier is geen eenduidig antwoord op te formuleren, omdat de antwoorden bij de verschillende interviews uiteenlopen. Eén social worker van Toevlug gaf aan dat er tevredenheid bestaat over de afstemming tussen Toevlug en de social workers van BADISA, omdat de informatie door BADISA goed wordt ontvangen. De andere geïnterviewde social worker van Toevlug gaf aan minder tevreden te zijn, omdat er in enkele gevallen een face-to-face bespreking was over de afstemming in aanwezigheid van de patiënt, en in enkele gevallen niet. Wat beide social workers van Toevlug aangaven, is dat ze het idee hebben dat de social workers van BADISA een te hoge case-load hebben.

Ook de social workers van BADISA geven uiteenlopende antwoorden over de inhoud en van de afstemming. Eén social worker stelt een eigen programma samen, een andere sluit aan bij het programma van Toevlug, en de derde geeft aan met Toevlug af te stemmen door regelmatig contact te onderhouden met via telefoon. Een enkele social worker geeft aan dat zij het stimuleert dat de patiënten naar de ondersteuningsgroepen van Toevlug gaan. Echter, dit is moeilijk in verband met de beperkte vervoersmogelijkheden. Wat in de meeste gevallen wel overeenkomt in de antwoorden bij zowel bij Toevlug als bij BADISA , is dat er regelmatig telefonisch en e-mail contact is tussen Toevlug en BADISA.

**Feedback aan Toevlug**

De social workers van BADISA gaven aan dat zij in de meeste gevallen de feedbackformulieren van Toevlug niet terugsturen, omwille van tijdgebrek. Opnieuw werd de hoge case-load (gemiddeld 230 patiënten) genoemd als reden daarvoor. In deze case-load is veel sprake van crisissen, waardoor er hier eerder prioriteit aan wordt gegeven, dan het invullen van de feedbackformulieren. Eén social worker gaf aan de formulieren wel in te vullen. De feedback die er wel is, is het regelmatig telefonisch en/of e-mailcontact.

**Bijstellingen**

In de navraag naar welke behoeften er nog zijn ten aanzien van de overdracht en afstemming tussen Toevlug en de social workers van BADISA, kwamen verschillende aspecten naar voren.

Ten aanzien van de overdracht en de afstemming zijn er verschillende behoeften aan de kant van Toevlug. Het zou volgens de social workers van Toevlug goed zijn dat er meer face-to-face besprekingen zouden komen waarbij ook de patiënt aanwezig is. In deze bespreking kan het verloop van de patiënt besproken worden, maar ook het verloop van het nazorgprogramma door de social worker van BADISA. Daarbij moeten dan duidelijke afspraken gemaakt worden. De overdracht en afstemming op het programma zal dan volgens hen beter verlopen. Ook meer regelmatig contact in het verdere verloop van het nazorgprogramma door middel van e-mail en telefoon, tussen de social workers van BADISA en de social workers van Toevlug, zou daarbij helpen. Toevlug zou ook graag de evaluatieformulieren ontvangen die zij naar BADISA opsturen over de situatie van de patiënt. Een van de social workers van Toevlug gaf aan dat Toevlug zelf eventueel meer initiatief zou kunnen nemen in het contact met BADISA. Ten aanzien van de overdracht en de afstemming zijn er ook verschillende behoeften aan de kant van de social workers van BADISA. Ook zij hebben behoefte aan een goede afstemming over het programma. Daarbij gaven ze aan dat ze behoefte hebben aan meer netwerkbijeenkomsten, waardoor de gezichten van Toevlug en eventuele andere hulpverlenerorganisaties bekend worden voor de social workers van BADISA. Het merendeel van de social workers van BADISA gaf ook aan dat zij een eigen ondersteuningsgroep zouden willen opzetten in hun eigen dorp. Er zijn enkele pogingen geweest dit op te starten, maar dit is nog niet goed van de grond gekomen, mede omdat er niet genoeg financiële middelen zijn. Andere behoeften die de social workers hebben ten aanzien van het verzorgen van een effectief nazorgprogramma zijn; de inzet van de Changemakers en het meer betrekken van familieleden in het programma van Toevlug.

*Samenvatting*

Er is sprake van een overdracht, door middel van een overdrachtsrapport waarin verschillende aspecten staan. Toevlug zelf merkt soms dat de afstemming wat stroef kan verlopen, dit wordt gekoppeld aan het niet- terugsturen van de feedbackformulieren. Er is echter geen duidelijk antwoord te vinden over de afstemming, omdat hier verschillend over gedacht wordt. Wat wel gesteld kan worden is dat er regelmatig contact is tussen de social workers van BADISA en de social workers van Toevlug via telefoon en e-mail. Ook kan geconcludeerd worden dat de social workers van Toevlug merken dat de social workers van BADISA een te hoge case-load hebben. In navraag met de social workers van BADISA kwam naar voren dat zij gemiddeld een case-load hebben van 230 patiënten (dit betreft niet alleen de patiënten van Toevlug).Er is geen eenduidig nazorgprogramma. Dit kunnen we concluderen uit de verschillende antwoorden die de social workers van BADISA gaven over de vormgeving van het huidige nazorgprogramma, in de bespreking van de afstemming met het programma van Toevlug. Door de hoge case-load (en daardoor weinig tijd) worden de feedbackformulieren over het algemeen niet teruggestuurd naar Toevlug. De rol die Toevlug wil hebben door deze formulieren over het nazorgprogramma te willen ontvangen, is niet duidelijk. De reden die zij wel geven, is dat ze op de hoogte willen zijn van de situatie van de patiënt, en zij daarmee willen zien of hun eigen programma effectief is.

De behoeften die er wat betreft de overdracht en afstemming zijn in het contact tussen de social workers van Toevlug en de social workers van BADISA zijn als volgt. Allereerst door meer face-to-face besprekingen te organiseren in het bijzijn van de patiënt, waardoor volgens Toevlug de afstemming op het nazorgprogramma beter zal verlopen. Een goede afstemming over het nazorgprogramma met Toevlug, meer netwerkbijeenkomsten, en het opzetten van een eigen ondersteuningsgroep in eigen dorp (die nog niet gelukt zijn door beperking van financiële middelen), en de inzet van Changemakers. Wat ons betreft laat dit zien dat de behoeften ten grondslag liggen aan meer duidelijkheid over het nazorgprogramma.

# Hoofdstuk 4: Conclusies

## 4.1 Inleiding

Op dit moment is er een groot aantal van de patiënten van Toevlug die terugvalt in een verslaving. Toevlug gaf aan dat dit een probleem is, aangezien het doel van de behandeling is, dat de patiënt vrij blijft van drugs. Wij hebben ons gericht op één organisatie die nazorg biedt aan de ex-patiënten van Toevlug en dat is BADISA. We hebben op die manier gericht kunnen onderzoeken waar de problemen liggen en wat de mogelijke aanbevelingen kunnen zijn om het probleem op te lossen.

De inhoud en effectiviteit van het nazorgprogramma is niet bekend. Er is ook niet bekend hoe de afstemming tussen Toevlug en de social workers van BADISA verloopt met betrekking tot de vormgeving van het nazorgprogramma. Er is niet bekend welke inhoudelijke onderdelen aandacht behoeven, en welke onderdelen effectief werken. Deze inhoudelijke onderdelen van het nazorgprogramma hebben wij beschreven in het theoretisch kader. De probleemstelling is dus dat een hoogpercentage patiënten terugvalt in verslavingsgedrag, waarbij de inhoud en effectiviteit van het nazorgprogramma niet bekend zijn.

Voortvloeiend uit de probleemstelling hebben we de volgende centrale vraagstelling omschreven: *Welke inhoudelijke onderdelen binnen het nazorgprogramma van Toevlug en de social workers van BADISA behoeven verbetering, en welke bijstellingen zijn er nodig, om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te kunnen bieden aan de patiënten die de instelling Toevlug verlaten na de behandeling?* Om antwoord te kunnen krijgen op de centrale vraagstelling, hebben we een aantal deelvragen samengesteld.

1. *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van vrije tijd, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*
2. *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van de gezinsrelaties van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*
3. *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het sociaal netwerk van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*
4. *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in financiële behoeften door de ex-patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*
5. *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in huisvesting , en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*
6. *Wat is de inhoud van de afstemming tussen BADISA en Toevlug en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

## 4.2 Conclusies

4.2.1 Conclusie 1*Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van vrije tijd, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

**Inhoud**

De inhoud van het nazorgprogramma met betrekking tot vrije tijd bestaat vooral uit het verstrekken van informatie aan de patiënt door de social worker.

**Bijstellingen**

De bijstellingen die gedaan dienen te worden, is dat er met name meer aandacht gegeven dient te worden aan sociale vaardigheden en triggers met betrekking tot vrije tijd.

**Inhoud**

Uit de resultaten blijkt dat de patiënten in de meeste gevallen wel begeleiding ontvangen ten aanzien van ‘vrije tijd’. In de vraag naar welke behoeften er nog zijn, blijkt echter dat veel patiënten aangaven nog veel behoeften te hebben waardoor wij kunnen concluderen dat de begeleiding nog niet als volledig wordt ervaren.

Alle social workers gaven aan niet tevreden te zijn met het resultaat van hun begeleiding. Dit wijten zij aan de hoge case-load die zij hebben; namelijk gemiddeld 230 patiënten. Hierdoor hebben zij weinig tijd. De social workers zijn wel gemotiveerd aandacht te besteden aan het onderwerp ‘vrije tijd’, gezien de hoge waardering die zij gaven over de belangrijkheid van de behandeling van dit onderwerp. Ook kwam naar voren dat het eigen initiatief nemen in het vragen om begeleiding ten aanzien van het onderwerp ‘vrije tijd’ van de patiënt erg belangrijk is. Dit gaven zowel patiënten, als één social worker aan. Dit brengen we in verband met de hoge case-load van de social workers (gemiddeld 230 patiënten), waardoor ze gemiddeld weinig tijd hebben per patiënt. De patiënten ontvangen intensievere begeleiding als ze hier om vragen, maar de patiënten die dit niet doen, ontvangen minder of geen begeleiding. De social worker die wij hebben gesproken beaamt dit[[15]](#footnote-15). Zij gaf aan dat de patiënten die op kantoor komen begeleiding ontvangen. Daarnaast gaf zij aan dat de hoge case-load ervoor zorgt dat zij weinig tijd heeft per patiënt. Enkele patiënten gaven aan behoefte te hebben aan meer bezoek van de social worker, waar we uit kunnen opmaken dat de bezoeken niet frequent genoeg zijn. Hoe vaak dit precies is, kan niet specifiek worden gemaakt.

De concrete inhoud die aan het onderwerp wordt gegeven, is dat er bij de helft van de ondervraagde patiënten geen aandacht wordt besteed aan de sociale vaardigheden bij de behandeling van het onderwerp ‘vrije tijd’. De meeste social workers gaven echter wel aan hier aandacht aan te besteden, hier kan dus geen eenduidig antwoord op gegeven worden. Echter werd er door 42% van de patiënten aangegeven dat ze graag meer aandacht zouden willen hebben voor hun sociale vaardigheden, alsmede hun triggers op het gebied van ‘vrije tijd’. Hieruit maken wij op dat de aandacht die uitgaat naar de sociale vaardigheden en triggers weinig is. Dit is namelijk een essentieel aspect bij het aandacht geven aan ‘vrije tijd’ in het kader van een effectief nazorgprogramma. Dit is terug te vinden in het theoretisch kader onder het kopje *‘Wat zijn de strategieën en interventies van terugvalpreventie?’* p. 15-16. Aan de helft van de patiënten wordt informatie verstrekt over hoe vrije tijd in te vullen. Het percentage van de patiënten die wel informatie krijgt ligt ons inziens laag. Uit de interviews bleek dat er ook andere personen zijn die hulp bieden in het nazorgprogramma ten aanzien van ‘vrije tijd’, namelijk de inzet van een community- worker. Het is niet duidelijk welke hulp zij precies bieden.

**Bijstellingen**

Omdat uit het theoretisch kader blijkt dat invulling van vrije tijd belangrijk is (kopje: *‘betekenisvolle dagbesteding’* p. 16), concluderen wij dat er bijstellingen nodig zijn bij het onderdeel ‘vrije tijd’. De patiënt heeft behoefte aan begeleiding van de social worker; om in contact te worden gebracht met mensen die dezelfde interesse delen, en meer aandacht voor sociale vaardigheden en triggers. Dat aandacht voor sociale vaardigheden belangrijk is, wordt onderbouwd in het theoretisch kader onder het kopje*; ‘Wat houdt een effectieve behandeling en terugvalpreventie in?*’ p. 18-20. Dat aandacht voor triggers op verschillende gebieden belangrijk is, wordt onderbouwd in het theoretisch kader onder het kopje *‘Wat zijn de meest voorkomende situaties die terugval mogelijk veroorzaken?’* p. 15.

Een andere behoefte die naar voren komt, is dat de social worker de patiënt vaker bezoekt. Ook zal er meer informatie verstrekt kunnen worden aan de patiënten over de invulling van hun vrije tijd.

Als laatste zou het goed zijn voor de patiënt, dat de social worker meer initiatief toont in begeleiding naar de patiënten toe, en dat de mate van begeleiding niet volledig afhangt van het initiatief van de patiënt. In het evaluatieve gesprek met de extra social worker over de resultaten van het onderzoek, beaamt zij het probleem ten aanzien van het onderwerp vrije tijd[[16]](#footnote-16). Zij gaf aan dat ze in het dorp waar zij werkzaam is gebruik maken van de community- worker om de patiënt te bezoeken.

4.2.2 Conclusie 2*Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van de gezinsrelaties van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

**Inhoud**

De inhoud van het nazorgprogramma met betrekking tot gezinsrelaties, bestaat vooral uit het verstrekken van informatie aan de patiënt door de social worker.

**Bijstellingen**

Een bijstelling zou zijn dat de gezinsleden informatie krijgen over de verslaving van de patiënt. En de social worker zal meer aandacht kunnen geven aan onderlinge relaties binnen het gezin.

**Inhoud**

Het merendeel van de patiënten gaf aan dat er begeleiding is bij het onderwerp ‘gezinsrelaties’. In de vraag naar welke behoeften er nog zijn, blijkt echter dat een groot aantal patiënten aangeven nog veel behoeften te hebben, waardoor wij kunnen concluderen dat de begeleiding nog niet als volledig wordt ervaren. De geïnterviewde social workers geven allemaal aandacht aan dit onderwerp; zij vinden dit onderwerp dan ook erg belangrijk, wat blijkt uit hun hoge score ten aanzien van de belangrijkheid van het bespreken van dit onderwerp. Echter zijn zij allemaal niet tevreden over het resultaat; de redenen hiervoor zijn uiteenlopend. Financiële middelen, en geen beschikbaarheid van professionele gezinshulp in eigen omgeving zijn de belangrijksten. Uit de interviews met de social workers kwam naar voren dat het gebrek van goed vervoer naar professionele hulp een belemmering is.

Ook gaven enkele patiënten aan dat eigen initiatief nodig is om begeleiding te ontvangen van de social workers. Hieruit blijkt dat het meer afhangt van de patiënt dan van de social worker, en aangezien de social worker weinig tijd heeft, komt de social worker niet toe aan een effectief nazorgprogramma.

De concrete inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van gezinsrelaties, is met name het informatie verstrekken aan de patiënt over hoe om te gaan met zijn gezinsrelaties. Eén derde van de patiënten krijgt ondersteuning ten aanzien van de relaties binnen het gezin. Ook één derde van de patiënten gaf aan dat zijn gezinsleden informatie krijgen over de verslaving van de patiënt.

De social workers gaven allemaal aan, aandacht te schenken aan sociale vaardigheden met betrekking tot het onderwerp ‘gezinsrelaties’. Echter uit de resultaten van de patiënten bleek dat er maar een paar patiënten aandacht krijgen voor dit onderwerp, en dat de behoefte naar de behandeling van dit item groot is. Blijkbaar sluit hetgeen wat wordt aangeboden, dus niet aan bij de behoeften van de patiënt.

Het gezin is volgens het theoretisch kader een erg belangrijke factor in het nazorgprogramma. We verwijzen hier naar het kopje: *‘Welke gebieden behoeven aandacht bij een nazorgprogramma?’* p.20-21. Ook het kopje *‘Wat zijn de strategieën en interventies van terugvalpreventie?’* p. 17, geeft informatie over de belangrijkheid van relatietherapie, en aandacht voor de relaties binnen het gezin. Ook de social workers van BADISA hebben een hoge waardering voor dit onderwerp. De patiënten hebben hierin echter nog wel verschillende behoeften. Een grote behoefte van de patiënten is dat zij willen dat de social worker de familie inlicht over hun verslaving. Daarnaast gaf de helft van de patiënten aan dat zij behoefte hebben aan ondersteuning van de relaties binnen het gezin, bijvoorbeeld gezinstherapie. Bijna de helft van de patiënten heeft de behoefte om begeleiding te krijgen bij het inzetten van de sociale vaardigheden op het gebied van ‘gezinsrelaties’.

Er kan geconcludeerd worden op basis van de hierboven beschreven resultaten, dat er op alle gebieden van het nazorgprogramma ten aanzien van gezinsrelaties behoeften zijn, ondanks de hoge waardering voor dit onderwerp van de social workers.

Uit de interviews bleek dat er ook andere personen zijn die hulp bieden in het nazorgprogramma ten aanzien van gezinsrelaties, namelijk de inzet van een community- worker. Het is niet duidelijk welke hulp zij precies bieden.

**Bijstellingen**

Op basis van de vele behoeften die er nog zijn ten aanzien van het onderwerp ‘gezinsrelaties’, stellen wij dat er bijstellingen nodig zijn in het nazorgprogramma. Dit betreft meer aandacht voor sociale vaardigheden en triggers op het gebied van ‘gezinsrelaties’, hiervoor verwijzen wij naar het theoretisch kader onder het kopje*; ‘Wat zijn de meest voorkomende situaties die terugval mogelijk veroorzaken’* p. 15. Ook meer aandacht voor de onderlinge relaties binnen het gezin (partner, e.a.) zou het nazorgprogramma ten aanzien van gezinsrelaties effectiever kunnen maken, bijvoorbeeld het doorverwijzen en mogelijk maken van professionele gezinstherapie van buitenaf. Als laatste zou het goed zijn voor de patiënt dat de social worker meer initiatief toont in begeleiding naar de patiënten toe, en dat de mate van begeleiding niet volledig afhangt van het initiatief van de patiënt.

4.2.3 Conclusie 3*Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het sociaal netwerk van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

**Inhoud**

De social worker heeft veelal aandacht aan de sociale vaardigheden binnen het item sociaal netwerk en krijgt hulp bij het onderhouden van het huidige sociaal netwerk. Daarnaast biedt de social worker hulp met betrekking tot het opdoen van nieuwe positieve contacten.

**Bijstellingen**

Er dient in zijn algemeen meer aandacht te worden geschonken aan het item sociaal netwerk. Een belangrijk aspect wat hierin naar voren kwam, is de aandacht voor de triggers van de patiënt met betrekking tot dit item.

**Inhoud**

Alle geïnterviewde social workers geven aandacht aan het onderwerp ‘sociaal netwerk’. De social workers gaven aan dat ze niet aan alle aspecten van de begeleiding aandacht kunnen schenken, of het laten afhangen van het initiatief dat de patiënt toont. Dit kan gerelateerd worden aan het tijdgebrek van de social worker. De social worker die wij hebben gesproken bevestigt het tijdgebrek[[17]](#footnote-17). De social workers zijn allemaal niet tevreden over het resultaat van hun begeleiding; dit valt te wijten aan externe factoren (zoals beïnvloeding van de patiënt van buitenaf) of tijdgebrek van de social worker. De patiënten gaven aan dat ze met name begeleiding krijgen bij het contact houden met het sociaal netwerk, het inzetten van sociale vaardigheden, en het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten. Zes patiënten krijgen helemaal geen begeleiding bij dit onderwerp. Het verband wat wij hierin denken te kunnen leggen, is dat wanneer de patiënt geen initiatief toont in de begeleiding, de waardering voor de behandeling van dit item laag is. Echter zijn er ook nog verschillende behoeften ten aanzien van de begeleiding van het sociaal netwerk. Meer dan de helft van de patiënten wil graag begeleiding in het contact houden met het sociaal netwerk. Andere behoeften die voornamelijk genoemd werden zijn; het inzetten van sociale vaardigheden in het sociaal netwerk, het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten, begeleiding bij de triggers binnen het sociaal netwerk. Een aantal van de patiënten gaf aan behoefte te hebben aan langdurigere begeleiding, en meer contact met de social worker. De contactmomenten met de social worker zijn blijkbaar te weinig in vergelijking met de behoeften die de patiënt daarin heeft.

Uit de interviews bleek dat er ook andere personen zijn die hulp bieden in het nazorgprogramma ten aanzien van gezinsrelaties, namelijk de inzet van een community- worker. Het is niet duidelijk welke hulp zij precies bieden. In het evaluatieve gesprek met de extra social worker over de resultaten van het onderzoek, blijkt dat de social workers regelmatig gebruik maken van de inzet van een community- worker[[18]](#footnote-18).

**Bijstellingen**

Aan alle aspecten bij het behandelen van ‘sociaal netwerk’ is behoefte. Maar ondanks de hoge waardering die de social worker geeft aan dit onderwerp, is de aandacht niet voldoende voor de patiënten, door onder andere het tijdgebrek van de social workers. Aandacht voor het sociaal netwerk is echter wel belangrijk, hiervoor verwijzen we naar het theoretisch kader. Er wordt genoemd dat het hebben van een gezonde, middelvrije omgeving helpt om terugval te voorkomen. Meer informatie staat onder het kopje: *‘Wat zijn de strategieën en interventies van terugvalpreventie?’* p. 16-17. Wij concluderen op basis van de resultaten dat er bijstellingen nodig zijn om het nazorgprogramma effectief te maken. Dit betreft meer aandacht voor het inzetten van sociale vaardigheden in het sociaal netwerk, het contact onderhouden met het huidige sociaal netwerk, het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten, en begeleiding bij de triggers binnen het sociaal netwerk. Ook zullen meer contactmoment met de social worker en patiënt bijdragen aan een effectiever nazorgprogramma.

4.2.4 Conclusie 4*Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in financiële behoeften door de ex-patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

**Inhoud**

De begeleiding van de social worker met betrekking tot dit item, bestaat vooral uit het informatie verstrekken aan de patiënt over het zelf voorzien in financiële behoeften. Ook komt het geregeld voor, dat de social worker de patiënt helpt in het vinden van een baan.

**Bijstellingen**

Er zal meer aandacht moeten worden gegeven aan dit item in zijn algemeen. Belangrijke onderdelen die hierin naar boven kwamen, zijn het maken van een begroting en ondersteuning bieden in de ervaren triggers.

**Inhoud**

Eén derde van de patiënten gaf aan geen begeleiding te krijgen bij het ‘zelf voorzien in financiële middelen’. Bij de overigen bij wie dit wel gebeurt, wordt dit vormgegeven door middel van het verstrekken van informatie door de social worker over het zelf voorzien in hun financiële behoeften, of het aanbieden/zoeken van werk. De social workers gaven aan hier in de meeste gevallen wel aandacht aan te besteden, één social worker besteed er door tijdgebrek echter helemaal geen aandacht aan. In dat geval is er wel een community- worker die hier zich mee bezighoudt. Ons inziens wordt hier de community- worker op een effectieve manier ingezet zodat de social worker ontlast wordt van werk. Er is bij dit onderwerp wederom een patiënt die aangeeft alleen hulp te ontvangen bij dit onderwerp als hij op eigen initiatief om hulp vraagt. Eén andere geïnterviewde patiënt geeft aan dat hij zou willen dat de social worker hem vaker bezoekt. Hieruit blijkt dat het meer afhangt van de patiënt dan van de social worker, en aangezien de social worker weinig tijd heeft, komt de social worker niet toe aan een effectief nazorgprogramma.

De minimale werkgelegenheid, en andere externe factoren (die zowel patiënten als social workers noemen) zorgen ervoor dat de social workers niet tevreden zijn over het resultaat van hun begeleiding van het onderwerp ‘zelf voorzien in financiële behoeften’. De social workers hechten wel waarde aan dit onderwerp, maar zijn niet altijd in staat hier voldoende aandacht aan te besteden, doordat de waarde van het onderwerp minder hoog wordt geschat dan andere onderwerpen. Dat komt waarschijnlijk doordat de invloed die zij kunnen uitoefenen op dit onderwerp kleiner is dan bij andere onderwerpen, aangezien o.a. de werkgelegenheid erg laag is, en het daardoor voor de social worker lastiger is om de patiënt te begeleiden in het zoeken naar een baan. In het evaluatieve gesprek met de extra social worker over de resultaten van het onderzoek, blijkt dat ook zij weinig aandacht aan dit onderwerp besteedt[[19]](#footnote-19). Zij gaf ook aan dat zij weinig invloed op dit onderwerp kan uitoefenen omdat de werkgelegenheid laag is. De patiënten die aangegeven hebben wel begeleiding te ontvangen, zijn over het algemeen positief over de begeleiding. Maar een moeilijkheid die werd genoemd door patiënten, is dat zij het lastig vinden dat de social worker niet altijd beschikbaar voor hen is, ten aanzien van dit onderwerp. Wij concluderen hieruit dat hier wel meer behoefte aan is. De behoeften die zij verder nog hebben is; het meer verkrijgen van informatie hoe zij zelf kunnen voorzien in hun financiële behoeften, het vinden van werk, hulp bij budgetteren, en aandacht voor triggers.

**Bijstellingen**

In de begeleiding bij het onderwerp ‘zelf voorzien in financiële behoeften’ is er weinig aandacht voor het behandelen van triggers, en kan er ook meer aandacht worden geschonken aan het bijhouden van een budget. Dit zou het nazorgprogramma ten aanzien van ‘zelf voorzien in financiële behoeften’ effectiever maken. Dat de aandacht voor dit onderwerp belangrijk is, is terug te vinden in het theoretisch kader onder het kopje: *‘Wat zijn strategieën en interventies voor terugpreventie?’* p. 16 en ‘*Wat is/zijn mogelijk de oorzaak/oorzaken dat iemand verslaafd raakt?’*p. 13. Onder het kopje van *‘Wat zijn mogelijk de gevolgen van verslaving?’* p. 14 wordt ook genoemd dat financiële problemen vaak een onderdeel zijn van de verslaving. De social workers hebben in de meeste gevallen wel aandacht voor het vinden van werk, wat ook erg belangrijk is volgens de literatuur. Toch is er ons inziens te weinig aandacht voor het onderwerp ‘zelf voorzien in financiële behoeften’ en denken wij dat dit essentiële onderdeel een grotere rol in het nazorgprogramma zou moeten krijgen. Bijstellingen die nog nodig zijn is naast triggers en budgetteren ook meer aandacht schenken aan het vinden van werk. Hierbij is meer initiatief nodig van de social worker naar de patiënt toe met betrekking tot het bespreken van dit onderwerp.

4.2.5 Conclusie 5*Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in huisvesting , en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

**Inhoud**

Er wordt minimaal aandacht besteed aan het item huisvesting. De begeleiding die geboden wordt, bestaat uit het vinden van huisvesting en het onderhouden daarvan.

**Bijstellingen**

Er dient meer aandacht te worden besteed aan het item huisvesting in zijn algemeen.

**Inhoud**

Ongeveer de helft van de ondervraagde patiënten gaf aan geen begeleiding te krijgen bij dit onderwerp. In de vraag naar welke behoeften er nog zijn, blijkt echter dat veel patiënten aangeven nog veel behoeften te hebben waardoor wij kunnen concluderen dat de begeleiding nog niet als volledig wordt ervaren. Bij de helft patiënten die wel begeleiding ontvangen ten aanzien van dit onderwerp, bestaat de begeleiding met name uit het vinden van huisvesting en het onderhouden van een huishouden. Ook ontvangen zij informatie over hoe zij zelf huisvesting kunnen regelen. De social workers gaven voornamelijk aan dat ze geen aandacht schenken aan het onderwerp, omdat zij hier geen tijd voor hebben; dit is meer een taak voor bijvoorbeeld een community- worker (dit laatste betreft één situatie). Dit lijkt ons een goede taakverdeling, echter is het onbekend hoe de community- worker werkt, en of dit effectief is. Er zijn voor de social workers andere onderwerpen die eerder hun aandacht opeisen, waardoor dit onderwerp wordt verdrongen. Eén patiënt gaf aan dat hij zelf het initiatief moet tonen richting de social worker, wil hij hier begeleiding in ontvangen. Daarnaast is er een behoefte van een patiënt naar langdurigere begeleiding ten aanzien van dit onderwerp. Hieruit blijkt dat het meer afhangt van de patiënt dan van de social worker, en aangezien de social worker weinig tijd heeft, komt de social worker niet toe aan een effectief nazorgprogramma. De social worker met wie wij een extra evaluatief gesprek hebben gehad over de resultaten van het onderzoek, bevestigt het feit dat de social workers weinig tijd hebben[[20]](#footnote-20). Zij gaf daarbij aan dat dit onderwerp lastig te behandelen is binnen het nazorgprogramma omdat het huizenaanbod erg laag is. Zij gaf aan dat er andere onderwerpen zijn die haar aandacht opeisen.

De begeleiding wordt door de patiënten voornamelijk laag gescoord, waarbij als reden wordt genoemd in de interviews dat zij ervaren dat de social worker geen tijd voor hen heeft. De social workers vinden het onderwerp ‘huisvesting’ wel belangrijk, echter wordt het onderwerp snel verdrongen door andere, meer belangrijke onderwerpen. De patiënten gaven echter duidelijk aan dat er meer behoefte aan begeleiding is in het nazorgprogramma. Namelijk; meer dan de helft van de patiënten gaf aan behoefte hebben aan informatie over het vinden van huisvesting. Daarnaast is er behoefte aan het bespreken van triggers die zij ten aanzien van dit onderwerp ervaren.

**Bijstellingen**

Dat de bespreking van het onderwerp huisvesting, en daarbij behorende woonomgeving belangrijk is, is te vinden in het theoretisch kader bij het kopje *‘Wat zijn mogelijk de gevolgen van verslaving?’* p. 14. Ook wordt het leefmilieu besproken onder het kopje *‘Wat houdt een effectieve behandeling en terugvalpreventie in?’*p. 18-20, waarbij wordt aangegeven dat bijvoorbeeld het hebben van huisgenoten die ook gebruiken, een grote trigger kan zijn voor de patiënt.

Wij zijn van mening op basis van de hierboven beschreven resultaten dat er meer aandacht nodig is voor dit onderwerp om het nazorgprogramma ten aanzien van huisvesting effectiever te maken. De bijstellingen die concreet nodig zijn binnen de begeleiding die al gegeven wordt, zijn als volgt; meer informatie van de social worker over het vinden van huisvesting, meer aandacht voor triggers die kunnen worden ervaren bij dit onderwerp, en langdurigere begeleiding. Ook zal de social worker meer initiatief kunnen nemen in de begeleiding van patiënten ten aanzien van het onderwerp ‘huisvesting’.

4.2.6 Conclusie 6*Wat is de inhoud van de afstemming tussen BADISA en Toevlug en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

**Inhoud**

BADISA is erg tevreden over het contact dat zij hebben met Toevlug. Hieronder valt het contact via het overdrachtsrapport, de telefoon en e-mail.

**Bijstellingen**

De bijstelling zou onder andere zijn dat er een overdrachtsgesprek plaatsvindt tussen BADISA en Toevlug in het bij zijn van de patiënt. Daarnaast dient er meer duidelijk te komen over een nazorgprogramma.

**Inhoud**

Er is sprake van een overdracht, door middel van een overdrachtsrapport waarin verschillende aspecten staan; triggers, sociale vaardigheden, leerdoelen en het behandelingsverloop. Er is altijd kort een bespreking van dit rapport; meestal telefonisch. Het is positief dat er een duidelijk overdrachtsrapport geschreven wordt. De behoeften die er echter wat betreft de overdracht en afstemming zijn in het contact tussen de social workers van Toevlug en de social workers van BADISA zijn als volgt. Allereerst door meer face-to-face besprekingen te organiseren in het bijzijn van de patiënt, waardoor volgens Toevlug, en wij stemmen daarmee in, de afstemming op het nazorgprogramma beter zal verlopen. Een goede afstemming over het nazorgprogramma met Toevlug, meer netwerkbijeenkomsten, en het opzetten van een eigen ondersteuningsgroep in eigen dorp (wat nog niet gelukt is door de financiële beperkingen), en de inzet van Changemakers zijn nog behoeften die de social workers van BADISA aangeven. BADISA geeft aan dat ze ervaren dat Toevlug bereid is tot contact, en dat Toevlug duidelijke informatie verstrekt.

Er is geen eenduidig antwoord te geven op de vraag hoe men de afstemming waardeert. Er is regelmatig contact tussen de social workers van BADISA en de social workers van Toevlug via telefoon en e-mail. Er kan geconcludeerd worden dat de social workers van Toevlug merken dat de social workers van BADISA een te hoge case-load hebben. In navraag met de social workers van BADISA kwam naar voren dat zij gemiddeld een case-load hebben van 230 patiënten (dit betreft niet alleen de patiënten van Toevlug). Er is geen eenduidig nazorgprogramma. Dit kunnen we concluderen uit de verschillende antwoorden die BADISA geeft over de vormgeving van het huidige nazorgprogramma, in de bespreking van de afstemming met het programma van Toevlug. De social worker met wie wij een extra evaluatief gesprek hebben gehad over de resultaten van het onderzoek, gaf aan dat het prettig zou zijn wanneer er een eenduidig nazorgprogramma opgesteld zal worden[[21]](#footnote-21). Zij gaf aan dat dit in samenspraak met Toevlug gedaan zou kunnen worden. Zij zou het prettig vinden om haar begeleiding af te stemmen op die van Toevlug. Zij gaf aan nu vooral op haar eigen inzichten te werken en dit niet voldoende te vinden. Door de hoge case-load (en daardoor weinig tijd) worden de feedbackformulieren over het algemeen niet teruggestuurd naar Toevlug. De rol die Toevlug wil hebben door deze formulieren over het nazorgprogramma te willen ontvangen, is niet duidelijk. De reden die zij wel geven, is dat ze op de hoogte willen zijn van de situatie van de patiënt, en zij daardoor willen zien of hun eigen programma effectief is.

**Bijstellingen**

Bij deze deelvraag is onderzocht hoe de afstemming tussen BADISA en Toevlug is geregeld. Dit kan mondeling zijn of via schrift. Het belang van deze afstemming wordt uitgedrukt in het volgende citaat; *‘Zoals een menselijk lichaam de neiging heeft wezensvreemde elementen af te stoten, zo ziet men in organisatie het verschijnsel dat veranderingen die niet goed aansluiten bij de bestaande structuur en manier van werken worden afgeweerd. Daarom is het van groot belang de voorgestane zorgvernieuwing zodanig vorm te geven dat ze optimaal past binnen de reeds bestaande gang van zaken in de zorg’ (Bush, M., 2006, p. 500)*. Complementair overleg is een vorm dat helpt bij de aansluiting tussen verschillende zorginstellingen. Door een overleg worden de gegevens van patiënten uitgewisseld en doorgaans worden hier de doelen en interventies besproken die gerealiseerd moeten worden door de patiënt. Overleg tussen verschillende organisaties is van wezenlijk belang voor het verloop van de begeleiding van een patiënt[[22]](#footnote-22). Het is dus belangrijk dat de social workers van BADISA weten welk proces de patiënt heeft doorgemaakt bij Toevlug. Wanneer er bijvoorbeeld aandacht is gegeven binnen Toevlug aan sociale vaardigheden door middel van therapie, is het belangrijk om hier ook aandacht aan te blijven besteden in de nazorg. Er wordt dan voorkomen dat bepaalde therapieaspecten zullen verwateren bij de patiënt. Dit vraagt om goed overleg door de social workers van BADISA en Toevlug.

Concluderend kunnen we stellen dat er bijstellingen nodig zijn in de afstemming, om het nazorgprogramma effectiever te maken. Ondanks dat over het algemeen de ervaringen positief zijn, en er de afspraak is dat er een (duidelijk) overdrachtsrapport wordt geschreven, vindt er geen overdrachtsgesprek plaats in het bijzijn van de patiënt en de social worker. Dit zou de afstemming eenduidiger en duidelijker kunnen maken voor zowel de patiënt als de social worker. Daarbij is er geen eenduidig nazorgprogramma, die de social workers van BADISA uitvoeren. Hierdoor is de invulling van het nazorgprogramma niet eenduidig. Hier is een bijstelling in nodig om dit duidelijk te kunnen maken voor zowel de patiënt, als de social worker.

Het is onduidelijk welke rol Toevlug in wil nemen in het verzorgen van een nazorgprogramma; dit blijkt uit de bespreking van de feedbackformulieren. Er dient een bijstelling gemaakt te worden in deze onduidelijkheid om het nazorgprogramma effectiever te laten verlopen.

## 4.2.7 Eindconclusie

*Centrale vraagstelling*

Welke inhoudelijke onderdelen binnen het nazorgprogramma van Toevlug en de social workers van BADISA behoeven verbetering, en welke bijstellingen zijn er nodig, om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te kunnen bieden aan de patiënten die de instelling Toevlug verlaten na de behandeling?

Onze conclusie is dat alle inhoudelijke onderdelen binnen het nazorgprogramma van Toevlug en de social workers van BADISA verbetering behoeven om het nazorgprogramma effectief te kunnen aanbieden. Welke bijstellingen er nodig zijn, staat beschreven bij de resultaten van de afzonderlijke deelvragen, die elk onderdeel ter discussie stellen. Overkoepelend kan echter gesteld worden dat er naast deze bijstellingen, meer nodig is. Allereerst betreft dit de algemene vormgeving van het nazorgprogramma dat aangeboden wordt door BADISA. Er is geen eenduidig nazorgprogramma beschreven. Dit zorgt voor onduidelijkheid bij zowel de patiënt als bij de social worker. Hierdoor wordt het risico gelopen dat bepaalde onderdelen binnen het nazorgprogramma niet voldoende, of geen aandacht krijgen bij de begeleiding van de patiënt. Op dit moment wordt er op verschillende onderdelen wel aandacht geschonken, maar de mate is daarin zichtbaar verschillend. Bijvoorbeeld de minimale aandacht voor huisvesting wijst dit uit. Echter, beseffen we ook dat er andere problemen zijn waardoor dit niet gebeurt. Het hoofdzakelijke probleem waar de social workers tegen aan lopen is dat er tijdgebrek is door de hoge case-load, waardoor zij bijvoorbeeld niet toekomen aan de volledige behandeling van het onderwerp ‘huisvesting’, of het terugsturen van de feedbackformulieren. Een bijstelling zou zijn, dat er een eenduidig nazorgprogramma beschreven wordt voor de social workers van BADSIA en eventueel Toevlug.

Door de hoge case-load heeft de social worker weinig tijd. De social worker bezoekt niet in alle gevallen regelmatig de patiënten. Wij denken daarom dat er onderscheid te maken valt in de patiënten die regelmatig contact onderhouden met hun social worker, en patiënten die dit niet hebben. Daarin is het eigen initiatief die de patiënten tonen in de vraag naar begeleiding belangrijk gebleken. Wij vermoeden dat de patiënten die eigen initiatief tonen in de vraag naar begeleiding, positiever zijn over het nazorgprogramma dan degenen die minder intensieve begeleiding ontvangen; doordat zij daar niet naar vragen. Een bijstelling zou zijn dat de social worker zelf meer initiatief gaat tonen naar de patiënt toe. Dit om te voorkomen dat er anders geen contact is met de social worker, of heel weinig, waardoor de patiënt geen begeleiding ontvangt, of minimaal. Wanneer er geen contact is met de social worker vergroot dit het risico op terugval, omdat er dan geen nazorgprogramma is voor de patiënt. Opnieuw zijn we ons bewust van de moeilijkheid van deze situatie wat betreft de hoge case-load en het tijdsgebrek van de social worker. Een bijstelling zou hierin zijn, dat de social workers de taken die zij hebben, coördineren aan derden toe ten aanzien van het nazorgprogramma op de verschillende onderdelen.

Wat met name uit de zesde deelvraag naar voren kwam, was dat de rol van Toevlug bij het verzorgen van het nazorgprogramma niet volledig duidelijk is. We zien dat Toevlug op dit moment een belangrijke rol speelt in het nazorgprogramma door middel van de ondersteuningsgroepen. Een bijstelling zou hierin zijn, dat Toevlug goed duidelijk krijgt en maakt welke rol zij als organisatie wil innemen binnen het nazorgprogramma.

Wat we opgemerkt hebben in de gesprekken met zowel patiënten en social workers van BADISA is dat door financiële beperkingen het uitvoeren van een effectief nazorgprogramma wordt bemoeilijkt. Dit zijn factoren die moeilijk te beïnvloeden zijn, omdat dit geregeld wordt op landelijk niveau. Wij weten niet in hoeverre Toevlug en BADISA hier al stappen in zijn ondernomen, en of het mogelijk is voor Toevlug en/of BADISA om hier veranderingen in te bewerkstelligen. Overzichtelijk opgenomen in Tabel 2 vind u de aanbevelingen in schema.

Tabel 2:

## 4.3 Aanbevelingen

Op basis van onze eindconclusie kunnen we aanbevelingen doen met betrekking tot het huidige nazorgprogramma. Alle onderdelen binnen het nazorgprogramma van BADISA behoeven verbetering om het effectief te kunnen aanbieden.

***Meso***

* Op meso-niveau betekent dit, dat er een nazorgprogramma ontworpen zal moeten worden, omdat er nog geen programma duidelijk op papier beschreven staat.

Dit kan gerealiseerd worden met behulp van de items die wij, onderbouwd met literatuur, gebruikt hebben als basis voor ons onderzoek. Daarbij is het belangrijk dat Toevlug aan zal geven, in hoeverre zij betrokken kan/wil zijn binnen het nazorgprogramma. Dit nazorgprogramma zal in overleg tussen Toevlug en BADISA geschreven kunnen worden, om ervoor te zorgen dat het programma goed aan zal sluiten bij het huidige afkickprogramma van Toevlug. Hierbij is het van belang om rekening te houden met de financiële middelen van Toevlug, BADISA en de patiënt zelf. Zo kan er bijvoorbeeld een ondersteuningsgroep in één van de dorpen opgezet worden, maar wanneer de patiënt geen financiële middelen heeft om aanwezig te kunnen zijn bij de bijeenkomsten, houdt deze groep geen stand.

* Het belang van het schrijven van dit nazorgprogramma is voor de *patiënten* dat zij niet op eigen initiatief hulp hoeven te vragen op de verschillende onderdelen. Het is belangrijk in de nazorg van patiënten dat het initiatief vanuit de social workers komt, aangezien daarmee het risico op terugval wordt verkleint. Terugval is namelijk een groot risicofactor bij verslavingszorg. Gezien de hoge case-load, en daardoor de weinige tijd die de social worker beschikbaar heeft, kan de inzet van derden het nazorgprogramma ondersteunen. Dit staat verder uitgelegd bij de aanbeveling op micro- niveau.
* Het belang voor de *social workers van zowel BADISA als Toevlug* om een nazorgprogramma te schrijven, is dat het de social workers van BADISA meer houvast geeft in het verzorgen van het nazorgprogramma. Dit versterkt tevens het evidence- based werken, omdat het werk daardoor meer toetsbaar gemaakt wordt. Het belang van evidence- based werken wordt onder macro- niveau verder toegelicht. Daarnaast kunnen zij in de begeleiding goed aansluiten bij de behandeling van Toevlug.
* Het belang voor *Toevlug* om een nazorgprogramma te schrijven, is dat voor hen duidelijk wordt welke rol zij in kunnen nemen bij het nazorgprogramma. Een effectief nazorgprogramma reduceert terugval. Wanneer Toevlug wordt betrokken bij het schrijven van een nazorgprogramma, zal het nazorgprogramma meer aansluiten bij de behandeling binnen Toevlug. Dit zal het nazorgprogramma effectiever maken.

***Micro***

* Op micro-niveau betekent een effectief nazorgprogramma, dat de taken van personen die werkzaamheden verrichten binnen het nazorgprogramma, gecoördineerd dienen te worden. Binnen het nazorgprogramma wordt dan omschreven welke taken de verschillende werkers op zich nemen, zodat hier meer duidelijkheid over bestaat.

Zo kan bijvoorbeeld een community- worker taken krijgen, en ook kunnen Changemakers meer een rol gaan spelen binnen het nazorgprogramma. Wanneer de taken verdeeld worden, kunnen de lasten verdeeld worden en hebben de social workers meer ruimte om preventieve hulp te bieden. Er kan bijvoorbeeld een buddy geregeld worden die de patiënt bij zal staan in praktische problemen. Voor meer informatie over een mogelijk buddyproject, verwijzen we naar bijlage 9.

* Wanneer mogelijk, zal langdurigere nazorg voor de patiënt ervoor kunnen zorgen dat de kans op terugval wordt verminderd.

Langdurige nazorg hoeft niet ingevuld te worden door enkel social workers van BADISA, maar kan ook overgedragen worden aan derden die hulp bieden aan patiënten. Hierover dient dan echter wel duidelijkheid te zijn over wie die personen zijn en welke hulp zij kunnen bieden. Wij zien echter wel het belang in van de eindverantwoordelijkheid van de social worker met betrekking tot het nazorgprogramma van de patiënt.

***Macro***

* *Er zal onderzoek gedaan kunnen worden naar de mogelijkheden voor BADISA en Toevlug met betrekking tot de vergroting van de financiële mogelijkheden omtrent het nazorgprogramma.*

Op macro-niveau zijn er veel factoren die meespelen bij de problemen die nu spelen bij het grote aantal patiënten dat terugvalt. Een moeilijkheid is dat de social worker weinig tijd heeft voor de patiënt, vanwege de grote case-load. Omdat de case-load van de social workers gemiddeld 230 patiënten is, kan er niet voldoende tijd besteed worden aan elke patiënt, om het nazorgprogramma effectief te laten zijn. Het Central Drug Authority valt onder het departement Sociale Ontwikkeling in Zuid-Afrika. Zij hebben in het National Drug Master Plan van 2012 aangegeven dat zij er naar streven dat de social workers waar mogelijk meer evidence- based gaan werken (zie theoretisch kader: *‘Welk sociaal beleid ten aanzien van de drugsproblematiek wordt er gevoerd op het gebied van zorg en welzijn’* p. 23-24). Op dit moment hebben de social workers van BADISA geen of weinig tijd voor rapportages en terugkoppeling naar andere instellingen, zoals bijvoorbeeld Toevlug. Maar als er een effectief nazorgprogramma verzorgd moet worden, zal meer financiële mogelijkheden wenselijk zijn om de case-load van de social workers te verkleinen door meer social workers aan te nemen. Door meer social workers aan te nemen, kan er meer evidence- based gewerkt worden. Wij hebben ons niet verdiept in de financiële kaders die er zijn voor het vormgeven van een nazorgprogramma. Het zal nuttig zijn voor de vormgeving van het nazorgprogramma om hier verder onderzoek naar te verrichten. In het voordeligste geval zal er een persoon kunnen worden aangenomen die zich bezighoudt met het vormgeven en coördineren van een nazorgprogramma. Overzichtelijk opgenomen in Tabel 3 vind u de aanbevelingen in schema.

Tabel 3:

## 4.4 Discussie

Wat uit de resultaten is gebleken, is dat we ontdekt hebben dat de eigen motivatie van de patiënt erg belangrijk is voor het ontvangen van begeleiding door de social worker van BADISA. Wanneer de patiënt geen eigen initiatief toont, ontvangt hij weinig of geen begeleiding ten aanzien van zijn verslavingsproblematiek. Wij denken echter dat er initiatief van de social worker nodig is om de patiënt in verslavingszorg te motiveren om clean te blijven, en dat motivatie vanuit de social worker dus onmisbaar is in de begeleiding. Het dilemma ligt hierin dat de social worker weinig tijd heeft om de patiënt te motiveren deel te nemen aan het nazorgprogramma, en dat de social worker deze tijd ervoor kiest ergens anders te gebruiken. Want als de social worker enkel tijd stopt in het motiveren van de nazorg- patiënten, zijn er misschien 200 andere in haar case-load die geen aandacht krijgen, wat ook niet verantwoord is. Toch zijn wij van mening dat social workers minder snel het begeleidingsproces zouden moeten laten afhangen van het initiatief van de patiënt, en dat er op een bepaalde manier gestreefd moet worden voor meer initiatief van de social worker toe naar de patient, en een meer motiverende houding richting de patiënt van social worker. Dit zou ook vorm kunnen krijgen in het buddy- project zoals beschreven in de aanbevelingen.

Het belang van het motiveren van patiënten in de verslavingszorg is essentieel. Wij beamen met Toevlug dat de verslaving een ziekte is. Verslaving heeft namelijk veelal dezelfde symptomen als geestelijke gezondheidsproblematiek, en kan daarmee gezien worden als hardnekkige ziekte[[23]](#footnote-23). Deze ziekte krijgt behandeling bij de opname in Toevlug, maar heeft langer nodig om te genezen dan vijf weken. Er is voortgaande behandeling nodig, waarbij de aandacht voor motivatie een terugkerend onderwerp is. Het is iets wat hoort bij de verslavingszorg. Patiënten uit de verslavingszorg staan er bekend om dat ze snel onbereikbaar zijn, dat verwijzen niet altijd lukt, en dat patiënten te laat in behandeling worden opgenomen. Zij zijn dikwijls in behandeling op aandrang van familie of overheid. En als zij eenmaal in behandeling zijn, kan het gemakkelijk worden afgebroken. Dit heeft te maken met de karakterstructuur van de patiënten in de verslavingszorg[[24]](#footnote-24). Echter, denken wij dat het thema ‘motivatie’ bij de verslavingszorg meer aandacht verdient dan bij andere doelgroepen, omdat het onderdeel is van de problematiek.

Motivatie moet worden gezien als een wisselwerking die ontstaat tussen de patiënt, zijn sociale omgeving en de social worker. Het is een complex proces wat beïnvloed kan worden. Daarbij is de ‘zin’ en de ‘voldoende vasthoudendheid’ die de social worker heeft (dus interne motivatie bij de social worker) om zogenaamd moeilijke patiënten te begeleiden[[25]](#footnote-25)20. Als handvat daarvoor gebruiken wij de visie van de contextuele therapie, omdat wij van mening zijn de mens altijd benaderd moet worden vanuit de verbanden waaruit hij bestaat. Daarbij zijn de loyaliteitsbanden van existentieel belang. Mensen bestaan niet als zij geen loyaliteitsbanden zouden hebben. Er is erkenning nodig over de gekwetstheid binnen deze loyaliteitsbanden. Mensen bestaan niet als zij niet kunnen geven in loyaliteitsbanden[[26]](#footnote-26)21. Op het moment dat de patiënt zich laat opnemen bij een instelling als Toevlug, is dit een geven naar de familie toe. Dit moet erkend worden in de behandeling. In de voortgezette behandeling (nazorg) is het belangrijk daar blijvend aandacht aan te blijven besteden.

*“De onvervangbare rol van de contextuele therapeut in motivatieprocessen van verslaafden bestaat erin erkenning te geven, niet alleen voor hun inzet binnen loyaliteitsbanden, maar vooral voor de (on)rechtvaardigheid van die inzet. De contextuele therapeut benadert deze als (onzichtbaar) loyale mensen die recht hebben op en in staat zijn om te geven.”* (Hermkens, L., Michielsen, M., Mulligen, W., van, p. 244).

Op dit moment is de motivatie een contra indicatie; iets waardoor de patiënt niet geholpen wordt. Dit doet echter geen recht aan de problematiek van de patiënt. Door de patiënt te erkennen in zijn geven (in relatie met bijvoorbeeld de familie), wordt er recht gedaan aan de loyaliteitsbehoeften en banden van de patiënt. De social worker zal in samenwerking met de patiënt dit blijvend moeten bekrachtigen. Dit bekrachtigen uit zich allereerst in het bezoeken van de patiënt, waardoor de patiënt aandacht krijgt en hierdoor bevestigd wordt in zijn bestaan. Ook zal de social worker het respect moeten uitspreken wat hij heeft richting de patiënt om te kiezen voor behandeling en begeleiding. Hierdoor wordt motivatie geen voorwaarde voor begeleiding, maar is motivatie een resultaat van een ‘therapeutisch proces’[[27]](#footnote-27)22.

## Procesevaluatie

Tijdens het onderzoek zijn we verschillende dingen tegengekomen die ons onderzoek mogelijk hebben beïnvloed, waar wij geen, of te weinig aandacht aan hebben geschonken.

Als eerste hebben wij door keuze van de verschillende items op basis van het theoretisch kader misschien bepaalde items uitgesloten. Omdat wij onze deelvragen hebben gebaseerd op deze geselecteerde items, zijn onze deelvragen subjectief van aard. Wij zijn niet bedacht geweest op een eventueel belangrijk punt die van invloed is op ons onderzoek, die wij door onze vraagstellingen hebben uitgesloten. Zo hebben wij bijvoorbeeld vernomen dat het cultuuraspect ‘Ubuntu’ een belangrijke invloed heeft op de dagelijkse praktijk van het samenleven in Zuid- Afrika. Dit betekend letterlijk; ‘medemenselijkheid’. Het betreft in het dagelijkse leven een bepaalde houding richting andere mensen, met name familie toe. Men zet zich in voor de ander als je met die ander een ‘menselijkheid’ deelt (denk aan bijvoorbeeld een kind). Je hebt richting de ander een blijvende sociale verantwoordelijkheid. Dit aspect is niet belicht in ons onderzoek, omdat we het ons theoretisch kader niet naar voren hebben laten komen. We hebben daarmee een belangrijk sociaal aspect uitgesloten, die daardoor niet ter sprake gekomen is in de uitkomsten van onze resultaten, terwijl het wel degelijk (onbewust) van invloed kan zijn geweest. Wij hebben daarmee ons te weinig gericht op de lokale situatie wat betreft de sociale problematiek, en hebben dat meer in de loop van onderzoek ontdekt. Dit zouden wij in een volgend onderzoek meer van tevoren willen onderzoeken, omdat het de volledigheid van ons onderzoek waarborgt.

Ook zijn we er in de vormgeving van onze deelvragen vanuit gegaan dat er een bepaalde vorm van nazorgprogramma bestond. Wij wilden toetsen in hoeverre dit programma werd vormgegeven, en op welke manier. Achteraf is dit een aanname geweest die niet juist was, waardoor er door onze vraagstelling bepaalde informatie werd uitgesloten; zoals hoe frequent een social worker een bezoek wekelijks of maandelijks brengt aan de patiënt, of wat de hoogte van de case- load van de social worker eigenlijk is. Doordat deze informatie niet beantwoorde werd met de deelvragen, hebben wij deze informatie later zijdelings toegevoegd, en hier ook interviewvragen van gemaakt voor de volgende interviews. Dit had voorkomen kunnen worden door een minder subjectieve vraagstelling in vanaf het begin.

We zijn er ook in de analyse van de antwoorden tegen aan gelopen dat er op bepaalde vragen te vage antwoorden zijn gegeven door de geïnterviewde, en dat wij als onderzoekers niet altijd genoeg hebben doorgevraagd om meer informatie naar boven te halen. Zo hebben wij bijvoorbeeld te weinig informatie verkregen over de rol van de community- worker, terwijl achteraf merkten wat een belangrijke rol deze mensen vervullen in het nazorgprogramma, of welke rol zij zouden kunnen vervullen. Een aanbeveling zou zijn om de rol van de community- worker nog nader te onderzoeken, en daarbij ook goed in kaart brengen welke mogelijkheden de community- worker bijvoorbeeld heeft om nog een vrijwilligers- project op te zetten naast het huidige uitvoerende werk.

# Woord van dank

We zijn dankbaar voor de vele medewerkers, betrokkenen en supervisors die ons geholpen hebben dit onderzoek tot stand te brengen. We zijn dan ook van mening dat zij een plekje verdienen in de beschrijving van dit uitgebreide verslag.

Allereerst gaat onze dank uit naar Toevlug, omdat zij ons een kans hebben gegeven ons afstudeerproject in het mooie Zuid- Afrika te doen, waardoor we een prachtige culturele ervaring op hebben kunnen doen. In het bijzonder zijn we dank verschuldigd aan onze supervisor mevr. F. Bantom, die ons met haar positieve insteek bemoedigde om vol te houden als er dingen tegen zaten. Ook heeft zij veel betekend voor ons in het contact leggen met de social workers en patiënten. Ook natuurlijk mevr. T. Rossouw zijn we alle dank verschuldigd; bedankt voor het meedenken als het even niet meer leek te lukken en voor het bieden van alle andere mogelijkheden om ons onderzoek tot stand konden brengen. Natuurlijk kunnen we onze studiebegeleider dr. B. Leijenhorst niet vergeten in ons dankwoord. Hij heeft ons vanaf het allereerste begin aangemoedigd dit onderzoek waar te maken op deze prachtige plek. Vanaf dien hebben we altijd terug kunnen vallen op zijn begeleiding, en heeft hij al onze ‘reageer- met- spoed’ berichtjes verdragen, en via de e-mail en skype ons met uiterste best begeleid. We zijn dankbaar voor je inzet! Wie we ook niet willen vergeten zijn mevr. V. Fredericks en mr. E. Lategan, die met ons op avontuur gingen om enquêtes en interviews te verzamelen, en daarbij de vertaling verzorgden. Zonder jullie was het niet gelukt! Als laatste, maar zeker niet de onbelangrijkste, bedanken wij alle social workers en patiënten die zich beschikbaar hebben gesteld om deel te nemen aan het onderzoek door middel van enquêtes in te vullen, of een interview af te nemen. Zou het nog zo zijn dat wij iemand zijn vergeten; dan bedanken wij hem of haar bij deze ook.

# Literatuurlijst:

Boeken

Ansoms, S., Casselman, J., Mattys, F., Verstuyf, G., (2004), *Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik*, Antwerpen- Apeldoorn

Bush, M., (2006), *Inleiding complementaire zorg,* Elsevier: Gezondheidszorg

Broekhoven, T., van, (2001). *Alcoholverslaving praktijkreeks gedragstherapie*, Bohn Stafleu Van Loghum: Houten.

Emmelkamp, P.,E. Vedel, (2007), *Alcohol- en drugsverlsaving een gids voor effectief gebleken behandelingen*, Uitgeverij Nieuwezijds

Hermkens, L., Michielsen, M., Mulligen, W. van, *Leren over leven in loyaliteit: over contextuele hulpverlening*, Uitgeverij Acco, Leuven, derde druk, 1999

Meyers, R.J., Smith, J.E., (2008), *Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving,* Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Rutten,R., Loth, C., Hulshoff, A., (2009), *Verslaving handboek voor zorg begeleiding en preventie,* Maarssen: Elsevier gezondheidzorg

Ruyter, K., de, (2001), *Kwalitatief marktonderzoek, theorie en praktijkcases*, eerste druk, Utrecht: Uitgeverij Lemma BV

Stel, J. van der, Dr., (2007), *Wat elke professional over verslaving moet weten*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Verhoeven, N., (2007), *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*, Amsterdam: Boom Onderwijs

Artikelen

Rozen, H., (2006) *De Community Reinforcement Approach (CRA) Operante leerprincipes, sociale-systeembenadering en gedragsfarmacologie,* (Elektronische versie), Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek, nummer 2, p. 3-18

Toevlug Jaarverslag, 2010-2011

Toevlug Nieuws, 2011

Websites

SOCIAL DEVELOPMENT, National Drug Master Plan 2012-2016 First Draft 2nd Revision r, elektronische versie, gevonden op: [www.dsd.gov.za](http://www.dsd.gov.za), opgehaald op: 6 februari 2012

Terwille’s 21ste WWW Vacatures., <http://www.terwille.nl/index/index/item_id/17347/Vacatures.htm>, Opgehaald op 21 april 2012

Prevention and Treatment of Drug Dependency Act 20 of 1992, assented 3 march 1992, [www.dsd.gov.za](http://www.dsd.gov.za), opgehaald op: 10 februari 2012

Overige

Rossouw, T., *Onderzoeksvoorstel* (2011)

# Bijlage 1: Onderzoeksvoorstel Rossouw, T.



1. **Name and adress of the institute.**

*Toevlug Centre for Alcohol and drugabuse*

*Prevention, Treatment and Aftercare*

*40 Noble Street, Worcester, 6849, South Africa,*

*E-Mail –* [*trossouw@toevlug.org*](mailto:trossouw@toevlug.org)

*Cell: 0825589320*

1. **Describtion of the projectsubject.**

*Toevlug provides inpatient treatment for a period of 5 weeks. After the five weeks the treatment must continue through intensive after-care (continuous treatment). However, due to the high case load of Social Workers, working within the community, not enough attention is paid to after-care . The Social workers also reported that they do not know what after-care consist of.*

Different option for research:

* *The link between after-care and sobriety/drugfree life*
* *Manual for fieldworkers with quidelines regarding after-care*
* *System of feedback regarding the progress of patients after exiting the centre.*
* *What is the stumbling blocks regarding after-care*
* *Reasons for relapse after treatment*

1. **Background information of the project.**

* Information about the institute (what kind of clientpopulation and kind of treatment)

See annual report – 2010/2011

* Explanation of the cause of the project. Describtion of the actual situation in which the problem appears.

In South Africa the focus is on outcome base approaches. As inpatient treatment facility it is important for us that our patients stay clean and drugfree, because this reflects on our treatment success. We ask aftercare workers to send us a progress report every 3 three months after leaving the Centre. Only a small amount of feedback comes back to the centre. This is due to a high workload of social workers, patient not committed to aftercare and a lack of knowledge towards the content of after-care.

*Information about the history of the problem : what kind of attention is still payed to this problems and what where the results ?*

*We participated in a pilot project – I emailed all the detail.*

1. **Concrete formulation of the projectorder.**

*Carry out a methodological research to draw up quidelines for effective after-care for patients after completing inpatient treatment.*

*Evaluate those methods and give recommandments to the staff of Toevlug Centre.*

*After the therapeutic team has judged the recommandments you develop an method which is available for aftercare workers with the users manual.*

1. **Products of the project.**

First part : the Research report with recommandments

Second part : the description of the method with the users manual.

1. **Facilities.**

* Food will be provided to the students
* Computers and access to the internet will be available.
* The Senior social Worker will offer support to the patients.
* E-mail will be available

1. **Planning.**

*The project starts in Holland in. The projectteam arrives at ……. in the first week of February. They will end the project at the end of April/ the beginning of Mai .*

1. **Risicofactors.**

By what kind of circumstances can the continuality and progress of the project be influenced ? This is to view factors and anticipate.

# Bijlage 2: Planning onderzoek

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Planning onderzoek 2012** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Week 48**(16 u) | | | | | **Week 49** (16 u) | | | | | **Week 50** (20 u) | | | | | **Week 51** (24 u) | | | | | **Week 52** (20 u) | | | | |
| 28-11 t/m 2-12 | | | | | 5-12 t/m 9-12 | | | | | 12-12 t/m 16-12 | | | | | 19-12 t/m 23-12 | | | | | 26-12 t/m 30-12 | | | | |
| **Activiteiten:** | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v |
| Fase 0 schrijven en inleveren |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fase 1: Onderzoeksplan deel A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aanleiding, planning maken onderzoek |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Theoretisch inleiding |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Probleemomschrijving |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Doelstelling, vraagstelling, deelvragen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Theoretische kader schrijven |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fase 2: Onderzoeksplan deel B** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Onderzoeksmethoden vaststellen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Onderzoeksgroepen vaststellen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Meetinstrumenten/kwaliteit omschrijven |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Week 1** | | | | | **Week 2** (15 u) | | | | | **Week 3** (20 u) | | | | | **Week 4** (2 u) | | | | | **Week 5** | | | | |
| 2-1 t/m 6-1 | | | | | 9-1 t/m 13-1 | | | | | 16-1 t/m 20-1 | | | | | 23-1 t/m 27-1 | | | | | 30-1 t/m 3-2 | | | | |
|  | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v |
| Planning schrijven |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Verwerken en inleveren fase 1 & 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fase 3: Operationalisatie** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inlezen en begrijpen fase 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vertrek Zuid-Afrika |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Week 6** (28 uur) | | | | | **Week 7** (25 uur) | | | | | **Week 8** (30 uur) | | | | | **Week 9** (30 uur) | | | | | **Week 10** (30 uur) | | | | |
| 6-2 t/m 10-2 | | | | | 13-2 t/m 17-2 | | | | | 20-2 t/m 24-2 | | | | | 27-2 t/m 2-3 | | | | | 5-3 t/m 9-3 | | | | |
| **Activiteiten:** | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v |
| Afstemming met opdrachtgever |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Deelvragen naar relevante aspecten |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Onderbouwen aspecten d.m.v. literatuur |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aspecten van concrete formuleringen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Opstellen interviews/ enquêtes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fase 4: Resultaatanalyse** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vragenlijsten afnemen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enquêtes uitzetten |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Week 11** (35 uur) | | | | | **Week 12** (35 uur) | | | | | **Week 13** | | | | | **Week 14** (35 uur) | | | | | **Week 15** (35 uur) | | | | |
| 12-3 t/m 16-3 | | | | | 19-3 t/m 23-3 | | | | | 26-3 t/m 30-3 | | | | | 2-4 t/m 6-4 | | | | | 9-4 t/m 13-4 | | | | |
| **Activiteiten:** | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v |
| Vragenlijsten afnemen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enquetes uitzetten |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Beschrijving en analyse van de respons |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Evaluatie afname |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data analyseren |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Resultaten weergeven in lay-out |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Antwoorden formuleren op deelvragen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Week 16** (30 uur) | | | | | **Week 17** (30 uur) | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 16-4 t/m 20-4 | | | | | 23-4 t/m 27-4 | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| **Activiteiten:** | m | d | w | d | v | m | d | w | d | v |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fase 5: Eindresultaat/ presentatie** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Samenvatten onderzoeksgegevens |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Beantwoording deelvragen/ integratie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conclusies/ aanbevelingen formuleren |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Resultaten bespreken=breder perspectief |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Eigen visie verwerken |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Evaluatie proces/ verslaglegging |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Voorbereiding presentatie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Presentatie resultaten |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Legenda:** | **Kleur:** |
| Werktijd voor activiteit |  |
| Feestdag/ vrije dagen |  |
| Overige schoolbezigheden individueel |  |

# Bijlage 3: Gesprek Bantom, F.

Donderdag 9 februari 2012, 9:30 uur

Toevlug, Worcester

De social workers van Badisa en van Toevlug staan geregistreerd bij de ‘South African counsel Social Cervices Profession’ (SACCP). Iedere social worker dient hierbij de opleiding social work of een universitaire opleiding te hebben voltooid. Er is geen discussie mogelijk als het gaat om het werken bij Toevlug en Badisa. Iedere werker dient een diploma in bezit te hebben. Elk jaar dient de werker een bedrag te betalen aan de SACCP, om geregistreerd te blijven. Er wordt een inspectie verricht door de SACCP en zij proberen dit één keer in het jaar te doen.

Er bestaat een drugs autoriteit en zij zorgen ervoor dat er in Zuid-Afrika niet zomaar een afkickkliniek gesticht kan worden door mensen die het graag willen en daar hun beste bedoelingen mee hebben. Alle klinieken dienen geregistreerd te worden en een overlegorgaan hierin is die drugs autoriteit. Toevlug dient elke maand verslaglegging te doen aan de Sociale dienst over hoeveel mensen er zijn opgenomen en hoeveel patiënten de behandeling succesvol hebben afgerond, etc. Dit noemen zij de non- financial data. Er bestaat een national drugs masterplan, waarin staat wat de algemene handelingen zijn met betrekking tot de alcohol- en drugsproblematiek. Vanuit dit plan zijn lokale comités ontstaan die de opzet van organisaties ten aanzien van drugsproblematiek reguleert.

Er bestaat een Act 20 (2011). Hierin staat informatie over het drugs- en alcoholbeleid in Zuid-Afrika. Er kan zich een situatie voordoen waarin een verslaafde gedwongen moet worden opgenomen en dat wordt gebaseerd op de wetgeving die is opgenomen in de Act 20. Deze patiënten hebben vaak weinig motivatie om af te kicken en daarom heeft Toevlug voorkeur voor de patiënten die zich vrijwillig aanmelden voor een afkickprogramma. Het slagingspercentage van de patiënten die gedwongen worden opgenomen, ligt dan ook lager dan bij de patiënten die zich vrijwillig hebben aangemeld. Er bestaan in Zuid-Afrika een aantal instellingen die zich specifiek richten op de doelgroep die weinig/geen motivatie heeft om af te kicken en dus gedwongen worden opgenomen.

Binnen Toevlug wordt er aandacht besteed aan ex-patiënten, doordat er twee keer in de maand groepswerk wordt georganiseerd . Zij kunnen dan ervaringen met elkaar delen en aan de hand daarvan ook van elkaar leren, hoe om te gaan met bijvoorbeeld triggers.

# Bijlage 4: Instrumenten

**Interview voor de social workers van BADISA**

Bedankt voor de deelname aan dit onderzoek. Tijdens dit onderzoek zullen er vragen aan u worden gesteld, waarbij er een korte uitleg van begrippen kan plaatsvinden om te verduidelijken wat wij bedoelen. U geeft een antwoord op de vraag, waarbij wij verduidelijkingvragen kunnen stellen, mocht dit nodig zijn. We zullen uw antwoorden noteren op papier. Ook vragen wij of wij het gesprek mogen opnemen, om de betrouwbaarheid van ons onderzoek te vergroten. Daarmee kunnen wij de informatie namelijk later terugluisteren, en eventuele communicatiestoornissen ondervangen. Deze opgenomen gesprekken zullen niet aan derden worden vrijgegeven. De gegevens die wij verzamelen zullen vertrouwelijk worden behandeld, waarbij uw anonimiteit wordt gewaarborgd.

**Persoonlijke informatie**

Naam:

Functie:

Hoe lang al werkzaam als maatschappelijk werker:

Deelvraag 1: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van vrije tijd, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 1** | **Vraag 1** | **Antwoord 1** | **Aan/opmerkingen** |
| **1. Vrije tijd**  Met het item *vrije tijd* worden bepaalde vrijetijdsbestedingen bedoeld. Bijvoorbeeld het uitoefenen van een hobby, geloofsleven, het onderhouden van sociale contacten of het beoefenen van een bepaalde sport.  1.2. Sociale vaardigheden: bestaan uit de vaardigheden waarover je beschikt in het om gaan met andere mensen, bijv. hoe je omgaat met je boosheid naar anderen toe.  1.2 Triggers:  Deze ontstaan op bepaalde specifieke momenten die de patiënt doet herinneren aan het middel, waardoor er verlangen ontstaat naar gebruik van het middel. | **1.1** Geeft u in de begeleiding van de patiënten aandacht aan het onderwerp ‘vrije tijd’?  **1.2** Hoe geeft u vorm aan het onderwerp ‘vrije tijd’ in de begeleiding van de patiënten?  **1.3** Bent u tevreden over het resultaat van uw begeleiding wat betreft het onderwerp ‘vrije tijd’?  **1.4** Hoeveel waarde hecht u aan ‘vrije tijd’ om bespreekbaar te maken met de patiënt?  **1.4.1** Kunt u uitleggen waarom u dit cijfer geeft? | **1.1**  Nee  (Ga verder met vraag 1.4)  Ja  (Ga verder met vraag 1.2)  **1.2**  Ik geef aandacht aan sociale vaardigheden met betrekking tot vrije tijd  Ik geef informatie over vrijetijdsbesteding  Ik heb gesprekken over de interesses van de patiënt m.b.t. vrijetijdsbesteding  Ik help de patiënt contact te maken met mensen die dezelfde interesses delen  Ik geef aandacht aan de triggers die de patiënt ervaart in zijn vrijetijdsbesteding  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **1.3**  Ik ben tevreden over het resultaat, omdat de patiënt hierdoor vrij blijft van gebruik  Ik ben tevreden over het resultaat, omdat de patiënt een goede vrijetijdsbesteding heeft  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt niet vrij blijft van gebruik  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt geen goede vrijetijdsbesteding heeft  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat er externe factoren zijn die de patiënt negatief beïnvloeden, waar ik geen invloed op heb  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **1.4**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend belangrijk:……………………  **1.4.1**  Ik vind dit onderwerp niet relevant voor hulpverlening  Dit onderwerp wordt verdrongen door andere onderwerpen die belangrijker zijn  Ik denk dat vrije tijd een belangrijk onderwerp is ten aanzien van de hulpverlening  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 2: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van de gezinsrelaties van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 2** | **Vraag 2** | **Antwoord 2** | **Aan/opmerkingen** |
| **2. Gezinsrelaties**  Met het item *gezinsrelatie* worden de relaties bedoeld die bestaan tussen u en uw gezin van herkomst (uw ouders, broers en zussen) of uw eigen gezin (uw vrouw, man en uw kinderen).  2.2 Gezinstherapie:  Dit is professionele begeleiding die geboden wordt aan een gezin, met problematiek op verschillende levensgebieden.  2.2 Relatietherapie:  Dit is professionele begeleiding die geboden wordt aan partners of echtparen met problematiek op verschillende levensgebieden. | **2.1** Geeft u in de begeleiding van de patiënten aandacht aan het onderwerp ‘gezinsrelaties’?  **2.2** Hoe geeft u vorm aan het onderwerp ‘gezinsrelaties’ in de begeleiding van de patiënten?  **2.3** Bent u tevreden over het resultaat van uw begeleiding wat betreft het onderwerp ‘gezinsrelaties’?  **2.4** Hoeveel waarde hecht u aan ‘gezinsrelaties’ om bespreekbaar te maken met de patiënt  **2.4.1** Kunt u uitleggen waarom u dit cijfer geeft? | **2.1**  Nee  (Ga verder met vraag 2.4)  Ja  (Ga verder met vraag 2.2)  **2.2**  Ik geef informatie aan de patiënt over hoe hij/zij om kan gaan met gezinsrelaties  Ik geef informatie aan de gezinsleden over de verslaving van de patiënt  De patiënt krijgt door mij, of een andere organisatie, relatietherapie met zijn/haar partner  De patiënt krijgt samen met zijn gezin therapie, door mij of door een andere organisatie  Ik geef aandacht aan de sociale vaardigheden met betrekking tot gezinsrelaties  Ik geef aandacht aan de triggers die de patiënt ervaart in zijn gezinsrelaties  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **2.3**  Ik ben tevreden over het resultaat, omdat de patiënt hierdoor vrij blijft van gebruik  Ik ben tevreden over het resultaat, omdat de patiënt hierdoor een goede relatie heeft met zijn gezin  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt niet vrij blijft van gebruik  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt geen goede relatie heeft met zijn gezin  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat er externe factoren zijn die de patiënt negatief beïnvloeden, waar ik geen invloed op heb  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **2.4** U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend belangrijk:……………………  **2.4.1**  Ik vind dit onderwerp niet relevant voor hulpverlening  Dit onderwerp wordt verdrongen door andere onderwerpen die belangrijker zijn  Ik denk dat dit onderwerp een belangrijk onderwerpen is ten aanzien van de hulpverlening  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 3: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het sociaal netwerk van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 3** | **Vraag 3** | **Antwoord 3** | **Aan/opmerkingen** |
| **3. Sociaal Netwerk**  Het *sociaal netwerk* houden de contacten in buiten de gezinsrelaties. Dit zijn dus vrienden, kennissen en andere familieleden. | **3.1** Geeft u in de begeleiding van de patiënten aandacht aan het onderwerp ‘Sociaal Netwerk’?  **3.2** Hoe geeft u vorm aan het onderwerp ‘Sociaal Netwerk’ in de begeleiding van de patiënten?  **3.3** Bent u tevreden over het resultaat van uw begeleiding wat betreft het onderwerp ‘Sociaal netwerk’?  **3.4** Hoeveel waarde hecht u aan ‘Sociaal Netwerk’ om bespreekbaar te maken met de patiënt?  **3.4.1** Kunt u uitleggen waarom u dit cijfer geeft? | **3.1**  Nee  (Ga verder met vraag 3.4)  Ja  (Ga verder met vraag 3.2)  **3.3**  Ik geef aandacht aan de sociale vaardigheden van de patiënt ten aanzien van het onderhouden van een sociaal netwerk  Ik geef ondersteuning bij het onderhouden van het sociale netwerk van de patiënt  Ik geef ondersteuning ten aanzien van het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten  Ik geef aandacht aan de triggers die de patiënt ervaart in zijn sociaal netwerk  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **3.3**  Ik ben tevreden over het resultaat, omdat de patiënt hierdoor vrij blijft van gebruik  Ik ben tevreden over het resultaat, omdat de patiënt hierdoor een positief sociaal netwerk kan onderhouden  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt niet vrij blijft van gebruik  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt geen positief sociaal netwerk kan onderhouden  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat er externe factoren zijn die de patiënt negatief beïnvloeden, waar ik geen invloed op heb  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **3.4**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend belangrijk:……………………  **3.4.1**  Ik vind dit onderwerp niet relevant voor hulpverlening  Dit onderwerp wordt verdrongen door andere onderwerpen die belangrijker zijn  Ik denk dat dit een belangrijk onderwerp is ten aanzien van de hulpverlening  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 4: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in financiële behoeften door de ex-patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 4** | **Vraag 4** | **Antwoord 4** | **Aan/opmerkingen** |
| **4. Zelfstandig voorzien in financiële behoefte**  Onder *financiële behoeften* worden de financiële noden verstaan die u nodig heeft om uzelf te kunnen onderhouden. | **4.1** Geeft u in de begeleiding van de patiënten aandacht aan het onderwerp ‘Zelfstandig voorzien in financiën’?  **4.2** Hoe geeft u vorm aan het onderwerp ‘zelfstandig voorzien in financiële behoefte’ in de begeleiding van de patiënten?  **4.3** Bent u tevreden over het resultaat van uw begeleiding wat betreft het onderwerp ‘Zelfstandig voorzien in financiële behoefte’?  **4.4** Hoeveel waarde hecht u aan ‘Zelfstandig voorzien in financiële behoefte’ om bespreekbaar te maken met de patiënt?  **4.4.1** Kunt u uitleggen waarom u dit cijfer geeft? | **4.1**  Nee  (Ga verder met vraag 4.4)  Ja  (Ga verder met vraag 4.2)  **4.2**  Ik geef informatie aan de patiënt, op welke manier hij zelfstandig kan voorzien in zijn financiële behoefte  Ik geef ondersteuning aan de patiënt bij het vinden van werk  Ik houd samen met de patiënt zijn maandelijkse inkomsten en uitgaven bij (budgettering)  Ik geef aandacht aan de sociale vaardigheden van de patiënt met betrekking op het zelfstandig voorzien in zijn financiële behoefte  Ik geef aandacht aan de triggers die de patiënt ervaart op het gebied van financiën  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **4.3**  Ik ben tevreden over het resultaat, omdat de patiënt hierdoor vrij blijft van gebruik  Ik ben tevreden over het resultaat, omdat de patiënt hierdoor zelfstandig kan voorzien in zijn financiële behoefte  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt door dit gebied niet vrij blijft van gebruik  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt niet zelfstandig kan voorzien in zijn financiële behoefte  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat er externe factoren zijn die de patiënt negatief beïnvloeden, waar ik geen invloed op heb  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **4.4**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend belangrijk:……………………  **4.4.1**  Ik vind dit onderwerp niet relevant voor hulpverlening  Dit onderwerp wordt verdrongen door andere onderwerpen die belangrijker zijn  Ik denk dat dit een belangrijk onderwerp is ten aanzien van de hulpverlening  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 5: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in huisvesting , en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 5** | **Vraag 5** | **Antwoord 5** | **Aan/opmerkingen** |
| **5. Huisvesting**  Onder *huisvesting* wordt het onderdak verstaan waarover u beschikt. Het gaat hier ook om de voorzieningen die deze huisvesting biedt. Er moet minstens drinkwater en voedsel aanwezig zijn. | **5.1** Geeft u in de begeleiding van de patiënten aandacht aan het onderwerp ‘Huisvesting’?  **5.2** Hoe geeft u vorm aan het onderwerp ‘Huisvesting’ in de begeleiding van de patiënten?  **5.3** Bent u tevreden over het resultaat van uw begeleiding wat betreft het onderwerp ‘Huisvesting?  **5.4** Hoeveel waarde hecht u aan ‘Huisvesting’ om bespreekbaar te maken met de patiënt?  **5.4.1** Kunt u uitleggen waarom u dit cijfer geeft? | **5.1**  Nee  (Ga verder met vraag 5.4)  Ja  (Ga verder met vraag 5.2)  **5.2**  Ik geef de patiënt informatie over het vinden van een huisvesting  Ik help de patiënt bij het regelen van een huisvesting  Ik help de patiënt bij het huishouden  Ik geef aandacht aan de sociale vaardigheden van de patiënt ten aanzien van huisvesting  Ik geef aandacht aan de triggers die de patiënt ervaart op het gebied van huisvesting  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **5.3**  Ik ben tevreden over het resultaat, omdat de patiënt hierdoor vrij blijft van gebruik  Ik ben tevreden over het resultaat, omdat de patiënt zelfstandig kan voorzien in zijn huisvesting  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt niet vrij blijft van gebruik door dit gebied  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt niet zelfstandig kan voorzien in zijn huisvesting  Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat er externe factoren zijn die de patiënt negatief beïnvloeden, waar ik geen invloed op heb  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **5.4**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend belangrijk:……………………  **5.4.1**  Ik vind dit onderwerp niet relevant voor hulpverlening  Dit onderwerp wordt verdrongen door andere onderwerpen die belangrijker zijn  Ik denk dat dit een belangrijk onderwerp is ten aanzien van de hulpverlening  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 6: *Wat is de inhoud van de afstemming tussen BADISA en Toevlug en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 6** | **Vraag 6** | **Antwoord 6** | **Aan/opmerkingen** |
| **6. Afstemming Toevlug en BADISA**  Met *afstemming* wordt bedoeld overdracht van Toevlug naar BADISA, en de terugkoppeling van de voortgang van de hulpverlening van BADISA naar Toevlug. | **6.1.1** Hoe ervaart u de overdracht van de patiënten van Toevlug naar BADISA ? U kunt hier een cijfer aan geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed.  **6.1.2 K**unt u uitleggen waarom u dit cijfer geeft?  **6.2** In hoeverre sluit uw begeleidingsprogramma aan op de programmapunten van Toevlug?  **6.3** Stuurt u het driemaandelijkse evaluatie formulier terug naar Toevlug om rapport uit te brengen van de voortgang van de patiënt?  **6.4** Om welke reden stuurt u het evaluatie formulier niet terug naar Toevlug?  **6.5**  Wordt er naast de evaluatie formulieren nog op een andere manier door Toevlug contact onderhouden met de sociaal worker van BADISA over de behandeling van de patiënt?  **6.6**  Welke behoefte is er met betrekking tot het contact tussen de social workers van BADISA over de ex-patiënten van Toevlug?    **6.7**  Heeft u nog aan/opmerkingen ten aanzien van de samenwerking tussen BADISA en Toevlug die niet belicht zijn in dit interview, maar wel relevant voor het verloop van het nazorgprogramma? | **6.1.1** U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed:…………………………  **6.1.2**  Prettig, want er word duidelijke informatie verstrekt door Toevlug  Matig, want de informatie is vaag  Slecht, want er is geen sprake van overdracht  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **6.2**  Ik weet niet wat het programma van Toevlug inhoudt  Ik heb zelf mijn eigen programma samengesteld  BADISA heeft een eigen programma  Ik sluit aan bij het programma van Toevlug  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **6.3**  Nee  (Ga verder met vraag 6.4)  Ja  (Ga verder met vraag 6.5)  **6.4**  Ik richt mijn aandacht op aandacht andere zaken, omdat die belangrijker zijn  Ik vind het niet relevant voor de voortgang van de hulpverlening  Ik heb geen tijd om het formulier in te vullen  De patiënt wil niet dat ik dit rapporteer aan Toevlug  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **6.5**  Er is regelmatig telefonisch contact, of contact via de e-mail  Er is regelmatig een face-to-face bespreking over de patiënt, zonder dat hij hierbij aanwezig is  Er is regelmatig een face-to-face bespreking in aanwezigheid van de patiënt  (zie volg. Blz.)  Er wordt verslag gedaan aan BADISA over de ontwikkeling van de patiënt in de ondersteuningsgroepen  Er wordt enkel rapport gedaan via de evaluatieformulieren  Er is geen contact tussen Toevlug en BADISA, naast de evaluatieformulieren  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **6.6**  Er is regelmatig telefonisch contact, of contact via de e-mail  Er is regelmatig een face-to-face bespreking over de patiënt, zonder dat hij hierbij aanwezig is  Er is regelmatig een face-to-face bespreking in aanwezigheid van de patiënt  Er wordt verslag gedaan aan BADISA over de ontwikkeling van de patiënt in de ondersteuningsgroepen  Er wordt enkel rapport gedaan via de evaluatieformulieren  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **6.7**  ……………………………………….  ……………………………………….  ……………………………………….  ……………………………………….  ……………………………………….  ……………………………………….  ……………………………………….  ………………………………………. |  |

**Enquête voor de patiënten van BADISA**

Bedankt voor de deelname aan dit onderzoek. In deze (via de e-mail gestuurde) enquête zullen er vragen aan u worden gesteld, waarbij er een korte uitleg van begrippen nodig kan zijn om te verduidelijken wat wij bedoelen. Dit staat in het meest linkse kader. De vraag staat in het tweede kader, en de het antwoord in het derde kader. U kunt het antwoord aankruisen in het derde kader, en/of een toelichting geven als dit van toepassing is. Het aankruisen is het gemakkelijkst als u met uw muis op het vierkantje klikt, deze verwijderen, en deze veranderen in een ‘x’. Als er aan of opmerkingen zijn ten aanzien van de vraag of het antwoord, dan kunt u die in het vierde, meest rechtse kader plaatsten.

De gegevens die wij verzamelen zullen vertrouwelijk worden behandeld, waarbij uw anonimiteit wordt gewaarborgd.

Leeftijd:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Hoe lang bent u uit behandeling van Toevlug:…………………………………………………………………………………………………..

Sinds wanneer ontvangt u in het kader van het nazorgprogramma begeleiding van BADISA:……………………………

Deelvraag 1: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van vrije tijd, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 1** | **Vraag 1** | **Antwoord 1** | **Aan/opmerkingen** |
| **1.Vrije tijd**  Met het item *vrije tijd* worden bepaalde vrijetijdsbestedingen bedoeld zoals bijvoorbeeld het uitoefenen van een hobby, geloofsleven, het onderhouden van sociale contacten of het beoefenen van een bepaalde sport.  Sociale vaardigheden: bestaan uit de vaardigheden waarover je beschikt in het omgaan met andere mensen, bijv. hoe je omgaat met je boosheid naar anderen toe.  Triggers:  ontstaan op bepaalde specifieke momenten die de patiënt doet herinneren aan het middel, waardoor er verlangen ontstaat naar het gebruik van het middel. | **1.1** Krijgt u t.a.v. vrije tijd ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA?  **1.2** Wat houdt de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA in m.b.t. vrijetijdsbesteding?  **1.3** Hoe ervaart u de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. vrije tijd?  **1.4** Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | **1.1**  Nee  (Ga verder met vraag 1.4)  Ja  (Ga verder met vraag 1.2)  **1.2**  Geeft mij informatie over vrijetijdsbesteding  Heeft gesprekken over mijn interesses m.b.t. vrijetijdsbesteding  Helpt mij om contact te maken met mensen die dezelfde interesses delen  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **1.3**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed:……………………………..  **1.4**  Geeft mij informatie over vrijetijdsbesteding  Heeft gesprekken over mijn interesses m.b.t. vrijetijdsbesteding  Helpt mij om contact te maken met mensen die dezelfde interesses delen  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 2:*Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van de gezinsrelaties van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 2** | **Vraag 2** | **Antwoord 2** | **Aan/opmerkingen** |
| **2. Gezinsrelaties**  Met het item *gezinsrelatie* worden de relaties bedoeld die bestaan tussen u en uw gezin van herkomst (uw ouders, broers en zussen) of uw eigen gezin (uw vrouw, man en uw kinderen).  Gezinstherapie: professionele begeleiding die geboden wordt aan een gezin met problematiek op verschillende levensgebieden.  Relatietherapie: professionele begeleiding die geboden wordt aan partners/ echtparen met problematiek op verschillende levensgebieden. | **2.1** Krijgt u t.a.v. de relatie die u met uw gezinsleden heeft, ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA?  **2.2** Wat houdt de begeleiding in van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. gezinsrelaties in?  **2.3** Hoe ervaart u de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. uw gezinsrelatie?  **2.4** Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | **2.1**  Nee  (Ga verder met vraag 2.4)  Ja  (Ga verder met vraag 2.2)  **2.2**  Het gezin krijgt informatie over mijn verslaving  Ik krijg informatie over  hoe om te gaan met de relaties binnen het gezin  I Ik en het gezin waar ik in woon krijgen relatie ondersteuning (bijv. in de vorm van gezinstherapie)  Ik en mijn partner krijgen relatie ondersteuning (bijv. in vorm van relatietherapie)  Er wordt aandacht gegeven aan het inzetten van mijn sociale vaardigheden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….. (Meerdere antwoorden mogelijk)  **2.3**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed:……………………………..  **2.4**  Het gezin krijgt informatie over mijn verslaving  Ik krijg informatie over  hoe om te gaan met de relaties binnen het gezin  I Ik en het gezin waar ik in woon krijgen relatie ondersteuning (bijv. in vorm van gezinstherapie)  Ik en mijn partner krijgen relatie ondersteuning (bijv. in vorm van relatietherapie)  Er wordt aandacht gegeven aan het inzetten van mijn sociale vaardigheden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 3: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het sociaal netwerk van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 3** | **Vraag 3** | **Antwoord 3** | **Aan/opmerkingen** |
| **3. Sociaal netwerk**  Het *sociaal netwerk* zijn de contacten buiten de gezinsrelaties. Dit zijn dus vrienden, kennissen en andere familieleden. | **3.1** Krijgt u t.a.v. uw sociaal netwerk ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA?  **3.2** Wat houdt de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA in m.b.t. het sociaal netwerk?  **3.3** Hoe ervaart u de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. het sociaal netwerk?  **3.4**Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | **3.1**  Nee  (Ga verder met vraag 3.4)  Ja  (Ga verder met vraag 3.2)  **3.2**  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden m.b.t. mijn sociaal netwerk  Ik ontvang hulp ten aanzien van het contact houden met bijv. mijn vrienden, kennissen en andere familieleden.  Ik ontvang hulp ten aanzien van het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **3.3**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed:……………………………..  **3.4**  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden m.b.t. mijn sociaal netwerk  Ik ontvang hulp ten aanzien van het contact houden met mijn bijv. vrienden, kennissen en andere familieleden.  Ik ontvang hulp ten aanzien van het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 4: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in financiële behoeften door de ex-patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 4** | **Vraag 4** | **Antwoord 4** | **Aan/opmerkingen** |
| **4. Zelfstandig voorzien in financiële behoeften**  Onder *financiële behoeften* worden de financiële noden verstaan die u nodig heeft om uzelf te kunnen onderhouden. | **4.1** Krijgt u ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA t.a.v. het zelf voorzien in uw financiële behoeften?  **4.2** Wat houdt de begeleiding in van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. het zelfstandig financieel onderhouden van uzelf?  **4.3** Hoe ervaart u de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. het zelfstandig financieel onderhouden van uzelf?  **4.4**Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | **4.1**  Nee  (Ga verder met vraag 4.4)  Ja  (Ga verder met vraag 4.2)  **4.2**  Ik krijg informatie over hoe ik mijzelf financieel kan onderhouden  Ik word ondersteund in het vinden van werk  Ik word geholpen in het bijhouden van mijn maandelijkse inkomsten en uitgaven(budgettering )  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden met betrekking tot mezelf financieel onderhouden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **4.3**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed:……………………………..  **4.4**  Ik krijg informatie over hoe ik mijzelf financieel kan onderhouden  Ik word ondersteund in het vinden van werk  Ik word geholpen in het bijhouden van mijn maandelijkse inkomsten en uitgaven (budgettering)  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden met betrekking tot het mezelf financieel onderhouden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 5: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in huisvesting , en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 5** | **Vraag 5** | **Antwoord 5** | **Aan/opmerkingen** |
| **5. Huisvesting**  Onder *huisvesting* wordt het onderdak verstaan waarover u beschikt. Het gaat hier ook om de voorzieningen die deze huisvesting biedt. Er moet minstens drinkwater en voedsel aanwezig zijn. | **5.1** Krijgt u t.a.v. huisvesting ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA?  **5.2** Wat houdt de begeleiding in van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. uw huisvesting?  **5.3** Hoe ervaart u de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. uw huisvesting?  **5.4** Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | **5.1**  Nee  (Ga verder met vraag 5.4)  Ja  (Ga verder met vraag 5.2)  **5.2**  Geeft mij informatie over het vinden van huisvesting  Helpt mij bij het regelen van huisvesting  Helpt mij bij het huishouden (hygiëne etc.)  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden m.b.t. moeilijkheden die zich voor doen binnen huisvesting  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **5.3**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed:……………………………..  **5.4**  Geeft mij informatie over het vinden huisvesting  Helpt mij bij het regelen van huisvesting  Helpt mij bij het huishouden (hygiëne etc.)  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden m.b.t. moeilijkheden die zich voor doen binnen huisvesting  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ……………………………………….. (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

**Interview patiënten BADISA**

Beste geïnterviewde,

Bedankt voor de deelname aan dit onderzoek. Tijdens dit onderzoek zullen er vragen aan u worden gesteld, waarbij er een korte uitleg van begrippen kan plaatsvinden om te verduidelijken wat wij bedoelen. U geeft een antwoord op de vraag, waarbij wij verduidelijkingvragen kunnen stellen, mocht dit nodig zijn. Wij zullen uw antwoorden noteren op papier. Ook vragen we of wij het gesprek mogen opnemen, om de betrouwbaarheid van ons onderzoek te vergroten. Daarmee kunnen wij de informatie namelijk later terugluisteren, en eventuele communicatiestoornissen ondervangen. Deze opgenomen gesprekken zullen niet aan derden worden vrijgegeven. De gegevens die wij verzamelen zullen vertrouwelijk worden behandeld, waarbij uw anonimiteit wordt gewaarborgd.

Leeftijd:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Hoe lang uit behandeling van Toevlug:……………………………………………………………………………………………………………..

Sinds wanneer ontvangt u in het kader van het nazorgprogramma begeleiding van BADISA:……………………………

Deelvraag 1*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van vrije tijd, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 1** | **Vraag 1** | **Antwoord 1** | **Aan/opmerkingen** |
| **1.Vrije tijd**  Met het item *vrije tijd* worden bepaalde vrijetijdsbestedingen bedoeld zoals bijvoorbeeld het uitoefenen van een hobby, geloofsleven, het onderhouden van sociale contacten of het beoefenen van een bepaalde sport.  Sociale vaardigheden: bestaat uit de vaardigheden waarover je beschikt in het omgaan met andere mensen, bijv. in hoeverre hoe je omgaat met je boosheid naar anderen toe.  Triggers:  ontstaan op bepaalde specifieke momenten die de patiënt doet herinneren aan het middel, waardoor er verlangen ontstaat naar het gebruik van het middel. | **1.1** Krijgt u t.a.v. vrije tijd ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA?  **1.2** Wat houdt de begeleiding in van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. vrijetijdsbesteding?  **1.3** Hoe ervaart u de ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. vrije tijd?  **1.3.1** Kunt u uitleggen waarom u dit cijfer geeft?  **1.4** Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | **1.1**  Nee  (Ga verder met vraag 1.4)  Ja  (Ga verder met vraag 1.2)  **1.2**  Geeft mij informatie over vrijetijdsbesteding  Heeft gesprekken over mijn interesses m.b.t. vrijetijdsbesteding  Helpt mij om contact te maken met mensen die dezelfde interesses delen  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **1.3**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed:……………………………..  **1.3.1**  De maatschappelijk werker van BADISA luistert goed naar mij  De maatschappelijk werker van BADISA sluit aan bij mijn behoeften die ik heb  De maatschappelijk werker van BADISA geeft aandacht aan mijn sociale vaardigheden  De maatschappelijk werker van BADISA maakt mij bewust van de triggers die ik ervaar  De maatschappelijk werker van BADISA begeleidt mij in het omgaan met de triggers  De maatschappelijk werker van BADISA luistert slecht naar mij  De maatschappelijk werker van BADISA sluit slecht aan bij mijn behoeften  De maatschappelijk werker van BADISA geeft weinig/ geen aandacht aan sociale vaardigheden  De maatschappelijk werker van BADISA maakt mij niet bewust van de triggers die ik ervaar  De maatschappelijk werker van BADISA begeleidt mij niet in het omgaan met de triggers  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **1.4**  Geeft mij informatie over vrijetijdsbesteding  Heeft gesprekken over mijn interesses m.b.t. vrijetijdsbesteding  Helpt mij om contact te maken met mensen die dezelfde interesses delen  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 2*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van de gezinsrelaties van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 2** | **Vraag 2** | **Antwoord 2** | **Aan/opmerkingen** |
| **2. Gezinsrelaties**  Met het item *gezinsrelatie* worden de relaties bedoeld die bestaan tussen u en uw gezin van herkomst (uw ouders, broers en zussen) of uw eigen gezin (uw vrouw, man en uw kinderen).  Gezinstherapie: professionele begeleiding die geboden wordt aan een gezin met problematiek op verschillende levensgebieden.  Relatietherapie: professionele begeleiding die geboden wordt aan partners/ echtpaar met problematiek op verschillende levensgebieden. | **2.1** Krijgt u t.a.v. de relatie die u met uw gezinsleden heeft, ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA?  **2.2** Wat houdt de begeleiding in van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. gezinsrelaties in?  **2.3** Hoe ervaart u de ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. uw gezinsrelatie?  **2.3.1** Kunt u uitleggen waarom u dit cijfer geeft?  **2.4** Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | **2.1**  Nee  (Ga verder met vraag 2.4)  Ja  (Ga verder met vraag 2.2)  **2.2**  Het gezin krijgt informatie over mijn verslaving  Ik krijg informatie over  hoe om te gaan met de relaties binnen het gezin  I Ik en het gezin waar ik in woon krijgen relatie ondersteuning (bijv. in de vorm van gezinstherapie)  Ik en mijn partner krijgen relatie ondersteuning (bijv. in vorm van relatietherapie)  Er wordt aandacht gegeven aan het inzetten van mijn sociale vaardigheden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **2.3**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed:……………………………..  **2.3.1**  De maatschappelijk werker van BADISA luistert goed naar mij  De maatschappelijk werker van BADISA sluit goed aan bij mijn behoeften  De maatschappelijk werker geeft aandacht aan sociale vaardigheden  De maatschappelijk werker maakt mij bewust van de triggers die ik ervaar  De maatschappelijk werker begeleidt mij in het omgaan met de triggers  De maatschappelijk werker van BADISA luistert slecht naar mij  De maatschappelijk werker van BADISA sluit slecht aan bij mijn behoeften  De maatschappelijk werker van BADISA geeft weinig/ geen aandacht aan sociale vaardigheden  De maatschappelijk werker van BADISA maakt mij niet bewust van de triggers die ik ervaar  De maatschappelijk werker van BADISA begeleidt mij niet in het omgaan met de triggers  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ………………………………………. (Meerdere antwoorden mogelijk)  **2.4**  Het gezin krijgt informatie over mijn verslaving  Ik krijg informatie over  hoe om te gaan met de relaties binnen het gezin  I Ik en het gezin waar ik in woon krijgen relatie ondersteuning (bijv. in vorm van gezinstherapie)  Ik en mijn partner krijgen relatie ondersteuning (bijv. in vorm van relatietherapie)  Er wordt aandacht gegeven aan het inzetten van mijn sociale vaardigheden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 3*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het sociaal netwerk van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 3** | **Vraag 3** | **Antwoord 3** | **Aan/opmerkingen** |
| **3. Sociaal netwerk**  Het *sociaal netwerk* zijn de contacten buiten de gezinsrelaties. Dit zijn dus vrienden, kennissen en andere familieleden. | **3.1** Krijgt u t.a.v. uw sociaal netwerk ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA?  **3.2** Wat houdt de begeleiding in van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. het sociaal netwerk?  **3.3** Hoe ervaart u de ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. het sociaal netwerk?  **3.3.1** Kunt u uitleggen waarom u dit cijfer geeft?  **3.4** Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | **3.1**  Nee  (Ga verder met vraag 3.4)  Ja  (Ga verder met vraag 3.2)  **3.2**  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden m.b.t. mijn sociaal netwerk  Ik ontvang hulp ten aanzien van het contact houden met bijv. mijn vrienden, kennissen en andere familieleden  Ik ontvang hulp ten aanzien van het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **3.3**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed:……………………………..  **3.3.1**  De maatschappelijk werker van BADISA luistert goed naar mij  De maatschappelijk werker van BADISA sluit goed aan bij mijn behoeften  De maatschappelijk werker geeft aandacht aan sociale vaardigheden  De maatschappelijk werker maakt mij bewust van de triggers die ik ervaar  De maatschappelijk werker begeleidt mij in het omgaan met de triggers  De maatschappelijk werker van BADISA luistert slecht naar mij  De maatschappelijk werker van BADISA sluit slecht aan bij mijn behoeften  De maatschappelijk werker van BADISA geeft weinig/ geen aandacht aan sociale vaardigheden  De maatschappelijk werker van BADISA maakt mij niet bewust van de triggers die ik ervaar  De maatschappelijk werker van BADISA begeleidt mij niet in het omgaan met de triggers  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **3.4**  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden m.b.t. mijn sociaal netwerk  Ik ontvang hulp ten aanzien van het contact houden met mijn bijv. vrienden, kennissen en andere familieleden.  Ik ontvang hulp ten aanzien van het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 4*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in financiële behoeften door de ex-patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 4** | **Vraag 4** | **Antwoord 4** | **Aan/opmerkingen** |
| **4. Zelfstandig voorzien in financiële behoeften**  Onder *financiële behoeften* worden de financiële noden verstaan die u nodig heeft om uzelf te kunnen onderhouden. | **4.1**Krijgt u ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA t.a.v. het zelfstandig voorzien in uw financiële behoeften?  **4.2** Wat houdt de begeleiding in van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. het zelfstandig financieel onderhouden van uzelf?  **4.3** Hoe ervaart u de ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. het zelfstandig financieel onderhouden van uzelf?  **4.3.1** Kunt u uitleggen waarom u dit cijfer geeft?  **4.4**Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | **4.1**  Nee  (Ga verder met vraag 4.4)  Ja  (Ga verder met vraag 4.2)  **4.2**  Ik krijg informatie over hoe ik mijzelf financieel kan onderhouden  Ik word ondersteund in het vinden van werk  Ik word geholpen in het bijhouden van mijn maandelijkse inkomsten en uitgaven(budgettering )  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **4.3**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed:……………………………..  **4.3.1**  De maatschappelijk werker van BADISA luistert goed naar mij  De maatschappelijk werker van BADISA sluit goed aan bij mijn behoeften  De maatschappelijk werker geeft aandacht aan sociale vaardigheden  De maatschappelijk werker maakt mij bewust van de triggers die ik ervaar  De maatschappelijk werker begeleidt mij in het omgaan met de triggers  De maatschappelijk werker van BADISA luistert slecht naar mij  De maatschappelijk werker van BADISA sluit slecht aan bij mijn behoeften  De maatschappelijk werker van BADISA geeft weinig/ geen aandacht aan sociale vaardigheden  De maatschappelijk werker van BADISA maakt mij niet bewust van de triggers die ik ervaar  De maatschappelijk werker van BADISA begeleidt mij niet in het omgaan met de triggers  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **4.4**  Ik krijg informatie over hoe ik mijzelf financieel kan onderhouden  Ik word ondersteund in het vinden van werk  Ik word geholpen in het bijhouden van mijn maandelijkse inkomsten en uitgaven (budgettering)  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

Deelvraag 5*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in huisvesting , en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 5** | **Vraag 5** | **Antwoord 5** | **Aan/opmerkingen** |
| **5. Huisvesting**  Onder *huisvesting* wordt het onderdak verstaan waarover u beschikt. Het gaat hier ook om de voorzieningen die deze huisvesting biedt. Er moet minstens drinkwater en voedsel aanwezig zijn. | **5.1** Krijgt u t.a.v. huisvesting ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA?  **5.2** Wat houdt de begeleiding in van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. uw huisvesting?  **5.3** Hoe ervaart u de ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. uw huisvesting?  **5.3.1** Kunt u uitleggen waarom u dit cijfer geeft?  **5.4** Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | **5.1**  Nee  (Ga verder met vraag 5.4)  Ja  (Ga verder met vraag 5.2)  **5.2**  Geeft mij informatie over het vinden van huisvesting  Helpt mij bij het regelen van huisvesting  Helpt mij bij het huishouden (hygiëne etc.)  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik m.b.t. huisvesting ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **5.3**  U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed:……………………………..  **5.3.1**  De maatschappelijk werker van BADISA luistert goed naar mij  De maatschappelijk werker van BADISA sluit goed aan bij mijn behoeften  De maatschappelijk werker geeft aandacht aan sociale vaardigheden  De maatschappelijk werker maakt mij bewust van de triggers die ik ervaar  De maatschappelijk werker begeleidt mij in het omgaan met de triggers  De maatschappelijk werker van BADISA luistert slecht naar mij  De maatschappelijk werker van BADISA sluit slecht aan bij mijn behoeften  De maatschappelijk werker van BADISA geeft weinig/ geen aandacht aan sociale vaardigheden  De maatschappelijk werker van BADISA maakt mij niet bewust van de triggers die ik ervaar  De maatschappelijk werker van BADISA begeleidt mij niet in het omgaan met de triggers  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **5.4**  Geeft mij informatie over het vinden huisvesting  Helpt mij bij het regelen van huisvesting  Helpt mij bij het huishouden (hygiëne)  Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden  Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk) |  |

**Interview met de social worker van Toevlug**

Beste geïnterviewde,

Bedankt voor de deelname aan dit onderzoek. Tijdens dit onderzoek zullen er vragen aan u worden gesteld, waarbij er een korte uitleg van begrippen kan plaatsvinden om te verduidelijken wat wij bedoelen. U geeft een antwoord op de vraag, waarbij wij verduidelijkingvragen kunnen stellen, mocht dit nodig zijn. Wij zullen uw antwoorden noteren op papier. Ook vragen wij of wij het gesprek mogen opnemen, om de betrouwbaarheid van ons onderzoek te vergroten. Daarmee kunnen wij de informatie namelijk later terugluisteren, en eventuele communicatiestoornissen ondervangen. Deze opgenomen gesprekken zullen niet aan derden worden vrijgegeven. De gegevens die wij verzamelen zullen vertrouwelijk worden behandeld, waarbij uw anonimiteit wordt gewaarborgd.

**Persoonlijke informatie**

Naam:………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Functie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Deelvraag 6*: Wat is de inhoud van de afstemming tussen BADISA en Toevlug en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item 1** | **Vraag 1** | **Antwoord 1** | **Aan/opmerkingen** |
| **6. Afstemming Toevlug en BADISA** | **6.1** Op welke manier wordt een patiënt overgedragen van Toevlug naar BADISA?  **6.2** Kunt u vertellen wat er besproken wordt / beschreven wordt op papier bij een overdracht van een patiënt van Toevlug naar BADISA?  **6.3** Hoe ervaart u de overdracht van de patiënten van Toevlug naar BADISA?  **6.3.1** Kunt u uitleggen waarom u dit cijfer geeft?  **6.4**  Wordt er naast de evaluatie formulieren nog op een andere manier door Toevlug contact onderhouden met de social worker van BADISA over de behandeling van de patiënt?  **6.5**  Welke behoefte is er met betrekking tot het contact tussen de social workers van BADISA over de ex-patiënten van Toevlug?  **6.6**  Heeft u nog aan of opmerkingen ten aanzien van de samenwerking tussen BADISA en Toevlug die niet belicht zijn in dit interview, maar wel relevant zijn voor het verloop van het nazorgprogramma? | **6.1**  Door middel van een overdrachtsgesprek  Door middel van het overdragen van een overdrachtsrapport  Beide genoemde opties  Anders, namelijk…………  …………………………………………  …………………………………………  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **6.2**  Behandelingsverloop bij Toevlug  Leerdoelen/ aandachtsgebieden die er zijn voor de patiënt  Vrije tijd  Gezinsrelaties  Sociaal netwerk  Financiën  Huisvesting  Anders namelijk, ........  .......................................  .......................................  (meerdere antwoorden mogelijk)  **6.3** U kunt een cijfer geven van 1 t/m 5, waarbij 1 erg zwak is en 5 uitmuntend goed:…………………………  **6.3.1**  Prettig, want de informatie over de patiënt wordt goed ontvangen door BADISA  Matig, want de informatieoverdracht over de patiënt richting BADISA verloopt stroef  Slecht, want er vindt geen informatieoverdracht plaats met BADISA over de patiënt  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **6.4**  Er is regelmatig telefonisch contact, of contact via de e-mail  Er is regelmatig een face-to-face bespreking over de patiënt, zonder dat hij hierbij aanwezig is  Er is regelmatig een face-to-face bespreking in aanwezigheid van de patiënt  Er wordt verslag gedaan aan BADISA over de ontwikkeling van de patiënt in de ondersteuningsgroepen  Er wordt op geen andere manier contact onderhouden dan slechts de evaluatieformulieren  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **6.5**  Er is regelmatig telefonisch contact, of contact via de e-mail  Er is regelmatig een face-to-face bespreking over de patiënt, zonder dat hij hierbij aanwezig is  Er is regelmatig een face-to-face bespreking in aanwezigheid van de patiënt  Er wordt verslag gedaan aan BADISA over de ontwikkeling van de patiënt in de ondersteuningsgroepen  Er wordt enkel rapport gedaan via de evaluatieformulieren  Anders, namelijk…………  ………………………………………..  ……………………………………….  ……………………………………….  (Meerdere antwoorden mogelijk)  **6.6**  ……………………………………….  ……………………………………….  ……………………………………….  ……………………………………….  ……………………………………….  ……………………………………….  ……………………………………….  ………………………………………. |  |

# Bijlage 5: Labelingsschema social workers BADISA

Deelvraag 1*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van vrije tijd, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item: Vrije tijd** | **Label antwoordschema** | **Relevante andere codes** |
| **Inhoud** | Ja (2x) omdat:  -Ik geef aandacht aan sociale vaardigheden met betrekking tot vrije tijd  - Ik geef informatie over vrijetijdsbesteding  -Ik geef aandacht aan de triggers die de patiënt ervaart in zijn vrijetijdsbesteding  - Ik help de patiënt contact te maken met mensen die dezelfde interesses delen  - Anders, namelijk…………  Nee (1x) | - Enkel aandacht voor de jongeren in het verleden |
| **Tevredenheid** | Anders, namelijk…………  - Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat er externe factoren zijn die de patiënt negatief beïnvloeden, waar ik geen invloed op heb | - Social worker heeft hoge case-load (2x)  - Social worker heeft geen tijd  - Eigen initiatief patiënt  - Social worker heeft telefonisch contact met patiënt  - Patiënten wonen ver weg  - Social worker niet beschikbaar |
| **Belang** | 4 (1x) omdat:  - Ik denk dat vrije tijd een belangrijk onderwerp is ten aanzien van de hulpverlening (2x)  - Anders, namelijk…………  5 (2x) omdat: | - Blokkade: externe factoren |

Deelvraag 2*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van de gezinsrelaties van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item: Gezinsrelaties** | **Label antwoordschema** | **Relevante andere codes** |
| **Inhoud** | Ja (3x) omdat:  -Ik geef aandacht aan de sociale vaardigheden met betrekking tot gezinsrelaties (3x)  - Anders, namelijk…………  - Ik geef informatie aan de patiënt over hoe hij/zij om kan gaan met gezinsrelaties (2x)  - Ik geef informatie aan de gezinsleden over de verslaving van de patiënt(2x)  - Ik geef aandacht aan de triggers die de patiënt ervaart in zijn gezinsrelaties | - Laaggeschoolde ouders  - Ouders geen inlevingsvermogen  - Gebruik middel door omgeving patiënt |
| **Tevredenheid** | - Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat er externe factoren zijn die de patiënt negatief beïnvloeden, waar ik geen invloed op heb  - Anders, namelijk…………  -Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt geen goede relatie heeft met zijn gezin  - Anders, namelijk………… | - Social worker heeft geen tijd  - Geen vervoersmogelijkheden voor patiënt  - Goede samenwerking met familie  - Gezinstherapie is moeilijk te realiseren  - Te weinig financiën.  - Weinig professionele hulp |
| **Belang** | 5 (3x) omdat:  - Ik denk dat dit onderwerp een belangrijk onderwerp is ten aanzien van de hulpverlening (3x)  - Anders, namelijk………… | - Ouders bij programma Toevlug blijven betrekken  - Overnachtingsmogelijkheden voor ouders op Toevlug |

Deelvraag 3*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het sociaal netwerk van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item: Sociaal Netwerk** | **Label antwoordschema** | **Relevante andere codes** |
| **Inhoud** | Ja (3x) omdat:  -Ik geef ondersteuning ten aanzien van het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten (2x)  - Ik geef aandacht aan de triggers die de patiënt ervaart in zijn sociaal netwerk  -Ik geef ondersteuning bij het onderhouden van het sociale netwerk van de patiënt | - Social worker heeft geen tijd  - Ondersteuningroepen lopen niet  - Geen motivatie patiënt |
| **Tevredenheid** | - Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt niet vrij blijft van gebruik  - Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat er externe factoren zijn die de patiënt negatief beïnvloeden, waar ik geen invloed op heb (2x)  - Anders, namelijk………… | - Social worker heeft geen tijd  - Blokkade: externe factoren |
| **Belang** | 4 (1x) omdat:  - Dit onderwerp wordt verdrongen door andere onderwerpen die belangrijker zijn  5 (2x) omdat:  - Ik denk dat dit een belangrijk onderwerp is ten aanzien van de hulpverlening | - Gebruik Changemakers  - Sociaal netwerk beraad houden |

Deelvraag 4*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in financiële behoeften door de ex-patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item: Zelf voorzien in financiële behoeften** | **Label antwoordschema** | **Relevante andere codes** |
| **Inhoud** | Ja (2x) omdat:  - Ik geef informatie aan de patiënt, op welke manier hij zelfstandig kan voorzien in zijn financiële behoefte (2x)  - Ik geef ondersteuning aan de patiënt bij het vinden van werk (2x)  - Ik houd samen met de patiënt zijn maandelijkse inkomsten en uitgaven bij (budgettering)  - Anders, namelijk…………  Nee (1x) | - Social worker heeft geen tijd  - Inzet community- worker |
| **Tevredenheid** | -Ik ben tevreden over het resultaat, omdat de patiënt hierdoor vrij blijft van gebruik  **-** Anders, namelijk…………  - Ik ben niet tevreden over het resultaat, omdat de patiënt niet zelfstandig kan voorzien in zijn financiële behoefte | - Geen werkgelegenheid (2x)  - Blokkade: externe factoren |
| **Belang** | 5 (2x) omdat:  - Ik denk dat dit een belangrijk onderwerp is ten aanzien van de hulpverlening (2x)  4 (1x) omdat:  - Dit onderwerp wordt verdrongen door andere onderwerpen die belangrijker zijn |  |

Deelvraag 5*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in huisvesting , en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item: Huisvesting** | **Label antwoordschema** | **Relevante andere codes** |
| **Inhoud** | Ja (1x) omdat:  - Ik help de patiënt bij het regelen van een huisvesting  - Anders, namelijk…………  Nee (2x) omdat: | - Eigen initiatief patiënt  - Geen taak van social worker t.a.v. huisvesting |
| **Tevredenheid** | -Ik ben tevreden over het resultaat, omdat de patiënt hierdoor vrij blijft van gebruik |  |
| **Belang** | 5 (2x) omdat:  - Ik denk dat dit een belangrijk onderwerp is ten aanzien van de hulpverlening (2x)  3 (1x) omdat:  -Dit onderwerp wordt verdrongen door andere onderwerpen die belangrijker zijn | - Kost te veel tijd |

Deelvraag 6: *Wat is de inhoud van de afstemming tussen BADISA en Toevlug en welke bijstellingen zijn er nodig*

*om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item: Afstemming en overdracht** | **Label antwoordschema** | **Relevante andere codes** |
| **Inhoud overdracht** | Tevredenheid 5 (2x) omdat:  - Prettig, want er word duidelijke informatie verstrekt door Toevlug (2x)  - Anders, namelijk…………  Tevredenheid 3 (1x) omdat:  - Matig, want de informatie is vaag | - Toevlug zoekt contact  - Toevlug is bereid tot contact (3x)  - Toevlug zendt goede rapporten  - Toevlug te hoge verwachtingen van de patiënt  - Behandelingsverloop wordt besproken |
| **Inhoud afstemming** | - Ik heb zelf mijn eigen programma samengesteld  - Anders, namelijk…………  -Er is regelmatig telefonisch contact, of contact via de e-mail (2x)  - Anders, namelijk…………  - Social worker sluit aan bij het programma van Toevlug  - Er is geen contact tussen Toevlug en BADISA, naast de evaluatieformulieren | - Social worker stimuleert bezoek van ondersteuningsgroep  - Geen vervoersmogelijkheden voor patiënten |
| **Feedback aan Toevlug** | Vult het feedback formulier niet in (2x) omdat:  - Ik richt mijn aandacht op aandacht andere zaken, omdat die belangrijker zijn (2x)  - Anders, namelijk…………  Vult het feedback formulier wel in (1x)  - Er wordt verslag gedaan aan BADISA over de ontwikkeling van de patiënt in de ondersteuningsgroepen | - Social worker heeft een hoge case-load  - Social worker heeft geen tijd  - Veel crisissen |
| **Behoefte** |  | - Netwerkbijeenkomsten  - Meer afstemming over het programma  -Gebruik Changemakers  - Meer betrekken van familieleden in het programma van Toevlug  - Opstarten van ondersteuningsgroepen in eigen dorp (2x)  -Niet genoeg financiële middelen |

# Bijlage 6: Labelingsschema social workers Toevlug

Deelvraag 6: *Wat is de inhoud van de afstemming tussen BADISA en Toevlug en welke bijstellingen zijn er nodig*

*om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item: Afstemming en overdracht** | **Label antwoordschema** | **Relevante andere codes** |
| **Inhoud overdracht** | -Doormiddel van het overdragen van een overdrachtsrapport (2x)  -Behandelingsverloop bij Toevlug (2x)  -Leerdoelen/ aandachtsgebieden die er zijn voor de patiënt (2x)  - Vrije tijd  - Gezinsrelaties  - Sociaal netwerk  - Financiën  - Anders, namelijk...  -Matig, want de informatieoverdracht over de patiënt richting BADISA verloopt stroef | -Telefonisch contact met BADISA (2x)  - Karakter wordt beschreven  - Sociale vaardigheden die patiënt heeft ontwikkeld en welke nog aandacht vragen worden beschreven  - Triggers wordt beschreven |
| **Inhoud afstemming** | Tevredenheid 4 (1x) omdat:  -Prettig, want de informatie over de patiënt wordt goed ontvangen door BADISA  -Er is regelmatig telefonisch contact, of contact via de e-mail  Tevredenheid 3 (1x) omdat:  - Er is regelmatig een face-to-face bespreking over de patiënt, zonder dat hij hierbij aanwezig is  -Er is regelmatig een face-to-face bespreking in aanwezigheid van de patiënt  - Anders namelijk,………… | - Belemmering: hoge case-load BADISA (2x)  - Feedback wordt gegeven door community- workers/kerk werkers |
| **Behoefte** | - Er is regelmatig een face-to-face bespreking in aanwezigheid van de patiënt  -Er is regelmatig telefonisch contact, of contact via de e-mail | - Social worker van BADISA Toevlug bezoekt  - Overleg over het nazorgprogramma  - Overleg social worker en patiënt  - Evaluatie formulieren ontvangen  - Toevlug meer initiatief nemen in contact  -Goede afstemming  -Afspraken maken |

# Bijlage 7: Labelingsschema patiënten BADISA

Deelvraag 1*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van vrije tijd, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item: Vrije tijd** | **Label antwoordschema** | **Relevante andere codes** |
| **Inhoud** | Ja, Anders, namelijk……………..  Nee, geen nazorgprogramma  Ja, omdat:  - Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden  - Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | - Eigen initiatief patiënt (3x)  - Aanbieden van activiteiten op kantoor  - Geen motivatie patiënt  - Aanbieden van activiteiten op kantoor |
| **Tevredenheid** | 1 (1x) omdat:  - De maatschappelijk werker van BADISA sluit slecht aan bij mijn behoeften  4 (1x) omdat :  - De maatschappelijk werker van BADISA luistert goed naar mij (2x)  5 (1x) omdat: zie bovenstaande | - Social worker niet beschikbaar (2x)  - Inzet community- worker  - De social worker heeft geen tijd |
| **Behoeften** | Anders, namelijk…………….. (2x)  -Heeft gesprekken over mijn interesses m.b.t. vrijetijdsbesteding  -Helpt mij om contact te maken met mensen die dezelfde interesses delen  - Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden  - Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | - Meer beschikbaarheid social worker  - Aandacht voor triggers  - Gesprek met social worker  - Contact met mensen die dezelfde interesse delen  - Aandacht voor sociale vaardigheden |

Deelvraag 2*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van de gezinsrelaties van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item: Gezinsrelaties** | **Label antwoordschema** | **Relevante andere codes** |
| **Inhoud** | Ja, omdat: (2x)  - Ik krijg informatie over  hoe om te gaan met de relaties binnen het gezin  - Er wordt aandacht gegeven aan het inzetten van mijn sociale vaardigheden  - Het gezin krijgt informatie over mijn verslaving  - Anders, namelijk…………  Nee (1x) | - Social worker geen tijd (2x)  - Geen geld beschikbaar voor meer begeleiding  - Inzet community- worker |
| **Tevredenheid** | 1 (1x)  5, omdat: (2x)  - De maatschappelijk werker van BADISA luistert goed naar mij (2x)  - De maatschappelijk werker van BADISA sluit goed aan bij mijn behoeften  - De maatschappelijk werker geeft aandacht aan sociale vaardigheden | - Eigen initiatief patiënt (2x)  - Social worker niet beschikbaar (2x) |
| **Behoeften** | Anders, namelijk………………..  - Het gezin krijgt informatie over mijn verslaving  - Ik krijg informatie over hoe om te gaan met de relaties binnen het gezin  - Ik en het gezin waar ik in woon krijgen relatie ondersteuning (bijv. in vorm van gezinstherapie)  - Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  -Ik en mijn partner krijgen relatie ondersteuning (bijv. in vorm van relatietherapie) | - Langduriger begeleiding  - Aandacht voor familierelaties  - Familie netwerk ontmoeting met social worker  - Inzet community- worker |

Deelvraag 3*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het sociaal netwerk van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item: Sociaal Netwerk** | **Label antwoordschema** | **Relevante andere codes** |
| **Inhoud** | Ja (2x) omdat:  - Ik ontvang hulp ten aanzien van het contact houden met bijv. mijn vrienden, kennissen en andere familieleden  - Ik ontvang hulp ten aanzien van het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten  Nee (1x)  - Ik ontvang hulp ten aanzien van het contact houden met bijv. mijn vrienden, kennissen en andere familieleden  - Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden m.b.t. mijn sociaal netwerk  - Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | - Inzet community- worker |
| **Tevredenheid** | 1 (1x)  5 (2x) omdat:  - De maatschappelijk werker van BADISA sluit goed aan bij mijn behoeften  - De maatschappelijk werker van BADISA luistert goed naar mij | - Eigen initiatief patiënt (2x)  - Social worker is niet beschikbaar (2x) |
| **Behoeften** | Anders, namelijk……………  - Ik ontvang hulp ten aanzien van het contact houden met mijn bijv. vrienden, kennissen en andere familieleden. (2x)  - Ik ontvang hulp ten aanzien van het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten  - Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | - Langduriger begeleiding  - Behoefte: sociaal netwerk beraad (2x) |

Deelvraag 4*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in financiële behoeften door de ex-patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item: Zelf voorzien in financiële behoeften** | **Label antwoordschema** | **Relevante andere codes** |
| **Inhoud** | Ja (2x) omdat:  - Ik krijg informatie over hoe ik mijzelf financieel kan onderhouden  - Ik word ondersteund in het vinden van werk (2x)  - Ik word geholpen in het bijhouden van mijn maandelijkse inkomsten en uitgaven(budgettering ) (2x)  - Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  Nee (1x) | - Kortdurende begeleiding  - Eigen initiatief patiënt |
| **Tevredenheid** | 1 (1x)  5 (1x) omdat:  - De maatschappelijk werker van BADISA sluit goed aan bij mijn behoeften  - De maatschappelijk werker van BADISA luistert goed naar mij | - Inzet community- worker  - Geen geld beschikbaar  -Geen vervoersmogelijkheden  - Social worker niet beschikbaar (2x) |
| **Behoeften** | Anders, namelijk………… (2x)  - Ik krijg informatie over hoe ik mijzelf financieel kan onderhouden  - Ik word geholpen in het bijhouden van mijn maandelijkse inkomsten en uitgaven (budgettering)  - Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | - Leren om anderen te helpen |

Deelvraag 5*: Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in huisvesting , en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item: Huisvesting** | **Label antwoordschema** | **Relevante andere codes** |
| **Inhoud** | Ja (1x) omdat:  - Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden  Nee (2x) | - Social worker niet beschikbaar  - Eigen initiatief patiënt |
| **Tevredenheid** | 1 (2x)  4 (1x) omdat:  - De maatschappelijk werker van BADISA sluit goed aan bij mijn behoeften | - Social worker heeft geen tijd  - Inzet community- worker  - Social worker niet beschikbaar |
| **Behoeften** | - Geeft mij informatie over het vinden huisvesting (3x)  - Helpt mij bij het regelen van huisvesting (2x)  - Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar  - Helpt mij bij het huishouden (hygiëne) | -Langduriger begeleiding |

# Bijlage 8: Enquêteschema patiënten BADISA

De respondenten is uitgekomen op 19 enquêtes. Er wordt gevraagd naar het aantal antwoorden, dit betekent het aantal personen (van de 19 respondenten) die een antwoord hebben ingevuld bij die vraag.

Deelvraag 1: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van vrije tijd, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 1.1 Krijgt u t.a.v. vrije tijd ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 19 |
| Ja | 15 |  |
| Nee | 4 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 1.2 Wat houdt de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA in m.b.t. vrijetijdsbesteding? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 15 |
| Geeft mij informatie over vrijetijdsbesteding | 10 |  |
| Heeft gesprekken over mijn interesses m.b.t. vrijetijdsbesteding | 7 |  |
| Helpt mij om contact te maken met mensen die dezelfde interesses delen | 8 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden | 9 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | 6 |  |
| Anders, namelijk………… | 2 | - Zwemmen  - Een kerk bezoeken |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 1.3 Hoe ervaart u de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. vrije tijd (aan de hand van een cijfer)? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 8 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 | 1 |  |
| 4 | 1 |  |
| 5 | 6 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 1.4 Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 17 |
| Geeft mij informatie over vrijetijdsbesteding | 8 |  |
| Heeft gesprekken over mijn interesses m.b.t. vrijetijdsbesteding | 6 |  |
| Helpt mij om contact te maken met mensen die dezelfde interesses delen | 11 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden | 5 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | 7 |  |
| Anders, namelijk………… | 4 | *- “Social worker bezoekt mij meer”*  *- “Social worker bezoekt mij meer”*  *- “Helpt mij bij het wegblijven van negatieve vriendenkring”*  *- “Hulp bij aansluiten bij sportactiviteiten”* |

Deelvraag 2:*Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van de gezinsrelaties van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 2.1 Krijgt u t.a.v. de relatie die u met uw gezinsleden heeft, ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 16 |
| Ja | 16 | - “Ik en mijn moeder zijn samen bij de social worker geweest” |
| Nee | 3 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 2.2 Wat houdt de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. gezinsrelaties in? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 19 |
| Het gezin krijgt informatie over mijn verslaving | 5 |  |
| Ik krijg informatie over hoe om te gaan met de relaties binnen het gezin | 13 |  |
| Ik en het gezin waar ik in woon krijgen relatie ondersteuning (bijv. in de vorm van gezinstherapie) | 7 |  |
| Ik en mijn partner krijgen relatie ondersteuning (bijv. in vorm van relatietherapie) | 5 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan het inzetten van mijn sociale vaardigheden | 3 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | 4 |  |
| Anders, namelijk………… |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 2.3 Hoe ervaart u de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. uw gezinsrelatie (aan de hand van een cijfer)? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 9 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 | 1 |  |
| 4 | 2 |  |
| 5 | 6 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 2.4 Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 16 |
| Het gezin krijgt informatie over mijn verslaving | 10 |  |
| Ik krijg informatie over hoe om te gaan met de relaties binnen het gezin | 9 |  |
| Ik en het gezin waar ik in woon krijgen relatie ondersteuning (bijv. in de vorm van gezinstherapie) | 9 |  |
| Ik en mijn partner krijgen relatie ondersteuning (bijv. in vorm van relatietherapie) | 5 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan het inzetten van mijn sociale vaardigheden | 10 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | 6 |  |
| Anders, namelijk………… | 2 | *- “Eigen Kracht Centrum”*  *- “De social worker zal meer contact kunnen maken met mij”* |

Deelvraag 3: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het sociaal netwerk van de patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 3.1 Krijgt u t.a.v. uw sociaal netwerk ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 19 |
| Ja | 14 |  |
| Nee | 5 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 3.2 Wat houdt de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA in m.b.t. het sociaal netwerk? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 15 |
| Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden m.b.t. mijn sociaal netwerk | 11 |  |
| Ik ontvang hulp ten aanzien van het contact houden met bijv. mijn vrienden, kennissen en andere familieleden | 10 |  |
| Ik ontvang hulp ten aanzien van het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten | 9 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | 6 |  |
| Anders, namelijk………… | 2 | *- “Slechte vrienden vermijden”*  *- “Wegblijven van verkeerde vrienden”* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 3.3 Hoe ervaart u de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. het sociaal netwerk (aan de hand van een cijfer)? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 10 |
| 1 |  |  |
| 2 | 1 |  |
| 3 | 1 |  |
| 4 | 2 |  |
| 5 | 6 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 3.4 Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 16 |
| Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden m.b.t. mijn sociaal netwerk | 11 |  |
| Ik ontvang hulp ten aanzien van het contact houden met bijv. mijn vrienden, kennissen en andere familieleden | 10 |  |
| Ik ontvang hulp ten aanzien van het opdoen van nieuwe positief beïnvloedende contacten | 6 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | 5 |  |
| Anders, namelijk………… | 1 | *- “Social worker dient meer contact te hebben met mijn sociaal netwerk”* |

Deelvraag 4: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in financiële behoeften door de ex-patiënt, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 4.1 Krijgt u ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA t.a.v. het zelf voorzien in uw financiële behoeften? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 18 |
| Ja | 12 |  |
| Nee | 6 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 4.2 Wat houdt de begeleiding in van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. het zelfstandig financieel onderhouden van uzelf? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 15 |
| Ik krijg informatie over hoe ik mijzelf financieel kan onderhouden | 10 |  |
| Ik word ondersteund in het vinden van werk | 10 |  |
| Ik word geholpen in het bijhouden van mijn maandelijkse inkomsten en uitgaven (budgettering) | 5 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden met betrekking tot mezelf financieel onderhouden | 8 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | 5 |  |
| Anders, namelijk………… |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 4.3 Hoe ervaart u de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. het zelfstandig financieel onderhouden van uzelf (aan de hand van een cijfer)? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 7 |
| 1 |  |  |
| 2 | 1 |  |
| 3 | 1 |  |
| 4 |  |  |
| 5 | 5 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 4.4 Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 16 |
| Ik krijg informatie over hoe ik mijzelf financieel kan onderhouden | 9 |  |
| Ik word ondersteund in het vinden van werk | 8 |  |
| Ik word geholpen in het bijhouden van mijn maandelijkse inkomsten en uitgaven (budgettering) | 8 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden met betrekking tot mezelf financieel onderhouden | 6 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | 8 |  |
| Anders, namelijk………… | 1 | *- “De social worker moet mij vaker bezoeken”* |

Deelvraag 5: *Wat is de inhoud van het nazorgprogramma ten aanzien van het zelf voorzien in huisvesting, en welke bijstellingen zijn er nodig om het nazorgprogramma zo effectief mogelijk te maken?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 5.1 Krijgt u t.a.v. huisvesting ondersteuning van de maatschappelijk werker van BADISA? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 18 |
| Ja | 10 |  |
| Nee | 8 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 5.2 Wat houdt de begeleiding in van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. uw huisvesting? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 8 |
| Geeft mij informatie over het vinden van huisvesting | 5 |  |
| Helpt mij bij het regelen van huisvesting | 4 |  |
| Helpt mij bij het huishouden (hygiëne etc.) | 5 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden m.b.t. moeilijkheden die zich voor doen binnen huisvesting | 2 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | 3 |  |
| Anders, namelijk………… |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 5.3 Hoe ervaart u de begeleiding van de maatschappelijk werker van BADISA m.b.t. uw huisvesting? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 8 |
| 1 | 4 |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 | 1 |  |
| 5 | 3 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 5.4 Wat zijn (nog) uw behoeften m.b.t. de begeleiding die de maatschappelijk werker van BADISA aanbiedt? | Aantal: | Totaal aantal antwoorden: 15 |
| Geeft mij informatie over het vinden van huisvesting | 8 |  |
| Helpt mij bij het regelen van huisvesting | 1 |  |
| Helpt mij bij het huishouden (hygiëne etc.) | 3 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan mijn sociale vaardigheden m.b.t. moeilijkheden die zich voor doen binnen huisvesting | 5 |  |
| Er wordt aandacht gegeven aan de triggers die ik hierin ervaar | 7 |  |
| Anders, namelijk………… | 1 | *- “De social worker moet met iedereen in mijn huishouden communiceren”* |

# Bijlage 9: Buddy’s

**Functie buddy**

Wij denken dat het raadzaam is dat de social workers van BADISA gebruik gaan maken van buddy’s/ vrijwilligers. In het kader van het nazorgprogramma is het belangrijk dat de patiënten gemotiveerd worden en voldoende aandacht krijgen. In hoofdstuk 4.4: ‘de discussie’, wordt beschreven waarom het belangrijk is dat de patiënt gemotiveerd wordt om ‘clean’ te blijven. Ons inziens zou het goed zijn om gebruik te maken van buddy’s/ vrijwilligers. Volgens Broekhoven (2001, p. 47), is het wenselijk om een buddy in te zetten om de behandelingstrouw te verbeteren. Een buddy kan de patiënt ondersteuning bieden in het gemotiveerd blijven voor de deelname aan het nazorgprogramma. Wij denken dat het belangrijk is om deze buddy’s te selecteren. Deze buddy’s kunnen zich bijvoorbeeld aanmelden bij een ‘vrijwilligers organisatie’. Ons inziens zou het goed zijn dat bijvoorbeeld een community- worker deze ‘vrijwilligers organisatie’ zou coördineren. Wij denken dat dit goed is omdat de community- worker in contact staat met de social worker en met de gemeenschap. De community- worker is bekend met de mensen die in de gemeenschap wonen en de community- worker kent de patiënten. Hierdoor zal de community- worker in samenspraak met de social worker de patiënten en de vrijwilligers met elkaar kunnen koppelen. Ons inziens zou het goed zijn dat de buddy’s getraind worden voordat zij werkzaam worden als buddy. Wij willen hiermee voorkomen dat de buddy met verkeerde intenties deelneemt aan het buddy project. Het zou goed zijn wanneer er op regelmatige basis bijeenkomsten worden georganiseerd voor buddy’s. Bij deze bijeenkomsten kunnen de buddy’s de ervaringen die zij hebben met elkaar delen en kunnen ze eventuele vragen die zij hebben stellen. Deze bijeenkomsten zouden mogelijk georganiseerd kunnen worden door de social workers zelf maar ook door bijvoorbeeld de community- worker.

**Taken van de buddy**

Wij zullen hieronder de taken van de buddy beschrijven. We hebben gebruik gemaakt van de website van Terwille om ideeën op te doen over bepaalde taken die een buddy op zich kan nemen. Terwille is een organisatie die onder andere verslavingszorg aanbiedt. Terwille maakt gebruik van buddy projecten om de cliënten, die zij begeleiden, extra ondersteuning te bieden.

Een taak die een buddy op zich zou kunnen nemen is het motiveren van de patiënt. De buddy kan de patiënt supporten om deel te blijven nemen aan het nazorgprogramma. Daarnaast zal de buddy de patiënt kunnen motiveren om ‘clean’ te blijven. De buddy kan de patiënt in contact brengen met positief beïnvloedende mensen. Dit zou kunnen door bijvoorbeeld de patiënt mee te nemen naar kerkelijke activiteiten of de patiënt mee nemen naar sport activiteiten. De patiënt kan op deze manier in contact komen met positief beïnvloedende mensen. Daarnaast kan de buddy eventueel enkele praktische taken op zich nemen in overleg met de social worker; bijvoorbeeld helpen in budgettering.

# Bijlage 10: Toestemmingsbrief



Navorsing: Nasorg - Toestemming om deel te neem aan navorsing

Hiermee onderneem ek om vrywillig deel te neem aan die Navorsings- projek, Nasorg, wat aangebied word deur die Gereformeerde Hoge School, Maatskaplike Werk Studente, in samewerking met Toevlug. Ek gee hiermee toestemming dat die resultate en bevindinge bekend gemaak mag word.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam

Datum

# Bijlage 11: Gesprek met een community- worker

*Mijnheer is tevens 5 jaar clean van drugs*

De nazorg die BADISA kan verstrekken aan de ex- patiënten van Toevlug is eigenlijk heel klein. Dit komt omdat de social workers het heel druk hebben. Ze zijn niet alleen met patiënten van Toevlug bezig, maar ook met heel veel andere casussen. Maar daardoor is er niet de aandacht voor de patiënten die er zou moeten zijn. Er is bijvoorbeeld wel een patiënt die veel begeleiding krijgt, maar dat komt omdat hij zelf naar het centrum van BADISA toekomt. Dan is het afwachten of er iemand voor hem is, de community- worker is er dan om met de patiënt te praten, of als er een social worker beschikbaar is kan hij daarmee praten. De community- worker gaf aan dat de patiënt vaak bij BADISA komt, ook om niet thuis te hoeven zijn. Daar is het heel moeilijk voor hem om te zijn, aangezien er veel problemen zijn thuis. De patiënt kan bij BADISA ook bijvoorbeeld klusjes doen, zodat hij niet thuis hoeft te zijn. Maar een andere jongen, die sinds November bij Toevlug weg is, krijgt helemaal geen begeleiding. Volgens de community- worker komt dat omdat hij (de patiënt) niet zelf naar het centrum komt. De community- worker geeft aan ook niet altijd tijd voor hem te hebben, maar hij heeft ervoor gezorgd dat de patiënt terecht is gekomen bij Toevlug. De vader van de patiënt heeft de community- worker aangesproken, en zo heeft hij de vader kunnen helpen om in contact te komen met Toevlug. De patiënt heeft volgens de community- worker geluk dat zijn vader hem een baantje wilde aanbieden, en hem ook een onderdak gaf. Maar dat geluk heeft niet iedereen. Hij krijgt nu geen begeleiding, maar die heeft hij wel nodig. De community- worker geeft aan dat hij af en toe langsgaat om te kijken hoe het gaat. Hij is altijd in buurt bezig, en heeft daardoor veel contact met mensen, maar de social worker heeft het gewoon heel erg druk. Die kan niet overal langs gaan.

De drugsproblematiek gaat heel diep, het heeft alles te maken met de gebrokenheid van de samenleving die ontstaan is door de apartheid. Mensen zijn hun identiteit verloren, met name de kleurlingen. Daardoor zijn mensen op zoek, maar ook kunnen ze onverschillig worden. Ze hebben genezing nodig. Maar drugs verdoofd de pijn, en houdt hun af van de pijn.

Drugsverslaving is echter iets wat heel lang begeleiding nodig heeft, en hij neemt daarbij een voorbeeld aan zichzelf. Hij kan nog steeds last hebben van triggers, en hij moet zich er altijd van bewust blijven dat hij bepaalde gewoontes had bij het drugsgebruik. Er zijn veel gebeurtenissen die hem eraan herinneren dat hij niet meer wil gebruiken, maar bij lastige situaties is het soms moeilijk om sterk te blijven.

Ze hebben hier wel geprobeerd een begeleidingsgroep op te stellen; een ondersteuningsgroep. Dat zou volgens de community- worker heel goed zijn, omdat mensen elkaar dan kunnen ontmoeten en elkaar kunnen steunen. Maar er is hier niet genoeg animo voor, om zo’n groep te realiseren.

# Bijlage 12: Extra gesprek social worker BADISA

*Wij hebben maandag 23 april een gesprek gevoerd met een social worker die werkzaam is in Wolseley. Wij wilde haar spreken om er achter te komen waar volgens haar de problematiek van het bieden van een effectief nazorgprogramma ligt. De uitkomsten van dit gesprek zullen wij gebruiken als extra onderbouwing van ons onderzoek.*

Op de vraag welke obstakels de social worker ervaart binnen het bieden van het nazorgprogramma kwam naar voren dat de hoge case-load van de social worker een probleem is. Dit veroorzaakt problemen als het gebrek aan tijd om de patiënten te bezoeken. De patiënten die in mindere mate gemotiveerd zijn en niet zelf op gesprek komen, komen daardoor aandacht te kort. De social worker merkt ook dat door het tijdgebrek er onvoldoende aandacht is voor alle items. Vooral het voorzien in behuizing en het bespreken van hygiëne of sociale vaardigheden binnen het huishouden krijgen weinig tot geen aandacht. De social worker geeft hierover aan dat het ten eerste moeilijk is om behuizing te regelen voor de patiënt. Daarnaast is het bespreken van de thuis situatie lastig omdat er andere dingen te bespreken zijn die meer aandacht behoeven. Het item ‘zelf voorzien in financiële behoeften’ krijgt ook minder aandacht; de social worker geeft hierover aan dat er maar weinig banen te vinden zijn in Wolseley. Het is voor de patiënten die geen baan hebben heel lastig om zichzelf financieel te onderhouden. De social worker van de patiënt kan weinig tot niets voor de patiënt hierin doen. Het item vrije tijd krijgt ook minder aandacht, omdat er weinig vrijetijdsactiviteiten zijn in Wolseley. Er zijn bijvoorbeeld geen sportfaciliteiten in Wolseley. De gebieden die wel veel aandacht krijgen zijn de ‘familierelaties’ en het ‘sociaal netwerk’. In het kantoor van BADISA wordt één keer in de week een ondersteuningsgroep georganiseerd. Deze bijeenkomsten zijn in de avond, zodat de patiënten geen vrij hoeven te nemen. De community- worker organiseert en begeleid deze bijeenkomsten, omdat dit buiten de werkuren van de social worker valt. Wanneer patiënten niet komen naar deze ondersteuningsgroepen, of niet op gesprek komen, gaat de community- worker bij hen op bezoek. De community- worker probeert op deze manier de patiënt te motiveren om toch te komen. De community- worker legt in veel gevallen één keer een bezoek als deze af en daarna niet meer. Men investeert liever in de personen die wel gemotiveerd zijn en begeleiding willen ontvangen. De community- worker bezoekt de andere patiënten ook en probeert de familie om de patiënt heen te ondersteunen. De familie relaties worden als belangrijkst geacht binnen de begeleiding van de patiënten. De social worker heeft gesprekken met de patiënten die op kantoor komen, deze patiënten komen uit eigen initiatief. Wanneer er sprake is van behoefte van bijvoorbeeld een familiebezoek, gaat de social worker of de community- worker bij de patiënt op bezoek. Wie dit doet, gebeurt in overleg.

Op de vraag of er een duidelijk nazorgprogramma is geschreven kwam naar voren dat de social worker haar eigen programma samenstelt. De social worker gaf aan dat zij het erg zou waarderen vindt wanneer er een nazorgprogramma geschreven zal worden. Ze zou het erg fijn vinden wanneer er in samenspraak met Toevlug een nazorgprogramma geschreven wordt. Uit het gesprek met de social worker kwam ook naar voren dat het bieden van een nazorgprogramma tot nu toe nog niet gefinancierd wordt. Ze gaf aan dat de overheid andere gebieden wel financiert, en ze met deze financiën soms ook (ex-)verslaafden kunnen helpen. De social worker gaf aan dat de oorsprong van veel problemen die in dit land spelen hun oorsprong in de drugs/ alcohol misbruik hebben.

# Bijlage 13: Uitwerking hoofdstuk 2

**2.1 Onderzoeksgroep(en)**

*Populatie & Steekproef*

De beschrijving van de populatie zal toegelicht worden aan de hand van de verschillende onderzoekstypen.

1. *Enquêtes met ex-patiënten van Toevlug*

De populatie van ons onderzoek zijn de ex-patiënten van Toevlug die de behandeling bij Toevlug volledig hebben afgerond, en wonen in de Boland regio. Deze patiënten ontvangen op dit moment begeleiding van de social workers van BADISA in het kader van het nazorgprogramma. Het betreft de patiënten die minstens twee maanden begeleiding ontvangen van BADISA. Als patiënten al minstens twee maanden begeleiding ontvangen, weten zij hoe het huidige nazorgprogramma eruit ziet. Dit is belangrijk om een representatieve evaluatie te kunnen geven van het nazorgprogramma. Het aantal patiënten dat binnen Toevlug in 2010-2011 een behandeling volledig heeft afgerond, is 506. Het aantal patiënten dat na behandeling overgedragen wordt aan BADISA, is 74 in het jaar 2010-2011. De begeleiding van BADISA in het kader van het nazorgprogramma betreft één jaar. Na dit jaar is er geen sprake meer van begeleiding door de social workers van BADISA in het kader van het nazorgprogramma. De populatie van ons onderzoek bestaat uit de ex-patiënten van Toevlug die begeleid worden door BADISA en in de Boland regio wonen. Wij zullen de patiënten enquêteren die in de Boland regio wonen. Wij hebben gekozen voor deze regio, omdat in deze regio Toevlug gevestigd is. Het is voor ons onmogelijk om de gehele West Kaap te enquêteren aangezien wij dan teveel afhankelijk zullen zijn van de medewerking van de social workers van BADISA. Dit willen wij voorkomen, aangezien wij hebben vernomen dat zij erg druk zijn omdat zij een hoge case-load hebben. Wij verwachten dat de respons dan te laag zal zijn wanneer wij de gehele West Kaap als onderzoeksgroep nemen. De Boland regio ligt meer binnen ons bereik en wij hebben dan de mogelijkheid om eventueel zelf de patiënten te bezoeken. De dorpen in de Boland regio waar de patiënten verblijven zijn; Worcester, Villiersdorp, Breedevallei, Ceres, Koue Bokkeveld en Wolseley. De Boland regio bevat 49 ex- patiënten van Toevlug die begeleid worden door BADISA in het kader van het nazorgprogramma. Ons streven is om de gehele populatie te bevragen. Wij willen drie patiënten interviewen en 46 patiënten enquêteren. Wanneer wij iedereen kunnen enquêteren maken we ons onderzoek meer betrouwbaar. Wij verwachten dat het mogelijk is om iedereen te bevragen aangezien de social workers van BADISA volledige medewerking hebben toegezegd.

1. *Halfgestructureerde interviews met ex-patiënten van Toevlug*

Om antwoord te kunnen geven op deelvragen 1 t/m 5 bevragen wij de ex-patiënten van Toevlug over het huidige nazorgprogramma. Deze ex- patiënten worden in het kader van het nazorgprogramma begeleid BADISA. Dit betreft dezelfde populatie als bij de enquêtes. Met de interviews willen we ingaan op de achterliggende redenen van de ex-patiënten over de waardering die zij wel of niet hebben voor het nazorgprogramma. De patiënten die wij interviewen zullen geen enquête invullen. Wij zullen beginnen met het willekeurig selecteren van de drie patiënten die wij gaan interviewen en laten daarna bij de rest van de patiënten enquêtes afnemen. Het selecteren van deze patiënten zal gaan op beschikbaarheid en mogelijkheid. Dit houdt in dat wanneer een patiënt tijd heeft hij zich voor het interview kan aanmelden bij de social worker. De social worker brengt ons hiervan op de hoogte en wij gaan dan een afspraak met hen maken. Wij willen in overleg ervoor zorgen dat er een vertaler of een social worker bij het interview aanwezig kan zijn. Wij vinden het belangrijk dat er iemand is die de begrippen aan de patiënt kan uitleggen.

1. *Halfgestructureerde interviews met social workers van BADISA*

We bevragen de social workers van BADISA over het nazorgprogramma dat zij bieden aan de patiënten die de behandeling van Toevlug volledig hebben afgerond. Wij verwachten hiermee antwoord te krijgen op de deelvragen 1 t/m 5. De ex- patiënten van Toevlug volgen dit nazorgprogramma bij BADISA. We bevragen de social workers van Toevlug en BADISA om antwoord te kunnen geven op deelvraag 6. De hulpverlening wordt aangeboden door de social workers van BADISA. Zij onderhouden contact met de social workers van Toevlug over de begeleiding die zij bieden. Mogelijk zijn er nog andere organisaties betrokken bij de invulling van het nazorgprogramma, maar zij zijn niet verantwoordelijk. Een voorbeeld hiervan is dat een werkgever werk levert aan een patiënt van BADISA ten behoeve van de financiële behoefte van de patiënt. De social workers van Toevlug en BADISA onderhouden contact met elkaar over de invulling van het nazorgprogramma. Daarom bevragen wij alleen de social workers van Toevlug en BADISA om antwoord te kunnen krijgen op deelvraag 6. De steekproef omvat een klein deel uit de populatie waarover gegevens verzameld zullen worden. De populatie van het aantal social workers van BADISA die nazorg verleent is 15 in de Boland regio. Wij zullen drie social workers van BADISA benaderen of zij willen mee werken aan dit onderzoek. Wij geloven dat we met drie interviews voldoende informatie zullen verzamelen die te generaliseren zijn.

1. *Halfgestructureerd interview met social workers van Toevlug*

Aangezien wij meer willen weten over de samenwerking tussen Toevlug en BADISA willen wij de social workers van Toevlug interviewen. Er zijn bij Toevlug in totaal vijf social workers werkzaam, we willen twee social workers interviewen om antwoord te kunnen krijgen op deelvraag 6. De gegevens die wij door middel van de twee interviews verzamelen zullen te generaliseren zijn. We zullen mevr. F. Bantom niet interviewen omdat zij onze supervisor is gedurende dit onderzoek en dus al teveel betrokken is bij het onderzoek. Wij kunnen twee andere social workers niet interviewen aangezien zij een te korte tijd werkzaam zijn binnen Toevlug en daarom geen representatief beeld van de samenwerking kunnen geven. Van de vijf social workers blijven er dan nog twee over die wij zullen interviewen om antwoord te kunnen krijgen op deelvraag 6.

*(Schema 1)*

Om overzichtelijk te maken welke instrumenten bij welke onderzoeksgroep zullen worden ingezet, wordt hieronder een schema weergegeven.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderzoeksgroep** | **Deelvraag** | **Steekproef** | **Instrument** |
| Patiënten BADISA *(deze patiënten hebben de behandeling bij Toevlug volledig afgerond)* | 1 t/m 5 | Gehele populatie | Half gestructureerde interviews en enquêtes |
| Social workers BADISA | 1 t/m 6 | Zelf selectie | Half gestructureerde interviews |
| Social workers Toevlug | 6 | Willekeurig | Half gestructureerde interviews |

**2.2 Meetinstrumenten en kwaliteit**

Bij het onderzoek zullen verschillende meetinstrumenten gebruikt worden om de validiteit van het onderzoek te waarborgen. Dit betreft bij de eerste zes deelvragen enquêtes en interviews. In schema 1 is een overzicht te vinden van de gehouden enquêtes en interviews. De uitgewerkte interview- en enquêteschema’s kunt u vinden in bijlage 4: Instrumenten. Voorafgaande aan de afname van de enquêtes en interviews zal de patiënt toestemming geven voor het gebruiken van de gegevens in de onderzoeksresultaten[[28]](#footnote-28).

1. Enquêtes met ex-patiënten van Toevlug als kwantitatieve onderzoeksmethode

We maken gebruik van een itemlijst waarop we onze enquêtes baseren. Deze items zijn gebaseerd op onze deelvragen. Op deze manier kunnen wij onze gegevens gemakkelijk, en daarmee betrouwbaar verwerken.

Het nazorgprogramma wordt op verschillende inhoudelijke onderdelen besproken in de enquête, waarbij de verschillende inhoudelijke onderdelen in het begrippenkader wordt uitgelegd. Ook moeilijke termen, zoals ‘triggers’ of ‘sociale vaardigheden’ wordt in dit begrippenkader uitgelegd. Hiermee wordt voorkomen dat de geënquêteerde snel afhaakt doordat hij de begrippen niet begrijpt. Om de toegankelijkheid nog meer te vergroten, worden de enquêtes vertaald van het Engels naar het Afrikaans. Wij streven ernaar dat wij zoveel mogelijk enquêtes zelf zullen afnemen bij patiënten. Wij kunnen dan uitleg geven over bepaalde vragen die er kunnen zijn en dat maakt het meer betrouwbaar. Wanneer het niet mogelijk is voor ons om aanwezig te zijn bij het invullen van een enquête, zal er via e-mail, enquêtes worden verstuurd naar de social workers van BADISA, die onderdeel zijn van de Boland regio. Zij zullen de enquêtes afnemen met de patiënten. Hiervoor zijn ze van te voren ingelicht door een interne medewerker van Toevlug, en in enkele gevallen door een leidinggevende van BADISA. Zij hebben toegestemd met de deelname aan het onderzoek, door middel van een e-mail of een telefoongesprek met een interne medewerker van Toevlug. Door deze voorbereiding willen wij de respons verhogen van de enquêtes. Het gaat om een populatie van 49 ex-patiënten die tussen 2010 en 2011 een behandeling bij Toevlug heeft gehad, en de behandeling volledig heeft afgrond. Er bestaat een gevaar dat de social workers hier geen tijd voor maken, aangezien Toevlug aangaf dat de case-load hoog is[[29]](#footnote-29). Toch gaan wij ervan uit de social workers in staat zijn het belang te zien van het onderzoek wat betreft het nazorgprogramma, en dat zij deze taak op zich zullen nemen. Om te voorkomen dat de social workers veel tijd kwijt zijn aan het vertalen van de enquête vanuit het Engels naar het Afrikaans, wil F. Bantom de enquêtes vertalen naar het Afrikaans. Hiermee waarborgen wij ook de betrouwbaarheid van de informatie, omdat er wordt voorkomen dat de patiënt bepaalde aspecten verkeerd opvat en dan ook een verkeerd antwoord geeft. Daarnaast vermelden wij in de e-mail dat het belangrijk is dat de social worker zich zo onafhankelijk mogelijk opstelt naar de patiënt toe. De kans is aanwezig dat de patiënt sociaal wenselijke antwoorden geeft omdat de social worker aanwezig is wanneer de patiënt de enquête invult. Wij vinden het belangrijk dat de patiënt de vrijheid voelt om de antwoorden te geven die hij wil geven. Wij zullen duidelijk vermelden in de e-mail richting de social workers van BADISA, dat het belangrijk is dat de social worker geen invloed uitoefent op de beantwoording van de vragen door de patiënt. Daarnaast gaan wij ervan uit dat de social workers van BADISA gebaat zijn met uitkomsten van het onderzoek die hen helpen bij het vormgeven van een goed en sluitend nazorgprogramma.

2. Halfgestructureerde interviews met ex-patiënten van Toevlug als kwalitatieve onderzoeksmethode

Om onze veiligheid te waarborgen zullen we de interviews houden op het terrein van Toevlug. Als dit niet mogelijk is, zal er een interview bij de patiënt thuis gehouden worden in aanwezigheid van een social worker. Dit is echter een minder wenselijke situatie, omdat de kans aanwezig is dat de ex- patiënt sociaal wenselijke antwoorden kan geven. Om dit te ondervangen, spreken wij zoveel mogelijk patiënten bij Toevlug. Er vinden bijvoorbeeld maandelijkse bijeenkomsten plaats, zogenaamde ‘ondersteuningsgroepen’. Deze vinden plaats op het terrein van Toevlug. Na een dergelijke bijeenkomst zijn wij in de gelegenheid om bepaalde ex-patiënten van Toevlug te interviewen. We kiezen ervoor om dit individueel te doen, omdat niet alle leden van de ondersteuningsgroep deel hebben genomen aan de behandeling van Toevlug, of begeleiding krijgen van de social workers van BADISA, dus geen deel zijn van onze populatie.

De interviews worden geregeld in overleg met de social workers van BADISA. De operationele populatie van de interviews wordt willekeurig gedaan. Er worden op basis van blinde steekproef drie social workers gevraagd om een afspraak met een patiënt te maken voor een interview.

De half- gestructureerde vragen zijn een houvast, waardoor wij van tevoren kunnen bedenken wat wij precies willen weten. Dit is ook belangrijk ten aanzien van de taalverschillen waar we mee te maken zullen krijgen. Ten aanzien van de taalverschillen ondervangen we dit echter. Naast onze redelijke beheersing van de Engelse taal, helpt het gebruik van opnameapparatuur ons, om wat wij horen later na te luisteren, en de antwoorden achteraf goed te kunnen analyseren. Een ander belangrijk voordeel is dat de halfgestructureerde vragen gebaseerd zijn op de itemlijsten die ook in de enquêtes van de patiënten verwerkt zijn. Dit is een voordeel omdat de kwalitatieve gegevens van de interviews gemakkelijker in verband kunnen worden gebracht met de kwantitatieve gegevens op de inhoudelijke onderdelen van het nazorgprogramma. De kwantitatieve en kwalitatieve gegevens kunnen gemakkelijk naast elkaar worden gelegd, en daardoor zijn causale verbanden gemakkelijker te ontdekken, waardoor de validiteit van ons onderzoek wordt verhoogd. De uitspraken zijn goed te traceren omdat ze in bepaalde kaders worden geplaatst door de indeling van de verschillende inhoudelijke onderdelen in het nazorgprogramma. Bij alle interviews zullen twee onderzoeksleden aanwezig zijn. Hiermee vergroten wij de kwaliteit van de inhoud van het onderzoek. De rollen kunnen op die manier goed verdeeld worden; te denken valt aan een ondervrager, een griffier, en een controleur en meedenker. Het taalverschil is dan minder een barrière, omdat er meerdere mensen zijn die meeluisteren en de ondervraagde in zijn antwoord volgen.

Wij denken dat wij de vaardigheid en aanleg hebben om te interviewen. Wij zijn competent in het doorvragen, het aandachtig luisteren en een kritische luisterhouding aan te houden ten overstaan van niet relevante informatie. Wij kunnen reflecteren op de inhoudelijke waarde en consistentie van een antwoord door ons af te vragen; *‘Heb ik nu een antwoord gekregen op mijn vraag?’[[30]](#footnote-30).* Om onduidelijkheid te voorkomen zal er aan het begin van het interview worden uitgelegd om welke reden er wordt geïnterviewd. Ook zal er per item uitleg worden gegeven wat wij als onderzoekers daarmee bedoelen. Begrippen die mogelijk niet begrepen zouden kunnen worden, plaatsen wij in het begrippenkader van het interviewschema. Op die manier kan er snel een eenduidig antwoord op eventuele vragen worden gegeven door de interviewers.

3. Halfgestructureerde interviews met social workers van BADISA als kwalitatieve onderzoeksmethode

Het interview met de social workers van BADISA is opgebouwd vanuit dezelfde itemlijst als bij het interview met de ex-patiënten. Dit is gedaan om de invalshoek van de social workers van BADISA makkelijk naast de kwantitatieve en kwalitatieve gegevens, die uit het onderzoek onder de ex-patiënten van Toevlug naar voren komen, te leggen. Op die manier worden niet alleen de motieven van de ex-patiënten zichtbaar over antwoorden van de enquêtes. Maar ook de waardering van de social workers van BADISA over de vormgeving van het nazorgprogramma.

4. Halfgestructureerd interview met social workers van Toevlug als kwalitatieve onderzoeksmethode

Het interview dat met twee social workers van Toevlug wordt gehouden zal gaan over deelvraag 6; de afstemming en overdracht tussen de social workers van BADISA en Toevlug. De interne contactpersoon van Toevlug zal hiervoor niet in aanmerking komen, omdat zij al teveel betrokken is bij ons onderzoek, en daarmee de onafhankelijkheid en betrouwbaarheid niet gewaarborgd kan worden. Daarom zullen we willekeurig kiezen wie we gaan interviewen.

*Betrouwbaarheid*

De betrouwbaarheid is belangrijk voor het onderzoek, omdat wij dan bruikbare en onderbouwde uitspraken kunnen doen aan de hand van de hoofdvraag. Om onze betrouwbaarheid te verhogen, worden de volgende punten in acht genomen:

* *Gehele populatie*. In 2011 zijn er 49 patiënten vanuit de Boland regio doorverwezen naar BADISA nadat zij de behandeling van Toevlug succesvol hebben afgerond. Het nazorgprogramma van BADISA duurt één jaar. Wij zullen de gehele populatie van Boland regio enquêteren (op drie patiënten na, want deze drie zullen wij interviewen), om de betrouwbaarheid te verhogen. Daarnaast zullen er drie interviews afgenomen worden met ex-patiënten van Toevlug, die nu het nazorgprogramma volgen van BADISA. Door middel van deze interviews, willen we meer informatie krijgen over de kwaliteit van het nazorgprogramma en hoe deze wordt beleefd en gewaardeerd door de patiënt. Er zullen drie interviews worden afgenomen bij de social workers van BADISA, om informatie te krijgen over het nazorgprogramma. In totaal zijn er vijftien social workers werkzaam binnen de Boland regio. Zij hebben ander inzicht dan de patiënten en voor ons is het zinvol ook hen te vragen naar de waardering, omdat zij er met professionele ogen naar kijken. De samenwerking tussen Toevlug en BADISA is ons inziens een belangrijk aspect van het nazorgprogramma en deze informatie kunnen wij ophalen bij de social workers van BADISA. Om niet alleen te kijken vanuit het perspectief van BADISA, hebben we ervoor gekozen om ook twee interviews te houden met social workers van Toevlug. Aan de hand van deze interviews, verwerken wij de waardering voor de samenwerking met BADISA vanuit het perspectief van Toevlug. Het onderzoek is in eerste instantie gericht op BADISA, maar ons inziens is het ook belangrijk om ons af te vragen hoe de social workers van Toevlug denken over de samenwerking met BADISA.
* *Triangulatie.* Er wordt binnen ons onderzoek gebruik gemaakt van twee dataverzamelingsmethoden om antwoord te krijgen op de centrale vraagstelling, namelijk: enquêtes en interviews.
* *Peer examination*. De onderzoeksresultaten zullen wij na laten lezen door collega- onderzoekers.
* *Rapportage en verantwoording*.Er wordt door middel van een logboek een verantwoording gegeven van de onderzoekshandelingen met daarbij een tijdsaanduiding. In het logboek wordt verwerkt welke keuzes en vorderingen er gemaakt worden, de leermomenten, veranderingen die worden aangebracht, omstandigheden die problemen oproepen en dingen die fout lopen. Aan de hand van het rapporteren van deze aandachtspunten kan er voorkomen worden dat de fouten opnieuw worden gemaakt en daardoor wordt de betrouwbaarheid van de resultaten verhoogd.
* *Overleg*. Er wordt met F. Bantom regelmatig een overleg gepleegd waarin er wordt besproken hoever we zijn en welke aspecten extra aandacht behoeven. Daarnaast zal zij de enquête voor de patiënten die wij versturen in het Engels, ook vertalen naar het Afrikaans. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van ons onderzoek, omdat er wordt voorkomen dat de patiënten bepaalde vragen verkeerd begrijpen en hun antwoord dus ook niet bruikbaar zal zijn voor de resultaten.
* *Enquêteren*. Doordat er een social worker van BADISA aanwezig zal zijn bij het afnemen van de enquête bij de patiënten, of één van ons als onderzoekers, verhoogd dit de betrouwbaarheid van ons onderzoek. Wij kunnen namelijk extra uitleg geven aan de patiënt over een bepaalde vraag die gesteld wordt. Voor ons is er daarom meer zekerheid dat er bij de enquête geen vragen meer blijven liggen omtrent de formulering van de vragen. Wij zijn ons ervan bewust dat door de aanwezigheid van de social worker van BADISA, de patiënt sociaal wenselijke antwoorden kan gaan geven. Wij schatten in dat het vaker voor zal komen dat de patiënt vragen zal hebben over bepaalde formuleringen en daardoor de antwoorden niet betrouwbaar zijn, of helemaal niet gegeven worden. Wij schatten in dat het minder vaak voor zal komen dat er sociaal wenselijke antwoorden gegeven zullen worden door het bijzijn van de social worker. Daarom kiezen wij ervoor om de social worker wel aanwezig te laten zijn bij het invullen van de enquête door de patiënt. Daarnaast proberen wij zoveel mogelijk zelf aanwezig te zijn bij het invullen van de enquêtes, zonder dat daarbij een social worker aanwezig zal zijn en dus ook geen invloed uit kan oefenen door aanwezig te zijn.

*Validiteit*

Aan de hand van de enquêtes bevragen wij de patiënten over hun ervaringen met het nazorgprogramma van BADISA. Door middel van drie interviews met patiënten van BADISA, kunnen we meer informatie ophalen over de redenen waarom er bepaalde aspecten wel of niet worden gewaardeerd. De *interne validiteit* wordt bepaald door de vraag of er de juiste conclusies getrokken kunnen worden; de juiste verklaring geven, vinden en toetsen. De onderzoeksgroepen die wij bevragen zijn uiteenlopend, maar allen wel belangrijk om een juist antwoord te kunnen geven op de centrale vraagstelling. We hebben gekozen voor de volgende groepen: patiënten van BADISA, social workers van BADISA en social workers van Toevlug. Doordat wij verschillende onderzoeksgroepen bevragen, kunnen wij ook uitspraken doen over het probleem, omdat wij hebben gekeken vanuit de verschillende perspectieven (patiënt, social worker BADISA, social worker Toevlug). Wij nemen verschillende perspectieven, om de objectiviteit van de resultaten te waarborgen en daarmee de validiteit te verhogen. Een vorm van de *externe validiteit* is de *begripsvaliditeit*. Aan de hand van de enquêtes wordt er ingegaan op de vijf belangrijkste gebieden omtrent een nazorgprogramma. Deze hebben wij bepaald aan de hand van de gelezen literatuur en daarvoor willen wij u doorverwijzen naar het theoretisch kader (1.2). Doordat wij ons toespitsen op de aandachtsgebieden die belangrijk zijn binnen een nazorgprogramma, maakt dit dat wij volledig zijn en daarmee ook valide. Er wordt alleen gevraagd naar informatie die bruikbaar is voor het antwoord op de centrale vraagstelling. ‘We meten alleen wat wij willen meten’.

*Bruikbaarheid*

Het is belangrijk voor de bruikbaarheid om als onderzoekers duidelijke overeenstemming te hebben met de opdrachtgevers. De supervisor (F. Bantom) die zich ontfermt over het onderzoek is werkzaam binnen Toevlug als senior social worker. Er is regelmatig een overleg waarin de zaken omtrent het onderzoek worden besproken. Zij legt contact met BADISA, zodat wij interviews kunnen plannen en enquêtes kunnen afnemen. Daarnaast heeft zij goed zicht op de toestand binnen Toevlug en BADISA. Zij heeft helder waar het onderzoek op gericht is en spreekt uit ervaring als het gaat om de problemen die zich voordoen omtrent de terugval van patiënten. Haar kennis en ervaringen draagt eraan bij dat ons onderzoek bruikbaar zal zijn. Zij houdt ons namelijk scherp als het gaat om de informatie die belangrijk is om op te halen uit het onderzoek en welke aspecten weggelaten kunnen worden. De nauwe samenwerking met de supervisor van Toevlug, draagt eraan bij dat de bruikbaarheid en de betrouwbaarheid van de resultaten wordt vergroot.

**2.3 Onderzoeksprocedure(s)**

*Praktische afspraken*

De vergaderingen vinden plaats bij het adres waar wij zullen verblijven. Dit is Bed and Breakfast ‘19th Hole’. Deze zullen worden verricht op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag tussen 7:30 en 8:00 uur. Hierin wordt er besproken wat er zich die dag daarvoor heeft afgespeeld, wat er die dag zelf op de planning staat en of er nog overige zaken dienen te worden besproken. Iedere groepslid houdt voor zichzelf een logboek bij, waarin haar verrichte activiteiten verwerkt zullen worden. Eén keer in de twee week zal er een gesprek plaatsvinden tussen F. Bantom en ons. Zij begeleidt ons vanuit de instelling en houdt zicht op het onderzoek.

*Tijd*

Wanneer wij aankomen bij ons verblijfadres ‘19th Hole’, hebben wij nog 12 weken om het onderzoek te verrichten, uit te werken en te presenteren. Wij zullen werken op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag. De woensdag houden we vrij voor schoolzaken waar wij ons individueel mee bezig zullen houden. In het weekend zullen we zo min mogelijk aan het werk zijn met betrekking tot het onderzoek. Per dag zullen we gemiddeld 7 uur aan het werk zijn (= 7:30 uur tot 15:30 uur).

*Fasering*

Voor het overzicht van de planning verwijzen wij naar bijlage 2.

*Rol- en taakverdeling*

Marloes: *projectleider* van het onderzoek. Zij *coördineert* het onderzoek, geeft procedures aan, verheldert problemen en vat samen wat iedere groepslid wil. Marloes zal het algemene overzicht houden over de werkzaamheden die gedaan moeten worden ten aanzien van het onderzoek. Zij houdt zicht op de archivering en draagt zorg voor de documenten. Zij is de *plant,* wat inhoudt dat zij rijk is aan verbeelding en fantasie en deze ook inzet bij de oplossingen die wij mogelijk voor problemen zullen moeten zoeken.

Marleen: zij zal de *procesrol* op zich nemen en dat houdt in dat zij in de gaten houdt hoe de groepsleden onderling en individueel functioneren. Er kan worden voorkomen dat belangrijke aspecten onbesproken blijven en er daardoor een conflict zou kunnen ontstaan die de samenwerking negatief beïnvloedt. Het is hierbij belangrijk dat ze snel ingrijpt, wanneer zij negatieve signalen ontvangt over het functioneren van een groepslid individueel, of tussen groepsleden onderling; *groepswerker*. Daarnaast zal zij de externe contacten leggen en onderhouden; *brononderzoeker.* Er is een sterke drang voor presteren, is dynamische, gepassioneerd en weet de groepsleden in beweging te brengen; *vormer.*

Sandra: zij zal de *taakrol* op zich nemen en dat houdt in dat zij de planning bewaakt en daarbij kijkt in hoeverre men zich aan de afspraken houdt en in hoeverre de groepsleden hun eigen taak uitvoeren. Zij zal samen met Marloes de algemene planning in de gaten houden en wanneer zij het idee krijgt dat er bepaalde dingen niet verlopen zoals zou moeten, dan zal zij de groepsleden toespreken en dit onderwerp ook in de vergadering inbrengen. Zij is de *uitvoerder*, wat inhoudt dat zij met een praktisch inzicht kijkt, ordelijk blijft en taakgericht is. Daarnaast zal zij de *monitor* zijn; verstandig, bedachtzaam en kritisch. Zij zal beslissingen kritisch afwegen. Is de *afronder*, is nauwgezet, zorgzaam en zorgvuldig. Waarborgt de kwaliteit en veiligheid en kan goed dingen afmaken; kan soms ook perfectionistisch zijn.

*Afbakening van project*

Wij zullen de ex- patiënten, vanuit de Boland regio, betrekken bij ons onderzoek die minimaal twee maanden in behandeling zijn van BADISA en daar het nazorgprogramma volgen. Zij zijn al een tijdje in behandeling bij BADISA en kunnen daarom relevante informatie geven over het verloop van het nazorgprogramma. Wij onderzoeken het nazorgprogramma van BADISA, omdat deze organisatie nauw samenwerkt met Toevlug. Daarnaast is Toevlug een onderdeel van de organisatie BADISA. Er zijn ook andere organisaties die de nazorg bieden, maar om ons onderzoek af te bakenen richten wij ons alleen op BADISA. Binnen deze organisatie worden de meeste patiënten toegewezen naar Toevlug en wanneer de behandeling succesvol is afgerond, wordt een groot percentage ook weer terug verwezen richting BADISA; om daar een nazorgprogramma te volgen. Daarom denken wij dat wanneer wij BADISA als onderzoeksgroep gebruiken, wij de kern van het probleem helder zullen krijgen. De resultaten kunnen mogelijk ook bruikbaar zijn voor andere instellingen die ook nazorg verlenen. We hebben voor de afbakening gekozen van de Boland regio, omdat wij er op die manier voor zorgen dat het mogelijk is om een betrouwbare uitspraak te doen over de probleemstelling. Het kan een betrouwbare uitspraak worden, omdat de populatie kleiner is gemaakt en wij dus ook een groter deel van de gehele populatie kunnen bevragen. De social workers van Toevlug kunnen ons informatie geven over de afstemming die er is tussen Toevlug en de social workers van BADISA. De social workers van BADISA kunnen informatie geven over de inhoud van het nazorgprogramma en kijken daar professioneel naar. Daarnaast kunnen zij ons ook informatie geven over hoe de afstemming met Toevlug voor hen is.

*Uitkomsten project*

Wij zullen tot een overzicht komen van de interventies die op dit moment plaatsvinden, en die nog gemist worden om het nazorgprogramma effectief te laten werken. Ook zullen wij de mogelijkheden en beperkingen van Toevlug en de social workers zoveel mogelijk in kaart brengen. Het onderzoeksresultaat zullen wij verwerken in een verslag en zal daarbij ook worden gepresenteerd. Dit onderzoeksverslag wordt ingeleverd bij de beoordelaars van de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle; C. Sikkema en B. Leijenhorst .Daarnaast zal het onderzoeksverslag geleverd worden aan Toevlug: instelling voor alcohol- en drugsverslaafden. T. Rossouw is de directeur van Toevlug en heeft belang bij de resultaten van het onderzoek; zij zal dan ook het onderzoeksverslag ontvangen. Dan zijn er ook nog social workers van Toevlug en van BADISA, die belang zullen hebben bij de onderzoeksresultaten. Zij zullen het onderzoeksverslag in kunnen lezen en wanneer iemand er belang bij heeft, kan diegene het verslag ook in ontvangst nemen. Andere instellingen die mogelijk ook belang kunnen hebben bij onze onderzoeksresultaten, zullen geïnformeerd worden over ons onderzoek. In overleg met T. Rossouw kunnen zij de resultaten ook in ontvangst nemen.

*Randvoorwaarden en afspraken met opdrachtgever*

Een belangrijk aspect is dat er goede afstemming is tussen de opdrachtgever en wij als onderzoeksgroep. Dit kan worden gerealiseerd door eenmaal in de twee weken samen te komen; de opdrachtgever en onderzoeksgroep. Daarnaast is het belangrijk om buiten deze bijeenkomsten ook uitwisseling te realiseren, wanneer dit nodig is. Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn wanneer de opdrachtgever het idee krijgt dat het niet gaat zoals is afgesproken. Of dat wij als onderzoeksgroep met problemen te maken krijgen; bijvoorbeeld als wij financiële middelen nodig hebben om de enquêtes/ interviews af te nemen.

*Overzicht terugkoppelingsmomenten met opdrachtgever*

Er zal eens in de twee weken een samenkomst zijn tussen de supervisor (F.Bantom) en de onderzoeksgroep. Dit zal niet strikt elke twee weken zijn, maar daar kan op het ene moment drie weken tussen zitten en een andere keer één week. Dit zal afgestemd worden op de behoeften op dat moment van beide partijen.

*Presentatie resultaten*

De presentatie zal eind april plaatsvinden bij Toevlug. Hierbij zullen vertegenwoordigers aanwezig zijn van de Gereformeerde Hogeschool; C. Sikkema en B. Leijenhorst. De directeur van Toevlug, T. Rossouw, en ook een representatieve groep van de social workers van Toevlug zullen aanwezig zijn. Daarnaast zijn er de social workers van BADISA die belang zullen hebben bij de onderzoeksresultaten. Daarvan zal dus ook een representatieve groep aanwezig zijn bij de presentatie die wij zullen verzorgen. Wanneer andere organisaties belang hebben bij de uitkomsten van ons onderzoek, kan er in overleg met T. Rossouw mogelijk worden gemaakt om aanwezig te zijn bij de presentatie van onze uitkomsten.

**2.4 Analysemethoden**

Aan de hand van dit hoofdstuk wordt door methodische verantwoording uitleg gegeven hoe de betrouwbaarheid en de interne- en/of externe validiteit van ons onderzoek is gewaarborgd. Deze verantwoording is gedaan aan de hand van verschillende aspecten binnen het onderzoek, te beginnen bij de ervaringen rondom de afname. Hier wordt beschreven hoe er toestemming is gekregen voor het afnemen van interviews en enquêtes. Vervolgens wordt de representativiteit van de steekproef omschreven onder het kopje ‘keuze van respondenten’. Hierna leggen we uit hoe wij de respondenten hebben benaderd, en hoe dat de respons heeft verhoogd. Er wordt omschreven welke werkwijze wij hebben aangehouden bij het afnemen van de interviews en welke moeiten bij de respondenten er zijn gebleken met bepaalde vragen of onderwerpen. Dan wordt er nog omschreven wat onze eigen indrukken en ervaringen zijn geweest met betrekking tot de betrouwbaarheid en de interne- en/of externe validiteit van ons onderzoek; welke aspecten hierop invloed hebben gehad. Tot slot wordt er in hoofdstuk 2.4.2 uitleg gegeven over de non-respons.

**2.4.1 Ervaringen rondom afname**

*Verkrijgen toestemming voor afname*

Wij hebben vanuit de instelling een supervisor toegewezen gekregen; mevr. F. Bantom. Zij heeft rechtstreeks contact met onze opdrachtgever mevr. T. Rossouw. De supervisor die wij toegewezen hebben gekregen, is werkzaam als senior social worker binnen Toevlug. Voor het krijgen van toestemming voor het interviewen en enquêteren voor een deel van de social workers en patiënten, moest er door mevr. F. Bantom in gesprek gegaan worden met een supervisor in een andere plaats. Na deze toestemming moest er bij de overgebleven social workers toestemming worden gevraagd, om enquêtes en interviews af te mogen nemen van patiënten en hen daarbij ook te vragen zich beschikbaar te stellen voor een interview. Deze taak heeft mevr. F. Bantom ook op zich genomen en na goedkeuring mochten we beginnen met het enquêteren en interviewen van patiënten. Er kwamen ook positieve reacties vanuit de social workers over het afnemen van een interview bij social workers van BADISA. Nadat de social workers toestemming hebben gegeven aan onze supervisor voor het enquêteren en interviewen, is er een lijst beschikbaar gesteld waarin alle namen van de patiënten zijn verwerkt. De social workers gaven aan bij de patiënten dat zij zich beschikbaar kunnen stellen voor een interview en de social worker heeft contact met ons opgenomen wanneer een patiënt zich beschikbaar stelde. De steekproef die we hieruit hebben getrokken staat verder omschreven in 2.1.

*Keuze van respondenten*

In eerste instantie hadden wij als onderzoeksgroep ervoor gekozen om de gehele West- Kaap te bevragen door middel van een enquête of een interview. Het aantal patiënten dat binnen Toevlug in 2010-2011 een behandeling volledig heeft afgerond, is 506. Het aantal patiënten dat na behandeling overgedragen wordt aan BADISA, in het jaar 2010-2011 is 74. De begeleiding van BADISA in het kader van het nazorgprogramma betreft één jaar. Na dit jaar is er geen sprake meer van begeleiding door de social workers van BADISA in het kader van het nazorgprogramma. Onze supervisor is daarover in overleg gegaan met de social workers van alle plaatsen waaruit de West- Kaap bestaat en daaruit is gebleken dat het erg moeilijk zou worden om alle patiënten vanuit deze regio te kunnen benaderen. Het is namelijk seizoenstijd en dan zijn de patiënten erg druk met werken, het is voor hen moeilijk om dan een dag vrij te nemen voor het deelnemen aan ons onderzoek, aangezien zij dan inkomen mislopen. Daarnaast zou het betekenen dat de social workers aanwezig zouden moeten zijn bij het invullen van de enquête, omdat de patiënt soms hulp nodig zal hebben bij vragen die hij/zij niet begrijpt. Wanneer de social worker aanwezig is bij het invullen van de enquête, betekent dit voor ons dat de betrouwbaarheid van ons onderzoek wordt verlaagd, aangezien de patiënt beïnvloed kan worden door de aanwezigheid van de social worker. Voor ons als onderzoekers was het onmogelijk om zelf alle enquêtes af te nemen, aangezien de West- Kaap een groot gebied beslaat en wij niet voldoende tijd hadden. We hebben in overleg met onze supervisor mevr. F. Bantom en opdrachtgever mevr. T. Rossouw besloten om te kiezen voor de Boland regio als onderzoeksgebied. De Boland regio ligt meer binnen ons bereik en wij hadden de mogelijkheid om eventueel zelf de patiënten te bezoeken. De dorpen in de Boland regio waar de patiënten verblijven zijn; Worcester, Villiersdorp, Breedevallei, Ceres, Koue Bokkeveld en Wolseley. De Boland regio bevat 49 ex- patiënten van Toevlug die begeleid worden door BADISA in het kader van het nazorgprogramma. Ons streven was om de gehele populatie te bevragen. Wij wilden drie patiënten interviewen en 46 patiënten enquêteren. We zouden de gehele populatie bevragen en dat maakt de resultaten betrouwbaar.

Wij verwachtten dat het mogelijk was om iedereen te bevragen, aangezien de social workers van BADISA volledige medewerking hadden toegezegd. Het contact met de social workers vanuit de Boland regio is verlopen via onze supervisor mevr. F. Bantom en daarmee hebben wij ons inziens de respons zo hoog mogelijk proberen te houden. Wanneer mevr. F. Bantom namelijk het belang aangeeft van dit onderzoek bij de social workers, zal dit meer invloed uitoefenen dan wanneer wij dan zelf zouden hebben gedaan als onderzoekers. De social workers kennen ons namelijk niet persoonlijk en mevr. F. Bantom wel. We hebben interviews kunnen afnemen bij drie patiënten van BADISA en daaruit is bruikbare informatie naar voren gekomen. De enquêtes hebben we minder succesvol kunnen verzamelen, aangezien een aantal social workers niet de tijd hebben kunnen vinden om enquêtes met de patiënten in te vullen. Er was één social worker die vier patiënten had die vielen onder onze populatie. Wij hebben haar de enquête via de e-mail verstuurd en zij heeft deze documenten ingevuld teruggestuurd naar Toevlug. Omdat zij aanwezig was bij het invullen van de enquêtes door de patiënten, is deze informatie minder betrouwbaar omdat zij invloed kan uitoefenen op de patiënt. Omdat bij een interview met een patiënt is gebleken dat de social worker invloed kan uitoefenen op de patiënt, denken wij dat de social worker ook invloed kan uitoefenen bij het afnemen van de enquêtes. Toch vinden wij het wel bruikbaar/ betrouwbaar genoeg om deze informatie te gebruiken, omdat het aantal respondenten wordt vergroot en de social worker nadrukkelijk gevraagd is om de patiënt erop te wijzen dat het belangrijk is dat hij/zij eerlijk is in de beantwoording van de vragen.

Om de externe validiteit van ons onderzoek te verhogen, hebben we ervoor gekozen om verschillende groepen te betrekken bij ons onderzoek. Zo hebben we enquêtes en drie interviews gehouden met patiënten van BADISA. Daarnaast zijn er ook interviews gehouden met drie social workers van BADISA en als laatste zijn er interviews gehouden met twee social workers van Toevlug. De patiënten hebben ons vertelt over hun ervaringen met de begeleiding die wordt gegeven door de social workers van BADISA. Daarnaast is het ons inziens ook goed geweest om de beleving van de social workers met betrekking tot de begeleiding van de patiënten helder te krijgen. Zij hebben ons meer kunnen vertellen over de moeilijkheden die spelen waardoor goede begeleiding bemoeilijkt wordt; zoals het hebben van een hoge case-load. Daarnaast hebben zij ons ook bruikbare informatie kunnen geven over de samenwerking tussen BADISA en Toevlug. De social workers van Toevlug hebben ons door middel van interviews informatie kunnen geven over de samenwerking tussen Toevlug en BADISA.

*Wijze van benaderen respondenten*

Tijdens een sessie door de ondersteuningsgroepen die plaatsvond te Toevlug, hebben we acht patiënten kunnen enquêteren. Wij zijn hierbij zelf aanwezig geweest, waardoor wij zelf vragen hebben kunnen beantwoorden die betrekking hadden op de enquête. Omdat er geen social workers aanwezig waren waardoor de patiënten eventueel beïnvloed zouden kunnen worden, hebben we hiermee de betrouwbaarheid van ons onderzoek verhoogd. Er was wel een onafhankelijke groepswerker bij, die de vertaling kon geven als er vragen waren. Dit verhoogd de betrouwbaarheid, omdat er bij vragen van de patiënt over de enquête, er duidelijkheid gegeven kon worden en de kans wordt verhoogd dat de patiënt de enquête eerlijk en juist kan invullen.

Bij het afnemen van de enquêtes gingen er twee vertalers (van het Afrikaans-Engels en Engels-Afrikaans bij het afnemen van de enquêtes), werkzaam bij Toevlug, met ons mee. Deze twee werknemers zijn onpartijdig, waarmee de betrouwbaarheid wordt verhoogd. Eén werknemer werkt bij de jeugdafdeling; wij enquêteren alleen volwassenen. De andere werknemer loopt stage bij Toevlug maar is nog niet in contact geweest met patiënten. We hebben die dag 288 kilometers gereden, voor het verkrijgen van zeven enquêtes. Dit was erg teleurstellend. Maar hieruit zijn voor ons dan ook de moeiten helder geworden die er zijn binnen de Boland regio; om de patiënten te kunnen bereiken en hoeveel tijd dit ook kost voor de social workers. Doordat wij zelf aanwezig waren bij het afnemen van de enquêtes, een vertaler en er geen social worker aanwezig was, hebben wij hiermee de betrouwbaarheid van ons onderzoek verhoogd.

De interviews met de social workers van Toevlug hebben wij verricht door twee social workers te selecteren. Het was voor de betrouwbaarheid van het onderzoek onjuist om mevr. F. Bantom te interviewen, omdat zij onze supervisor is en daarom teveel betrokken is bij het onderzoek en daarom ook niet meer volledig objectief in haar beantwoording van de interviewvragen. Daarnaast waren er nog vier andere social workers beschikbaar waarvan twee niet geïnterviewd konden worden omdat zij nog niet zo lang werkzaam waren bij Toevlug. Daarom hebben wij gekozen voor de twee social workers die het langst werken bij Toevlug om een zo duidelijk en betrouwbaar mogelijk beeld te krijgen van de samenwerking tussen Toevlug en BADISA. De social workers van BADISA hebben zelf contact gezocht met F. Bantom over het beschikbaar stellen voor een interview en daardoor is de keuze voor de social workers objectief geweest en dus ook betrouwbaar voor het onderzoek.

*Gevolgde werkwijze bij afname*

Tijdens de afname van interviews bij de patiënten en de social workers van BADISA en Toevlug hebben wij dezelfde werkwijze gebruikt. In eerste instantie hebben wij van te voren gezegd dat er bij elk interview steeds twee onderzoekers aanwezig zouden zijn en daarnaast opnameapparatuur, om het interview nog eens na te kunnen luisteren, en controleren. Na het eerste interview zijn we erachter gekomen dat het opnameapparatuur vragen en onzekerheid opleverde bij de ondervraagde. Wij kregen de indruk dat het invloed uitoefende bij het geven van antwoorden en daarom hebben wij ervoor gekozen om alle drie aanwezig te zijn bij de volgende interviews en geen opnameapparatuur meer te gebruiken. Eén van ons was de ondervrager, de ander was griffier en de laatste was de controleur, denkt mee en schrijft ook mee. Hiermee denken wij dat alle informatie naar voren is gehaald bij de interviews en de ondervraagde de vrijheid heeft gevoeld om eerlijk te kunnen zijn over haar/zijn ervaringen. De betrouwbaarheid is door middel van onze opstelling tijdens een interview verhoogd, aangezien wij met drie personen hebben kunnen luisteren en nadenken of wij vragen of onduidelijkheden over het hoofd zien. In het begin van de interviews stelde de ondervrager iedere onderzoeker voor en bedankte de patiënt of social worker voor haar/zijn tijd. We legden het belang uit van dit onderzoek voor haar/hem zelf en benadrukten hierbij dat het erg belangrijk is dat de ondervrager dan ook eerlijk is over de ervaringen. Hierbij hebben we steeds benadrukt dat hij/zij ook eerlijk kan zijn, aangezien wij geen namen zullen gebruiken in ons verslag. De gegevens worden vertrouwelijk behandeld, waarbij de anonimiteit van de ondervraagde wordt gewaarborgd. Vervolgens vragen we de ondervraagde of er nog onduidelijkheden of vragen zijn. Na deze inleiding op het interview, gingen we over op het interview. Bij de afsluiting, bedanken we de ondervraagde nog een keer. Door middel van de inleiding op het interview, hebben we de betrouwbaarheid van ons onderzoek verhoogd, aangezien wij uitleggen waarom de ondervraagde eerlijk kan zijn en daarmee ook gerust gesteld kan worden om eerlijk te kunnen zijn over ervaringen met betrekking tot het nazorgprogramma.

*Gebleken moeiten bij respondenten*

Bij het eerste interview met een patiënt, was zijn social worker aanwezig voor het vertalen, aangezien hij geen Engels kon spreken. Hij zat erg ineengedoken in zijn stoel en vertelde dat hij erg tevreden was over de begeleiding door de social worker en daarbij kon hij geen verbeterpunten aangeven. Wij kregen de indruk dat door haar aanwezigheid, hij geen eerlijk antwoord durfde te geven. Na dit interview zou er nog een cliënt van diezelfde social worker door ons worden geïnterviewd. Wij hebben er toen voor gekozen een onafhankelijke vertaler aanwezig te laten zijn en niet de social worker van de patiënt. Dit verhoogd de betrouwbaarheid, omdat de patiënt zich vrijer zal voelen om eerlijke antwoorden te geven. Bij het tweede interview is andere informatie naar voren gekomen dan bij het eerste interview. Dit kan op toeval berusten, maar wij zien ook een grote kans dat het komt omdat de social worker bij de tweede patiënt niet aanwezig was.

*Eigen indrukken of ervaringen*

De eerste enquêtes zijn afgenomen tijdens een groepssessie van de ondersteuningsgroepen. Wij hebben daar enquêtes uitgedeeld (Afrikaanse of Engelse versie), de patiënten bedankt voor hun tijd en hebben hun succes gewenst bij het invullen. De enquêtes bleken echter toch meer vragen op te roepen, dan wij van te voren hadden gedacht. Niet iedereen snapte de opbouw die wij hadden aangehouden aan de hand van de items die in de zijlijn zijn uitgelegd. Aan de hand van deze ervaring hebben we ervoor gekozen om in het vervolg, bij het afnemen van de enquêtes, meer uitleg te geven over de opbouw en het belang van de enquête. Dit hebben we dan ook gedaan toen we in één dag zeven enquêtes hebben kunnen afnemen. Hiermee hebben we de betrouwbaarheid verhoogd, aangezien er meer duidelijkheid was bij de patiënten over de inhoud van de enquête en fouten door onbegrip van de vragen zijn voorkomen.

Doordat we bij het interview met de patiënt en in aanwezigheid van de social worker, erachter zijn gekomen dat de aanwezigheid van de social worker erin kan resulteren dat de patiënt wordt beïnvloed in de antwoorden die hij/zij geeft, hebben we ook een keuze gemaakt in de afname van de enquêtes. We hebben ernaar gestreefd om zoveel mogelijk enquêtes zelf af te nemen en niet in het bijzijn van de social worker van de patiënt. Om de betrouwbaarheid te verhogen is het beter dat wij aanwezig zijn, aangezien wij objectief kijken naar het nazorgprogramma en de patiënt er juist op kunnen attenderen dat het belangrijk is om eerlijk antwoord te geven, aangezien het ook ter verbetering kan leiden van de begeleiding die zij ontvangen. Dit betekent dus dat vier van de negentien enquêtes minder betrouwbare informatie zouden kunnen geven, aangezien deze enquêtes via de e-mail zijn verstuurd naar een social worker en zij zelf aanwezig was bij het invullen van de enquête door de patiënt. Omdat vijftien van de negentien enquêtes zijn ingevuld in aanwezigheid van ons als onderzoekers en een onpartijdige vertalen (en afwezigheid van de social worker), maakt dit de resultaten nog wel betrouwbaar. We hebben ervoor gekozen de ingevulde enquêtes in aanwezigheid van de social worker wel te gebruiken, omdat wij het belang van een grotere respons hoger achtten en de social worker nadrukkelijk gevraagd is om de patiënt erop te wijzen dat het belangrijk is dat hij/zij eerlijk is in de beantwoording van de vragen.

**2.4.2 Non-respons**

We hebben uiteindelijk niet alle 49 patiënten kunnen bevragen over het nazorgprogramma van BADISA. We hebben negentien enquêtes kunnen afnemen en drie interviews kunnen houden met patiënten. In totaal komen we dan uit op een respons van 22 patiënten op een totaal van 49. Dit heeft dus geresulteerd in een vermindering van de externe validiteit. Dit is teleurstellend, maar ook verklaarbaar. Een belangrijke reden voor de lage respons ligt bij het feit dat in de periode van onze afnamen, het seizoenstijd is en veel patiënten aan het werk zijn op de boerderijen van 6 uur in de morgen tot 6 uur in de avond. Veel patiënten hebben daarom aangegeven geen tijd te hebben voor het deelnemen aan het onderzoek. Wij zijn hierover van te voren niet ingelicht; wij hebben dit dus niet kunnen voorzien. Wij hebben er toen voor gekozen om zelf de patiënten te bezoeken, wat wel een mogelijkheid voor hen was, aangezien zij dan op de boerderij konden blijven. Maar ook deze optie bleek teleurstellend. We waren een hele dag weg en hebben 288 kilometer gereden, maar ontvingen slechts zeven ingevulde enquêtes.

Toen het ons helder werd dat het onmogelijk was om zelf alle patiënten te gaan bezoeken, hebben we een e-mail gestuurd naar de social workers van BADISA binnen de Boland regio en gevraagd of zij enquêtes kunnen invullen met patiënten. Slechts één social worker is hierin geslaagd. De andere social workers vielen of buiten de doelgroep, of konden geen tijd vinden om dit te bewerkstelligen. Dit is een onderdeel van het probleem, zoals blijkt uit de resultaten. De lage respons is dus buiten onze macht om ontstaan en dat is teleurstellend geweest, aangezien de lage respons de betrouwbaarheid van ons onderzoek geschaad heeft. Toch hebben we negentien enquêtes kunnen bemachtigen die bruikbare informatie heeft gegeven over het huidige nazorgprogramma. En omdat wij bij vijftien enquêtes zelf aanwezig waren en er geen social worker aanwezig was, is deze informatie voor ons betrouwbaar genoeg om te gebruiken in de resultaten. Daarnaast hebben we nog interviews gehouden met drie patiënten, interviews met twee social workers van Toevlug en drie interviews met social workers van BADISA. Uit deze interviews is bruikbare informatie naar voren gekomen die wij kunnen gebruiken in de resultaten van ons onderzoek en dat heeft de betrouwbaarheid en validiteit van ons onderzoek verhoogd. De respondenten zijn representatief voor de populatie, omdat wij respondenten hebben kunnen bevragen vanuit verschillende plaatsen uit de Boland Regio. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van ons onderzoek. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek nog meer te verhogen, hebben we de resultaten kunnen onderbouwen met een gesprek die wij hebben gehad met een community- worker die werkzaam is binnen de Boland regio. Daarnaast hebben wij, om de betrouwbaarheid van het onderzoek meer te verhogen, een gesprek gehad met een social worker, die werkzaam is bij BADISA. Wij hebben met haar gesproken over haar visie op het probleem wat speelt bij het vorm geven van een effectief nazorgprogramma.

1. Toevlug Sentrum, Jaarverslag 2011, p. 22 [↑](#footnote-ref-1)
2. Toevlug Sentrum, Jaarverslag 2011, p. 24 [↑](#footnote-ref-2)
3. Onderzoeksvoorstel Rossouw, T., 2011, bijlage 1 [↑](#footnote-ref-3)
4. Toevlug Sentrum Jaarverslag 2011, p. 25 [↑](#footnote-ref-4)
5. Dr. Stel, J. van der, 2007 [↑](#footnote-ref-5)
6. Gesprek Bantom, F., 2012, bijlage 3 [↑](#footnote-ref-6)
7. Toevlug Nieuws, 2011, blz. 26 [↑](#footnote-ref-7)
8. Toevlug Sentrum, Jaarverslag 2011, blz. 26 [↑](#footnote-ref-8)
9. Gesprek Bantom, F., 2012, bijlage 3 [↑](#footnote-ref-9)
10. PTDDA 20, 1992 [↑](#footnote-ref-10)
11. NDMP, 2012-2016 [↑](#footnote-ref-11)
12. Toevlug Sentrum, Jaarverslag 2011 [↑](#footnote-ref-12)
13. Onderzoeksvoorstel Rossouw, T., 2011 [↑](#footnote-ref-13)
14. Rutten, 2009, p. 23-24 [↑](#footnote-ref-14)
15. Extra gesprek social worker BADISA, Bijlage 12 [↑](#footnote-ref-15)
16. Extra gesprek social worker BADISA, Bijlage 12 [↑](#footnote-ref-16)
17. Extra gesprek social worker BADISA, Bijlage 12 [↑](#footnote-ref-17)
18. Extra gesprek social worker BADISA, Bijlage 12 [↑](#footnote-ref-18)
19. Extra gesprek social worker BADISA, Bijlage 12 [↑](#footnote-ref-19)
20. Extra gesprek social worker BADISA, Bijlage 12 [↑](#footnote-ref-20)
21. Extra gesprek social worker BADISA, Bijlage 12 [↑](#footnote-ref-21)
22. Bush, M., 2006, p. 500 [↑](#footnote-ref-22)
23. Hermkens, L., Michielsen, M., Mulligen, W. van, p. 235 [↑](#footnote-ref-23)
24. Hermkens, L., Michielsen, M., Mulligen, W. van, p. 244 [↑](#footnote-ref-24)
25. 20 Hermkens, L., Michielsen, M., Mulligen, W. van, p. 244 [↑](#footnote-ref-25)
26. 21 Hermkens, L., Michielsen, M., Mulligen, W. van, p. 244 [↑](#footnote-ref-26)
27. 22 Hermkens, L., Michielsen, M., Mulligen, W. van, p. 244 [↑](#footnote-ref-27)
28. Toestemmingsbrief, bijlage 10 [↑](#footnote-ref-28)
29. Onderzoeksvoorstel, Rossouw, T., 2011, bijlage 1 [↑](#footnote-ref-29)
30. Ruyter, K., de, 2001, p. 25 [↑](#footnote-ref-30)