

Onderzoeksrapport

‘Ergotherapie in de verslavingszorg’

Bachelorscriptie

Ergotherapie

Datum en plaats van uitgave

24 Augustus 2015, Nijmegen

Junior adviseurs

Tessa Boonman, 480406

Dian Kleijn, 491589

Marit Reinsma, 500596

Lisette Zoeteman, 493013

Begeleider

Eveline Heitink

Opdrachtgever

Riet Idzinga

Tactus verslavingszorg

Piet Heinstraat 27

7204 JN Zutphen

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het onderzoeksrapport: 'Ergotherapie in de verslavingszorg'. Dit is een kwalitatief onderzoek naar de specifieke waarde van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek. De opdrachtgever is Riet Idzinga. Zij is werkzaam binnen de instelling Tactus verslavingszorg in de functie van sociaaltherapeut. Voorheen had zij de functie van ergotherapeut. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden van april tot en met augustus 2015.

Deze scriptie is product van het afstudeerproject aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, opleiding ergotherapie. In dit onderzoeksrapport mag waar 'hij' geschreven staat, in sommige gevallen ook 'zij' gelezen worden. Deze keuze is gemaakt om de leesbaarheid te vergroten.

Graag willen wij van deze gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek:

Riet Idzinga willen wij bedanken voor haar tijd en inzet voor het onderzoek. Zij heeft ons onder meer geholpen om een goed beeld te vormen van de probleemstelling en zij heeft een bijdrage geleverd middels een interview.

Daarnaast willen wij Eveline Heitink bedanken, onze senior onderzoeker. Dankzij haar hebben wij geleerd met een kritische blik te kijken naar ons eigen handelen en wisten wij het vertrouwen in ons eigen kunnen te versterken. Dit heeft bijgedragen aan verhoging van de kwaliteit van het onderzoek.

Marie-Antoinette bedanken wij voor haar tijd en bijdrage. Haar ervaring als onderzoeker, haar kritische blik en tips gaven ons meer houvast om knopen door te hakken.

Onze dank gaat ook uit naar: Jaap van der Stel, Bea van Bodegom en Jannie de Jong. Wij kijken terug op prettige interviews met deze respondenten.

Dit onderzoek heeft een grote bijdrage geleverd aan ons leerproces, met name op het gebied van procesmatig werken en samenwerken. Bij elke afweging hebben we gezamenlijk overlegd, wat heeft geholpen om het onderzoek goed te doorlopen. Bij veranderingen met betrekking tot het onderzoek, hebben we bewuste afwegingen gemaakt en zijn we met enthousiasme verder gegaan.

Wij kijken terug op een prettige samenwerking met alle betrokkenen.

Nijmegen, augustus 2015

Tessa Boonman
Dian Kleijn
Marit Reinsma
Lisette Zoeteman

Samenvatting

Probleemanalyse:

De vraag van de opdrachtgever Idzinga aan de junior onderzoeks is om te onderzoeken wat de specifieke waarde van ergotherapie is, zodat zij zich als ergotherapeut kan profileren binnen de verslavingszorg. Door bezuinigingen in de zorg heeft Tactus moeten bezuinigen. Tactus heeft dit gedaan door onder andere de ergotherapie te schrappen.

Cliënten verwachten tegenwoordig betere zorg, hebben hogere verwachtingen en willen meer begeleiding. Echter kost dit geld, terwijl de overheid juist bezuinigt op de zorg. Klinieken, waaronder Tactus, krijgen een behandeling niet vergoed wanneer niet wordt voldaan aan de eisen van de zorgverzekeraar. Tactus moet dus een goede prijs-kwaliteit verhouding hebben voor de zorg die zij verleent om een vergoeding te krijgen en om niet weggeconcentreerd te worden door andere klinieken. Om deze reden heeft Tactus bezuinigingen doorgevoerd. Gezien de specifieke waarde van ergotherapie in de verslavingszorg onvoldoende geprofileerd is en Idzinga in de loop der jaren steeds meer taakgebieden en uiteenlopende vragen op zich heeft genomen, zien haar collega's haar steeds minder in de rol van ergotherapeut. Hierdoor is volgens Idzinga de meerwaarde van ergotherapie niet duidelijk voor Tactus met als gevolg dat Tactus ergotherapie heeft wegbezuinigd.

Methodes: Er heeft een kwalitatief exploratief beschrijvend onderzoek plaatsgevonden. De data is verzameld middels interviews. Hierin is gevraagd naar kennis en ervaringen van experts op het gebied van verslaving en ergotherapie. Er zijn vier respondenten geïnterviewd middels een semi-gestructureerd interview. De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. De data uit de transcripties van de interviews zijn teruggebracht naar kleinere betekenisvolle tekstfragmenten en in een passende categorie geplaatst. De categorieën zijn systematisch vergeleken en geïllustreerd aan de hand van belangrijkste bevindingen, versterkt met quotes. Vervolgens zijn de deelvragen beantwoord naar aanleiding van de belangrijkste bevindingen uit de interviews en verbonden aan de context en de literatuur.

Resultaten: De kern van ergotherapie is, dat ergotherapie de situatie als geheel bekijkt, om het handelen en het functioneren binnen het dagelijks leven per individu te optimaliseren. Er wordt naar de mogelijkheden van de cliënt gekeken, zowel cognitief als fysiek om de zelfstandigheid te bevorderen. De doelgroep cliënten met verslavingsproblematiek heeft moeite met het aansturen en het reguleren van hun stemming en emoties. Voor deze doelgroep is het cruciaal om een zekere mate van zelfregulatie te ontwikkelen om zelfstandig te kunnen functioneren. In de verslavingszorg wordt voornamelijk gepraat tussen behandelaars en cliënten. De functies die tot zelfregulatie leiden zijn te herstellen door middel van training en zelfstandig oefenen. Een ergotherapeut zet de cliënt aan tot handelen en kijkt naar wat het handelen voor de cliënt betekent, zodat het betekenisvol wordt.

Discussie: Er is in dit onderzoek alleen Nederlandse literatuur geraadpleegd. Wegens tijdsrestrictie is er gekozen voor afname van vier interviews. Hierdoor is er in dit onderzoek geen sprake van verzadiging, waardoor er geen betrouwbare conclusies getrokken kunnen worden.

Conclusie: De verslavingszorg richt zich met name op het verbale aspect van de cliënt. De specifieke waarde van ergotherapie is dat zij het cliëntgericht werken combineert met het betekenisvol handelen en dat plaatst binnen de context van de cliënt. Voordat de cliënt kan werken aan zijn participatieproblemen, is het noodzakelijk dat hij zelfregulatie ontwikkelt. Hier kan ergotherapie van specifieke waarde zijn. Ergotherapie achterhaalt waar de activiteit mis gaat en kan middels activiteiten de vaardigheden van de cliënt trainen die zelfregulatie mogelijk maken. Dit bevordert het zelfstandig functioneren van de cliënt en het participeren in de maatschappij.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
2. Aanleiding	5
3. Onderzoekscontext	6
3.1 Onderzoekorganisatie	6
3.2 Context	6
4. Oriënterend literatuuronderzoek	7
4.1 Wet- en regelgeving	7
4.2 Doelgroep cliënten met verslavingsproblematiek	8
4.3 Participatieproblematiek	10
4.4 Reden voor klinische opname	12
4.5 Klinische behandeling Tactus	12
4.6 Kerndomein van de ergotherapie	12
4.7 Theoretisch kader	12
5. Probleemanalyse	13
5.1 Macroniveau	13
5.2 Mesoniveau	15
5.3 Microniveau	16
6. Probleem,- doel en – vraagstelling	16
6.1 Probleemstelling	16
6.2 Onderzoeksdoel	16
6.3 Onderzoeksvraag	16
6.4 Deelvragen	16
6.5 Begrippen	17
7. Noodzaak van het onderzoek	17
8. Dataverzameling	17
8.1 Respondenten	18
8.2 Interviews	18
9. Resultaten	18
10. Data-analyse	23
11. Discussie	27
11.1 Discussie resultaten	27
11.2 Discussie methodologie	27
12. Conclusie	29
12.1 Conclusie deelvragen	29
12.2 Conclusie onderzoeksvraag	30
13. Aanbevelingen	30
14. Relevantie	31
14.1 Suggesties voor vervolgonderzoek	32
15. Begrippenlijst	33
16. Literatuurlijst	34
17. Bijlagen	39
Bijlage 1: Doelgroepen	39
Bijlage 2: Informatiebrief respondenten	40
Bijlage 3: Interviewguides	41
Bijlage 3a: Interviewguide Bea van Bodegom	41
Bijlage 3b: Interviewguide Jaap van der Stel	46
Bijlage 3c: Interviewguide Riet Idzinga	52
Bijlage 3d: Interviewguide Jannie de Jong	57
Bijlage 4: Informed consent	62
Bijlage 5: Zoekverslag literatuuronderzoek	63

1. Inleiding

Naar aanleiding van het volgen van de minor 'Verslavingszorg' hebben Dian en Tessa ervoor gekozen om een praktijkgericht onderzoek te gaan doen met als onderwerp: Ergotherapie in de verslavingszorg. Hierbij zijn Marit en Lisette aangesloten wegens gezamenlijke interesses.

Op 3 oktober 2014 heeft de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), ergotherapeut Sander Taam aangereikt als opdrachtgever. Hij is werkzaam in de eerste lijns ergotherapie praktijk 'Noord-Holland'. Zijn werkzaamheden zijn gericht op trajectbegeleiding op het gebied van maatschappelijke re-integratie binnen de verslavingszorg. Op 2 februari 2015 is dit praktijkonderzoek van start gegaan. In overleg met school en de opdrachtgever is de volgende vraagstelling geformuleerd, namelijk: *"Wat voor handvatten hebben ergotherapeuten die werkzaam zijn in de eerstelijns met de doelgroep alcohol en drugsverslaving nodig om de cliënten betrokken te houden in het rehabilitatietraject tijdens de fasen van gedragsverandering: uitvoeren en volhouden?"* Echter in de loop van het project, op 23 maart, is gebleken dat het woord 'rehabilitatietraject' voor de opdrachtgever een andere betekenis heeft dan voor de opleiding ergotherapie. Voor de opdrachtgever houdt 'rehabilitatietraject' in: 'het organiseren van groepsbijeenkomsten zonder een ergotherapeutische insteek', namelijk in de vorm van lotgenotencontact. De onderzoeksvraag die de opdrachtgever in gedachten had, was niet in overeenstemming met de eisen die de opleiding ergotherapie stelt aan praktijkgericht onderzoek. Om die reden is dit praktijkonderzoek 24 maart 2015 beëindigd en zijn de junior onderzoekers op zoek gegaan naar een nieuwe opdrachtgever.

Op 2 april 2015 heeft de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen een nieuwe opdrachtgever aangereikt voor praktijkonderzoek. De opdrachtgever is Riet Idzinga, werkzaam binnen de klinische setting van Tactus verslavingszorg Zutphen. Zij was werkzaam als ergotherapeut op de afdeling resocialisatie. Deze afdeling omvatte de behandelfase gericht op terugkeer in de maatschappij. Heden heeft Idzinga de functie als senior sociotherapeut.

2. Aanleiding

Tactus heeft besloten Idzinga's functie als ergotherapeut weg te bezuinigen. Volgens Idzinga heeft dit geen specifieke aanleiding. Veel veranderingen in de zorg zijn niet logisch terug te voeren naar stelstel wijzigingen, aldus Idzinga. Volgens Idzinga zijn er verschillende punten die hebben geleid tot het opheffen van de ergotherapeutische functie; bezuinigingen vanuit de overheid, wijzigingen en marktwerking binnen de zorgverzekeringen en bezuinigingen vanuit Tactus.

Daarnaast benoemt Idzinga dat zij binnen Tactus meer als 'persoon' wordt gezien dan als ergotherapeut. Naast de aanleiding die Riet beschrijft, wordt het probleem geanalyseerd op macro-, meso en microniveau in *hoofdstuk 5 'Probleemanalyse'*.

Bezuinigingen vanuit de overheid

Volgens Idzinga wordt er in 2015 bezuinigd op de zorg, wat heeft geleid tot een aantal wetsveranderingen met betrekking op de zorg. Gevolg voor Tactus is dat zij ook moet bezuinigen om binnen het budget te blijven. Hier wordt verder op in gegaan in *hoofdstuk 4.1 Wet- en regelgeving*.

Wijzigingen en marktwerking binnen de zorgverzekering

Volgens Idzinga heeft vooral de groeiende marktwerking tussen zorgverzekeraars invloed op het financiële aspect van Tactus. Het gevolg van marktwerking is dat elke zorgverzekeraar aparte prijs- en werkafspraken maakt met Tactus. De zorgverzekeraar stelt scherpere eisen, vergoedt steeds minder en stelt steeds meer administratieve verplichtingen, aldus Idzinga. Tactus krijgt de behandelingen pas vergoed wanneer aan het eind van het jaar blijkt dat zij aan de eisen van de zorgverzekeraar heeft voldaan. Hier moet rekening mee worden gehouden in de begroting. Dit doet Tactus door vooraf te bezuinigen.

Bezuinigingen vanuit Tactus

Tactus heeft besloten om preventief te bezuinigen om zo binnen de budgetten te blijven. Dit heeft Tactus gedaan middels:

- Het verminderen van opnames en het sluiten van afdelingen, waaronder de afdeling resocialisatie waar Idzinga werkzaam was. Gevolg is dat een gedeelte van de klinische opname is verschoven naar de ambulant setting van Tactus of andere organisaties.

- Een vacaturestop inlassen en tijdelijke contracten niet meer verlengen.
- Bezuinigen op gebouwen (o.a. middels het opzeggen van huurcontracten en het samenvoegen van afdelingen/ gebouwen) en op overige kosten (informatie- en communicatietechnologie (ICT), inkoop, facilitair).
- Reorganisatie; bezuinigen op de grootste kostenpost, de personeelskosten. Er is vooral gekeken naar welke behandelaars direct gericht zijn op genezing, zoals: psychiaters, psychologen en sociotherapeuten. Andere disciplines, zoals de vaktherapieën en ergotherapie die niet direct gericht zijn op genezing, zijn opgeheven.

Profilering van Idzinga

Idzinga was 22 jaar, van 1993 tot februari 2015, werkzaam als enige ergotherapeut binnen de organisatie Tactus. Idzinga was werkzaam op de resocialisatie afdeling. Hier werden resocialiserende activiteiten georganiseerd gericht op: zelfredzaamheid, dagbesteding, arbeid, sociale en praktische vaardigheidstraining, zowel individueel als in groepsverband. Naast de ergotherapeutische functie heeft Idzinga de laatste tien jaar een senior functie gehad op de resocialisatie afdeling. Mede door deze functie heeft Idzinga zich meer geprofileerd op het gebied van coördinerende taken dan als ergotherapeut. In de loop der jaren heeft Idzinga steeds meer taakgebieden en uiteenlopende vragen op zich genomen. Het gevolg hiervan is dat haar collega's Idzinga steeds meer zijn gaan zien als een aanspreekpunt voor specifieke vragen en steeds minder als ergotherapeut. Volgens Idzinga is de meerwaarde van ergotherapie binnen de verslavingszorg niet duidelijk voor Tactus, aangezien ze haar binnen Tactus meer zien als persoon dan in de rol van een ergotherapeut.

Per 1 februari 2015 is de huidige functie van Idzinga; senior-coördinerende taken- sociotherapeut op de klinische behandel afdeling gericht op de genezing van verslaving. Idzinga ziet ergotherapie als toegevoegde waarde binnen de klinische verslavingszorg, omdat ergotherapie op andere punten is gefocust dan sociotherapie. Het verschil tussen sociotherapie en ergotherapie legt Idzinga als volgt uit: een sociotherapeut focust met name op hoe de cliënt in een groep functioneert en gaat de interactie met de cliënt verbaal aan. Een ergotherapeut focust met name op het handelen van de individu en houdt rekening met de context van de cliënt. Hoe handelt een cliënt en waar loopt de cliënt fysiek en/ of cognitief tegen aan. Een ergotherapeut geeft de cliënt inzicht door het daadwerkelijk doen. Daarbij houdt de ergotherapeut rekening met wat de cliënt betekenisvol vindt.

3. Onderzoekscontext

3.1 Onderzoeksorganisatie

Tactus verslavingszorg bestaat uit 40 vestigingen verdeeld over de provincies: Flevoland, Overijssel en Gelderland. Van de 40 vestigingen zijn er 7 klinische instellingen, die gezamenlijk een capaciteit hebben van 225 klinische bedden. Over alle vestigingen telt Tactus circa 1100 medewerkers. Als gehele organisatie behandelt Tactus ruim 10.000 cliënten per jaar (Tactus. z.d.).

3.2 Context

Het onderzoek vindt plaats binnen de instelling Tactus verslavingszorg te Zutphen. Tactus richt zich op hulpverlening aan cliënten met verslavingsproblematiek betreft het gebruik van alcohol, drugs en medicijnen of met problemen die te maken hebben met gokken, eten, seks, internet of een combinatie daarvan. Tactus is er voor mensen die vrijwillig hulp zoeken. Evenals voor mensen die mede door hun verslaving in aanraking komen met justitie en met een rechterlijke machtiging worden opgenomen. Daarnaast richt Tactus zich op het netwerk van de cliënt, bijvoorbeeld de partner, de familie, de school, de werkgever en hulpverlener(s). Bij Tactus Zutphen kunnen mensen met een verslaving terecht voor een klinische behandeling van maximaal vier maanden, zowel voltijd als deeltijd. Een voltijdbehandeling varieert van vijf tot zeven dagen per week met verblijf. In een deeltijdbehandeling neemt een cliënt drie dagen per week deel aan het behandelprogramma. Daarnaast heeft Tactus een crisis/detoxopvang. Deze opname duurt één week (Tactus. z.d.).

Volgens Idzinga werden er vijf jaar geleden nog cliënten klinisch opgenomen die gemotiveerd waren om van hun verslaving af te komen. Deze cliënten konden een volledig behandel programma aan en hadden voldoende ziekte inzicht. Deze 'simpele casussen' worden nu niet meer klinisch behandeld, maar ambulante. Dit komt doordat de AWBZ overgegaan is naar de Wmo. Dit wordt toegelicht in *hoofdstuk 4.1 'wet- en regelgeving'*. Door deze

verandering is de doelgroep die wel in aanmerking komt voor een klinische behandeling complexer geworden binnen de klinische setting van Tactus. Deze doelgroep vraagt meer specifieke zorg. Met 'complexer' wordt bedoeld; cliënten met dubbeldiagnostiek; waarbij de psychische problematiek meer op de voorgrond staat dan de verslaving, zoals beschreven staat in *hoofdstuk 4.2 'doelgroep cliënten met verslavingsproblematiek'*. Dit betekent dat Tactus met minder budget en een steeds kortere behandelduur, complexere casussen moet behandelen. Binnen de instelling zijn hiervoor specifieke zorgpaden, zoals licht verstandelijke beperking en verslaving, opgericht om de behandeling van verslaving beter aan te laten sluiten bij de cliënten met een psychische problematiek. In dit onderzoek wordt niet gericht op één doelgroep. Maar op cliënten met verslavingsproblematiek in het algemeen.

4. Oriënterend literatuuronderzoek

Aan de hand van de aanleiding, die gevormd is vanuit het verhaal van de opdrachtgever, is er oriënterend literatuuronderzoek gedaan om de context beter te begrijpen. Dit is gedaan om vervolgens het praktijkprobleem te kunnen analyseren. Het oriënterend literatuuronderzoek helpt om te komen tot het formuleren van probleem-, vraag en doelstelling. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de:

- Veranderingen in de wet- en regelgeving (4.1)
- De doelgroep cliënten met verslavingsproblematiek- afhankelijkheid van middelen of de misbruik daarvan- (4.2)
- Participatie problematiek (4.3)
- Reden voor een klinisch opname (4.4)
- Kerndomein van de ergotherapie (4.5)

4.1 Wet- en regelgeving

De overheid bezuinigt in 2015 met 7,4 miljard op de centrale overheidsuitgaven. In de zorg worden de uitgaven met bijna 5 miljard euro gekort. In 2014 waren de zorguitgaven van de overheid € 77.8 miljard, de overheid wil dit in 2015 terug brengen naar € 72.9 miljard (Rijksoverheid, 2013b) (Rijksoverheid, 2014b). De overheid bezuinigt op de zorg aangezien de zorg een van de grootste kostenposten is met bijna een derde deel van de overheidsuitgaven. Hierin bezuinigen heeft dus het meeste effect (Rijksoverheid, z.d. a). In de GGZ zijn de uitgaven in 2015 met 12% ingekort ten opzichte van 2014 (Rijksoverheid, 2014b). Verslavingsklinieken vallen onder de GGZ, dit betekent dat klinieken als Tactus minder geld krijgen vanuit de overheid met als gevolg dat Tactus moet bezuinigen. Waar de verslavingsklinieken op bezuinigen verschilt per kliniek. De bezuinigen die Tactus heeft doorgevoerd zijn beschreven in de aanleiding.

Per 1 januari 2015 heeft de overheid besloten de langdurige zorg anders te gaan organiseren om de bezuinigingen binnen de zorg waar te maken (Rijksoverheid, 2015b). De verzorgingsstaat verandert langzamerhand in een participatiestaat. Dit benoemde de Koning in de troonrede van 2013 Tweedekamer Der staten- Generaal. (2014). Mede door de intrede van de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) in 2007 en de Participatiewet in 2015, verandert Nederland in een participatiestaat. De regering streeft steeds meer naar een samenleving waarin iedereen meedoet. "Mensen met een psychische stoornis moeten volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij" (GGZ, 2015). Aangezien mensen met een psychische stoornis of een verslaving moeite hebben met deelname in de maatschappij, hebben deze mensen extra begeleiding nodig. Mede hierdoor stijgen de zorgkosten (Rijksoverheid, z.d. b). De overheid verwacht bij de overdracht van zorgtaken aan de gemeente (Wmo) en door de komst van de Participatiewet verbetering in beleid en uitvoering. Deze verandering in de zorg moet voor meer maatwerk en uiteindelijk ook lagere kosten gaan zorgen (Rijksoverheid, z.d. b).

- De Participatiewet vervangt sinds 1 januari 2015 de Wet Werk en Bijstand (WWB), Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en een groot deel van de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong). De Participatiewet is er om zoveel mogelijk mensen met of zonder een arbeidsbeperking te ondersteunen en te begeleiden in de arbeidsmarkt (Rijksoverheid, 2015a).

Doordat de overheid wil bezuinigen op de langdurige zorgkosten is de AWBZ hervormd (Van Rijn, 2014). De AWBZ was er voor degenen die zorg thuis of in een instelling nodig hadden. Alle Nederlanders hadden automatisch een verzekering, namelijk de AWBZ (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014). Een deel van de

vergoedingen van de AWBZ was bij andere wetten ondergebracht, namelijk bij de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze wetten worden hieronder toegelicht.

De AWBZ taken zijn vanaf 1 januari 2015 ondergebracht bij nieuwe en bestaande wetten (Zorgwijzer, 2015a), namelijk:

- De Wet langdurige zorg (WLZ)
De WLZ is er voor degenen die de hele dag toezicht of intensieve zorg dichtbij nodig hebben (Rijksoverheid, 2015b).
- De Zorgverzekeringswet (Zvw) sinds 2006
Deze Zvw stelt een basisverzekering verplicht voor iedereen die rechtmatig in Nederland woont. Deze basisverzekering regelt kortdurende, op genezing gerichte zorg (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015). De cliënt die zich aanvullend wil verzekeren, betaalt hier meer voor. De Zvw zorgt ervoor dat de zorgverzekeraars verplicht zijn om iedereen die rechtmatig in Nederland woont voor de basisverzekering te accepteren (Rijksoverheid, z.d. c).
De opnames binnen Tactus vallen vanaf 2008 onder de Zvw (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014b).
- De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) sinds 2007
“Het maatschappelijk doel van de Wmo is ‘meedoen’. De wet moet ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en kunnen meedoen in de samenleving. Al niet geholpen door vrienden, familie of bekenden” (Transitiebureau, 2015). Wanneer dit niet haalbaar is, dan biedt de gemeente ondersteuning. De Wmo regelt hulp en ondersteuning, passend bij iemand zijn persoonlijke omstandigheden (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014b).
- Jeugdwet
De jeugdwet betreft de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugd en ouders bij; opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Rijksoverheid, 2013a).

Er zijn door de wetsverandering een aantal verschuivingen ontstaan in de verdeling van de vergoedingen per wet. Deze wetsverandering heeft echter geen directe gevolgen voor Tactus aangezien de klinische opnames binnen verslavingsklinieken nog steeds onder de Zvw vallen en vergoed worden (Rijksoverheid, 2014a).

Indirect heeft de wetsverandering wel gevolgen voor Tactus. Dit heeft te maken met afspraken die GGZ Nederland heeft gemaakt met de overheid en andere partners in het Bestuurlijk Akkoord en in het zorgakkoord over de langdurige zorg (GGZ, 2015). Een belangrijke ontwikkeling die is voortgekomen uit deze afspraken is de ambulantisering in de GGZ. Een derde van de bedden wordt afgebouwd en cliënten worden zoveel mogelijk thuis behandeld. Cliënten die een minder complexe verslaving hebben, zullen thuis behandeld worden. Voor Tactus heeft dit als gevolg dat de casussen binnen de klinische setting steeds complexer worden. Deze complexere casussen vragen ook specifieke zorg, zoals beschreven staat in *hoofdstuk 3.2 ‘Context’*

Daarnaast is er door de intrede van de zorgverzekeringswet in 2006 marktwerking ontstaan tussen de verzekeraars. De zorgverzekeraars concurreren onderling met elkaar om de beste zorg tegen de laagste prijs te bezorgen (Zorgwijzer, 2015b). Hierdoor vergoeden zorgverzekeraars steeds minder en worden de eisen waar zorginstellingen aan moeten voldoen steeds strenger (Stel, 2012). Door de bezuinigingen van de overheid op de zorg in 2015 is de marktwerking tussen de zorgverzekeraars sterk toegenomen. Dit betekent voor Tactus dat zij minder vergoed krijgt door de zorgverzekeraars. Ook moet Tactus haar beleid aanpassen aan de eisen van de zorgverzekeraars om de behandelingen vergoed te krijgen. Tactus weet pas aan het eind van het jaar of zij aan de eisen voldaan heeft en dus of de behandeling vergoed wordt.

De gevolgen van de bezuinigingen en veranderende wet- en regelgeving voor Tactus zijn dus dat zij moet bezuinigen. Tactus moet complexere casussen behandelen, omdat cliënten met een minder complexe verslaving thuis behandeld zullen worden. Op welke manier Tactus de bezuinigingen doorgevoerd, is aan het beleid van Tactus. De bezuinigingen van Tactus zijn benoemd in *hoofdstuk 2 ‘Aanleiding’*.

4.2 Doelgroep cliënten met verslavingsproblematiek

Cliënten met verslavingsproblematiek hebben vaak naast de verslaving een psychische stoornis (Dom et al, 2013). Omdat de simpelere casussen ambulante behandeld worden, blijven volgens Idzinga met name de complexere casussen over voor de klinische behandeling. Complexere casussen zijn de cliënten met een verslaving en een psychische stoornis, zoals een depressie, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) of een bipolaire stoornis. Deze zogenoemde dubbeldiagnose cliënten hebben op verschillende gebieden meer problemen dan cliënten met een enkelvoudige diagnose. Ze zijn vaker dakloos, hebben geen werk of daginvulling, financiële problematiek en hebben een klein sociaal netwerk (Dom et al, 2013). Het misbruik van middelen en een psychische aandoening versterken elkaar en maken de behandeling moeilijker. “Zo kan de psychische stoornis het aantrekkelijk maken om alcohol of drugs te gaan gebruiken. En het gebruik van verslavende middelen kan leiden tot een toename van de symptomen van de psychische aandoening” (Solutions center, z.d.). Het is daarom extra moeilijk om de cirkel te doorbreken. Aangezien de klinische opnameduur is verkort, als gevolg van de bezuinigingen in de zorg, is er minder tijd om deze cirkel te doorbreken.

Volgens Idzinga zijn de grootste en snelst groeiende doelgroepen waar Tactus mee te maken heeft: mensen met ADHD, mensen met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) en ouderen van 55+. Deze doelgroepen zijn beschreven in *Bijlage 1 ‘Doelgroepen’*. In dit onderzoek wordt niet ingegaan op deze doelgroepen, maar op cliënten met verslavingsproblematiek in het algemeen.

In 1964 heeft de World Health Organization (WHO) de term ‘addiction’ (verslaving) vervangen voor ‘dependence’ (afhankelijkheid)” (Stel, 2012, p. 21). De term verslaving komt ook in de DSM-IV-TR (het psychiatrisch classificatiesysteem) niet voor. In het dagelijks spraakgebruik en in de literatuur wordt de term verslaving wel nog steeds gebruikt (Stel, 2012), zo ook in dit onderzoeksrapport. “De DSM-IV-TR geeft criteria voor stoornissen die door het middel teweeg worden gebracht en stoornissen in het gebruik van een middel die leiden tot afhankelijkheid. Verder defineert dit systeem de term misbruik” (Stel, 2012, p. 21). In deze paragraaf worden de termen afhankelijkheid en misbruik gedefinieerd aan de hand van de DSM-IV-TR.

Afhankelijkheid

Afhankelijkheid: een patroon van onaangepast gebruik van een middel, dat beperkingen of lijden in het dagelijks leven veroorzaakt (Stel, 2012). Er kan afhankelijkheid bestaan van een bepaalde gewoonte of een middel. Er wordt van afhankelijkheid gesproken wanneer iemand:

- Steeds meer nodig heeft van een bepaald middel om hetzelfde effect te krijgen.
- Ontwenningssverschijnselen krijgt wanneer hij niet gebruikt. Dit kan gaan om lichamelijke verschijnselen, zoals zweten of trillen, maar ook geestelijke verschijnselen zoals onrustig zijn of in paniek raken. De betrokkene heeft geen controle meer over het gebruik van het middel of er is sprake van tolerantie of onthoudingsverschijnselen.
 - Controleverlies houdt in dat de verslaafde meer gebruikt dan voorgenomen; het lukt niet om te stoppen of te minderen. Ook het hele denken en doen wordt grotendeels bepaald door het middel.
 - Tolerantie betekent dat de verslaafde een steeds grotere dosis van het middel nodig heeft om hetzelfde effect te behalen. Dezelfde dosis heeft dus steeds minder effect.
 - Onthoudingsverschijnselen ontstaan wanneer iemand stopt met gebruik van het middel. Het gaat daarbij om; misselijkheid, transpireren, trillen, prikkelbaarheid, angst en slapeloosheid.
- Gebruikt om de ontwenningssverschijnselen tegen te gaan. Iemand moet gebruiken om zich goed te voelen.
- Er gaat een grote deel van de tijd op aan activiteiten om aan het middel te komen of aan het herstellen van de effecten van het middel.
- Sociale contacten, beroepsmatige werkzaamheden of vrijetijdsbesteding wordt opgeheven of verminderd vanwege het gebruik van het middel.
- Het gebruik van het middel wordt voortgezet, ondanks de cliënt weet dat dat de sociale, psychische, lichamelijke problemen die de hij ervaart waarschijnlijk ontstaan door het middel of juist worden verergerd (American Psychiatric Association, 2014).

Misbruik

Misbruik: een patroon van onaangepast gebruik van een middel, dat leidt tot beperkingen of lijden over een periode van minstens twaalf maanden (Stel, 2012). Hierbij is geen sprake van afhankelijkheid. Er hoeft ook nog geen sprake te zijn van lichamelijke of psychische schade (Verslavingszorg Noord Nederland, 2015). Het gaat hierbij om de volgende situaties:

- Door herhaaldelijk gebruik van het middel, niet meer kunnen voldoen aan de verplichtingen op werk, school of thuis.
- Herhaaldelijk gebruik van het middel in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is, onder andere onder invloed van het middel in het verkeer of tijdens werkzaamheden.
- Herhaaldelijk in aanraking komen met justitie, in samenhang met het middel.
- Blijven gebruiken ondanks de problematiek op sociaal, relationeel terrein, veroorzaakt door de effecten van het middel.
- Problemen op het werk, op school, thuis, met politie of justitie, op relationeel gebied of in het verkeer, als gevolg van gebruik van het middel (American Psychiatric Association, 2014).

4.3 Participatieproblematiek

Afhankelijkheid of misbruik van een middel kan leiden tot participatieproblematiek. Zoals eerder benoemd in *hoofdstuk 4.3 'cliënten met verslavingsproblematiek'*, wordt bij afhankelijkheid het 'denken' en 'doen' grotendeels bepaald door het middel (American Psychiatric Association, 2014). Door herhaaldelijk gebruik van het middel wordt de participatie minder; er kan niet meer voldaan worden aan de verplichtingen op werk, school of thuis. De betekenisvolle activiteiten worden steeds meer gericht op het verkrijgen of gebruiken van middelen, waardoor vrijetijdsbesteding wordt opgeheven of verminderd (American Psychiatric Association, 2014).

Psychische problemen, zoals depressie of vergeetachtigheid, of lichamelijke problemen, zoals uitputting, kunnen ontstaan of verergeren door het middelengebruik (Trimbos instituut, z.d.). Niet alleen de betrokkene zelf ervaart hier problemen in, maar ook vaak zijn omgeving. Iemand kan zichzelf, maar ook anderen in gevaar brengen door fysiek gevaarlijk te zijn, bijvoorbeeld door onder invloed deel te nemen aan het verkeer. Op relationeel gebied ontstaan vaak problemen op het werk, op school, thuis, met politie of justitie, als gevolg van gebruik van een middel (American Psychiatric Association, 2014). Er kunnen conflicten ontstaan of contacten worden verbroken (Trimbos instituut, z.d.). Tevens heeft deze groep vaak financiële problemen (Kerssemakers, Meerten, Noorlander & Vervaeke, 2008). Volgens van der Stel (2015) heeft deze participatieproblematiek te maken met het feit dat cliënten met verslavingsproblematiek vaak problemen ervaren op het gebied van executieve functies die zelfregulatie mogelijk maken.

Executieve functies zijn vaardigheden die iemand helpen om te beslissen op welke taken of activiteiten hij de aandacht moet richten en welke hij kiest om uit te voeren (Hart & Jacobs, 1993 uit Dawson & Guare, 2015). Er kan een verschil gemaakt worden tussen twee soorten executieve functies, namelijk de koude- en warme executieve functies (Ardila, 2008).

Zelfregulatie is de verzamelterm voor alle psychische processen waarmee mensen afstand kunnen nemen van zichzelf en invloed kunnen uitoefenen op hun emoties, motivaties, cognitie en gedrag (Stel, 2015).

Met de koude executieve functies worden de denkvaardigheden bedoeld. Hiermee kan iemand doelen kiezen en realiseren of oplossingen bedenken voor problemen (Dawson & Guare, 2010).

De volgende functies vallen hieronder (Ardila, 2008; Dawson & Guare, 2011):

- Probleemoplossend vermogen: Herkennen van een probleem en in actie te komen om het probleem op te lossen;
- Abstract denken: Een voorstelling kunnen maken;
- Planning: Het vermogen om een plan te bedenken om een doel te bereiken of een taak te voltooien. Tevens gaat het ook om het vermogen om beslissingen te nemen over waar we onze aandacht op moeten richten of niet;
- Organisatie: Het vermogen om dingen volgens een bepaald systeem te regelen of te ordenen;
- Time-management: Binnen een vastgestelde tijd de taak of activiteit uitvoeren;

- Werkgeheugen: De vaardigheid om reeds eerder geleerde vaardigheden, ervaringen of probleemoplossingsstrategieën toe te passen in een actuele of toekomstige situatie;
- Metacognitie : Het vermogen om afstand te nemen om de situatie te overzien en hoe je daar in handelt. Het gaat daarbij om zelf monitoring en zelfevaluatie” (Dawson & Guare, 2015).

Onder de warme executieve functies behoren de vaardigheden die iemand gebruikt om gedrag aan te sturen of aan te passen (Dawson & Guare, 2011). Ze zijn verantwoordelijk voor de coördinatie tussen cognitie en emotie. De volgende functies vallen hieronder (Ardila, 2008):

- “Reactie-inhibitie: Het vermogen om na te denken voor we iets doen, waardoor we de tijd krijgen om een situatie te beoordelen en na te gaan hoe ons gedrag deze beïnvloedt;
- Emotieregulatie: Het vermogen om emoties te reguleren om doelen te realiseren, taken te voltooien of gedrag te controleren en te sturen;
- Volgehouden aandacht: De vaardigheid om aandacht te blijven schenken aan een situatie of taak, ondanks afleiding, vermoeidheid of verveling;
- Taakininitiatie: Het vermogen om zonder te aarzelen aan een taak te beginnen, op tijd en op een efficiënte wijze;
- Flexibiliteit: De vaardigheid om plannen te herzien als zich belemmeringen of tegenslagen voordoen, zich nieuwe informatie aandient of er fouten worden gemaakt. Het gaat daarbij om aanpassing aan veranderde omstandigheden;
- Doelgericht doorzettingsvermogen: Het vermogen om een doel te formuleren, dat te realiseren en daarbij niet afgeleid of afgeschrikt te worden door andere behoeften of tegengestelde belangen” (Dawson & Guare, 2015).

Wat kan een ergotherapeut hierin betekenen?

De behandeling van de ergotherapeut richt zich op activiteiten, handelings- en participatieniveau (Polatajko, Townsend, & Craik, 2007). Een ergotherapeut zet zich in voor de gezondheid en welzijn van de cliënt, met als aangrijpingspunt het mogelijk maken van het handelen, zodat participatie gerealiseerd kan worden (Hartingsveldt, Logister- Proost & kinébanian, 2010). Om te kunnen participeren in de samenleving zijn de executieve functies van belang (Dawson, & Guare, 2015). Met name wanneer tijdens het handelen, er niet de mogelijkheid is om terug te vallen op gewoonten en routines (Stehmann-Saris, Heugten, Kinébanian, & Dekker, 2003). Er wordt voornamelijk beroep gedaan op de warme executieve functies als er een nieuwe uitdaging aan bod komt of om een bepaald doel te verwezenlijken (Dawson & Guare, 2015). Dit is van toepassing op de doelgroep cliënten met verslavingsproblematiek, gezien de uitdaging van deze doelgroep (in de klinische verslavingszorg) is om niet terug te vallen in zijn oude routine of gewoonte van middelengebruik. Hiervoor heeft hij met name zijn warme executieve functies nodig om te kunnen participeren in de samenleving.

4.4 Reden voor klinische opname

Cliënten met verslavingsproblematiek komen vaak pas na een lang traject van afhankelijkheid- of misbruik van middelen terecht bij de verslavingszorg (Stel, 2012). De klinische zorg is vooral gericht op het bereiken van abstinentie, oftewel onthouding van middelen. Voor een klinische opname bij Tactus is het van belang dat de cliënt zelf de keuze heeft gemaakt om te stoppen met gebruik. Dit omdat de behandeling is gebaseerd op de motivatie om te stoppen met middelengebruik. “Pas op het moment dat de stand van zaken voldoende afwijkt van het gewenste of verwachte ideaal, ontstaat de motivatie om te veranderen” (Miller & Rollinck, 2010, p. 28).

4.5 Klinische behandeling Tactus

De klinische behandeling van Tactus omvat drie doelen: Lichamelijke ontgifting, probleeminventarisatie, het maken van een keuze voor ambulante begeleiding na de klinische opname (Tactus, z.d.)

Binnen Tactus bestaat tevens de crisisopvang; een crisisopname duurt één week. In deze week wordt op de detox-afdeling getracht de cliënt te laten ontgiften en daarnaast de cliënt tot rust te laten komen. In deze periode wordt doormiddel van een individueel gesprek, tussen de cliënt en de verpleegkundige, gekeken wat tot de crisis heeft geleid en wat er voor nodig is om een volgende crisis te voorkomen (Tactus, z.d.).

4.6 Kerndomein van de ergotherapie

Het kerndomein en het primaire doel van ergotherapie is het mogelijk maken van handelen (Hartingsveldt et al., 2010). Handelen leidt tot participatie (Granse, Hartingsveldt & Kinébanian, 2012). Elementen van het domein ergotherapie zijn: de cliënt, de context en de activiteiten. Deze elementen samen maken het handelen mogelijk (Hartingsveldt et al., 2010).

Ergotherapie legt de focus op het mogelijk maken van het handelen, geplaatst in de context (Kinébanian, Granse & Hartingsveldt, 2013; Hartingsveldt, et al., 2010). De context is van invloed op hoe mensen handelen. Het bepaalt de betekenis van rollen, taken en activiteiten voor mensen (Hamilton, 2004). Met 'handelen' wordt bedoeld dat de activiteiten die uitgevoerd worden om het handelingsdoel te bereiken, contextgebonden, ervaringsvol en betekenisvol zijn (Hartingsveldt, et al., 2010).

Een belangrijke beoogde doelstelling van een ergotherapeut is participatie van de cliënt in de maatschappij. Ergotherapeuten werken vanuit het uitgangspunt: 'veranderen door handelen', waarbij cliënten maar ook de context veranderd kunnen worden. Tijdens uitvoering van activiteiten ervaart de cliënt betrokkenheid, is er gerichte aandacht en doet de cliënt ervaringen op. Handelen leidt hierdoor tot participatie; er wordt betrokkenheid ervaren door activiteiten uit te voeren en onderdeel te zijn van de context (Kinébanian, et al., 2013).

Ergotherapie onderscheidt zich van andere disciplines door zich niet te richten op de aandoening of vermindering van ziekte symptomen. De focus wordt gelegd op het betekenisvol handelen, door rekening te houden met wat de cliënt zelf wil en belangrijk vindt (Bakkum, 2005). Er wordt gekeken naar de mogelijkheden van de cliënt en zijn fysieke en sociale omgeving om te leren omgaan met een cognitieve en of fysieke beperking (Kinébanian, et al., 2013).

Daarnaast kijkt een ergotherapeut met een holistische visie naar cliënten. Er wordt een onderlinge samenhang gezien tussen lichaam, geest en gevoel (Davies, 2006). Een holistische kijk is van belang bij mensen met een verslaving, omdat er sprake is van een circulaire interactie tussen fysieke, psychische en sociale problematiek (Kinébanian, Satink & Nes, 2006). Een verslaving vormt vaak een kettingreactie; het ene probleem is het gevolg van het andere (Stel, 2012). Een ergotherapeut kan mensen in staat stellen deel te nemen aan betekenisvolle handelingen die voldoening geven en hun lichamelijke en emotionele welzijn bevorderen. Hierdoor kan de cliënt zichzelf motiveren en met behulp van de ergotherapeut organiseren in de uitvoering van het handelen (Kinébanian, et al., 2013).

Een ander kenmerk van ergotherapie is het gebruik van real-life activiteiten. Ergotherapeuten zijn namelijk geschoold in het gebruik van activiteitenanalyses, graderen en aanpassen om cliënten kleine stappen vooruit te laten maken (Gutman, 2006). Het gaat daarbij om werk gerelateerde activiteiten, activiteiten in de vrije tijd en life skills training, bijvoorbeeld: zelfzorg, schoonmaken, boodschappen, koken en budgetteren. Volgens Davies (2006) is ergotherapie van belang in werk en vrijetijdsbesteding, omdat deze punten zorgen voor een gestructureerde dag en het verhogen van de kwaliteit van leven. Door ergotherapie toe te passen binnen de behandeling van Tactus, wordt participatie in het dagelijks leven mogelijk voor de cliënt.

4.7 Theoretisch kader

Het theoretisch kader vormt de eindconclusie van het oriënterend literatuuronderzoek. De overheid bezuinigt in 2015 ongeveer 5 miljard euro op de zorg (Rijksoverheid, 2014b). Dit maakt dat er minder geld beschikbaar is voor Tactus, waardoor Tactus moet bezuinigen. Tactus bezuinigt vooral op de behandelduur en personeelskosten, omdat dit de grootste kostenposten zijn. Als gevolg van de bezuinigingen vanuit de overheid is de AWBZ vervangen door de WLZ, WMO, ZVW en de Jeugdwet. Direct heeft dit geen gevolgen voor Tactus; de opnames binnen Tactus worden namelijk nog steeds vergoed door de ZVW. Indirect hebben de wetsveranderingen wel gevolgen voor Tactus, namelijk dat er ambulantisering optreedt. Hierdoor worden de casussen binnen de klinische setting van Tactus steeds complexer. De uiteindelijke gevolgen van de bezuinigingen en veranderende wet- en regelgeving zijn voor Tactus dat zij complexere casussen moet behandelen binnen een kortere opnameduur met minder personeel en minder verscheidenheid aan disciplines.

Cliënten met verslavingsproblematiek komen vaak pas na een lang traject van afhankelijkheid- of misbruik van

middelen terecht bij de verslavingszorg (Stel, 2012). Voor een klinische opname bij Tactus is het van belang dat de cliënt zelf de keuze heeft gemaakt om te stoppen met gebruik. Dit omdat de behandeling is gebaseerd op de motivatie om te stoppen met middelengebruik. (Miller & Rollinck, 2010, p. 28). Zoals hierboven is benoemd, worden de casussen van de cliënten binnen Tactus steeds complexer door de ambulantisering als gevolg van de bezuinigingen. De complexere casussen waar Tactus veelal mee te maken heeft zijn de cliënten met een verslaving en een psychische stoornis, ook wel cliënten met een dubbeldiagnose genoemd (Dom et al, 2013). Het misbruik van middelen en een psychische aandoening versterken elkaar, waardoor het lastig is om de cirkel te doorbreken (Solutions center, z.d.). Echter heeft Tactus door de verkorte opnameduur als gevolg van de bezuinigingen, minder tijd om deze cirkel te doorbreken. Dit maakt het behandelen van de cliënten met een dubbeldiagnose moeilijker.

Mensen met verslavingsproblematiek hebben problemen op het gebied van participatie. Door de verslaving wordt de participatie minder; er kan niet meer voldaan worden aan de verplichtingen op werk, school of thuis, vrijetijdsbesteding wordt opgeheven of verminderd (American Psychiatric Association, 2014). Tevens heeft deze groep vaak financiële problemen (Kerssemakers, Meerten, Noorlander & Vervaeke, 2008).

Het kerndomein en het primaire doel van ergotherapie is het mogelijk maken van handelen (Hartingsveldt et al., 2010). Handelen leidt tot participatie (Granse, Hartingsveldt & Kinébanian, 2012). Elementen van het domein ergotherapie zijn: de cliënt, de context en de activiteiten. Deze elementen samen maken het handelen mogelijk (Hartingsveldt et al., 2010). Een ergotherapeut kan mensen in staat stellen deel te nemen aan betekenisvolle handelingen die voldoening geven en hun lichamelijke en emotionele welzijn bevorderen. (Kinébanian, et al., 2013). Een kenmerk van ergotherapie is het gebruik van real-life activiteiten, zoals: zelfzorg, schoonmaken, boodschappen, koken en budgetteren. Volgens Davies (2006) is ergotherapie van belang in werk en vrijetijdsbesteding, omdat deze punten zorgen voor een gestructureerde dag en het verhogen van de kwaliteit van leven. Door ergotherapie toe te passen binnen de behandeling van Tactus, maak je participatie in het dagelijks leven mogelijk voor de cliënt. Wat het kerndomein van ergotherapie precies kan betekenen voor mensen met verslavingsproblematiek en met name voor hun participatieproblemen is niet bekend in de literatuur. Dit zal dus verder onderzocht moeten worden.

Volgens van der Stel (2015) heeft de participatieproblematiek te maken met het feit dat cliënten met verslavingsproblematiek vaak problemen ervaren op het gebied van executieve functies die zelfregulatie mogelijk maken. Om te kunnen participeren in de samenleving zijn de executieve functies van belang (Dawson, & Guare, 2015).

Het onderzoeksteam ziet een overlap tussen het belang van executieve functies voor de cliënten om te kunnen participeren en de kern van ergotherapie. Het is in de literatuur echter niet bekend of ergotherapie wat kan betekenen in het verbeteren van de executieve functies van cliënten met verslavingsproblematiek, zodat zij beter kunnen participeren in de samenleving. Dit zal daarom verder onderzocht moeten worden via een andere methode.

5. Probleemanalyse

5.1 Macroniveau

Het praktijkprobleem is op macroniveau geanalyseerd aan de hand van de DESTEP-methode. Het gaat om factoren die Tactus niet kan beïnvloeden, maar die wel (indirect) van belang zijn voor de bedrijfsvoering (Kotler & Keller, 2011).

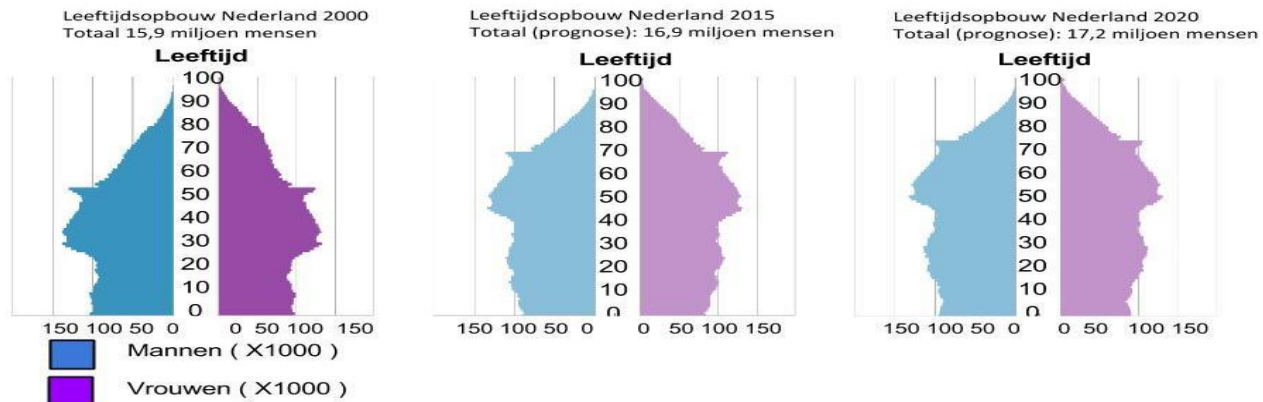
Demografische factoren:

Volgens de Rijksoverheid (2012) zorgt de vergrijzing ervoor dat er meer zorg gebruikt wordt. Vergrijzing betekent dat het aantal ouderen in de totale bevolking toeneemt. Volgens de CBS Bevolkingprognose zal het aantal 65-plussers in Nederland groeien van 2,7 miljoen in 2012 tot een hoogste punt van 4,7 miljoen in 2041. De komende jaren zal het aantal 65-79 jarigen fors stijgen. Vanaf 2025 neemt ook de dubbele vergrijzing, het aantal 80-plussers, fors toe.

Oorzaken voor de toenemende vergrijzing zijn:

- De geboorte ontwikkelingen van 1941-1970, de 'baby boom generatie'. Sinds 2011 passeert deze generatie de leeftijd van 65 jaar.
- De levensverwachting die toeneemt. Zie *Figuur 1 'leeftijdsopbouw Nederland'*

Vergrijzing doet aanspraak op de overheidsfinanciën; door de toenemende vergrijzing wordt de zorg in zijn geheel steeds duurder. Met als gevolg dat er op de gehele zorg bezuinigd moet worden, zo ook op de verslavingszorg. De collectieve uitgaven aan de Algemene ouderdomswet (aow) en de zorg zullen stijgen, terwijl de inkomsten geen gelijk beloop houden. Deze achteruitgang van het begrotingssaldo is op termijn uitzichtloos. Daarom moet de overheid haar beleid aanpassen om te bezuinigen op de zorgkosten (Rijksoverheid, z.d. a) Dit doet de overheid middels het veranderen van de wetgeving; dit wordt uitgelegd in *hoofdstuk 4.1 'Wet- en regelgeving'*.



Economische factoren:

Volgens de Rijksoverheid (2015a) is het economisch herstel zichtbaar, maar nog wel kwetsbaar. De totale uitgaven van het Rijk bedragen in 2015 250,5 miljard euro, en de inkomsten 237,7 miljard euro. Er is nog steeds sprake van een groot tekort, gezien er in 2015 14,6 miljard meer uitgegeven wordt dan er binnenkomt (Rijksoverheid, 2014b). Volgens de miljoenennota 2014 zijn de uitgaven van de centrale overheid in totaal 267 miljard euro. Hiervan is de uitgave aan de zorg in 2014 een van de grootste kostenposten, met 77,8 miljard euro. In 2015 zijn volgens de miljoenennota 2015 de uitgaven van de centrale overheid in totaal 259,6 miljard euro. De uitgaven aan de zorg zijn hierbij gedaald naar 72,9 miljard euro. Er wordt in 2015 dus flink bezuinigd op de zorg met bijna 5 miljard euro. De uitgaven aan de GGZ zijn met 12% ingekort, dit betekend voor Tactus dat zij minder geld ontvangen en dus moeten bezuinigen (Rijksoverheid, 2014b).

Verslavingsklinieken zijn afhankelijk van de zorgverzekeraars omdat de zorgverzekeraar de behandelingen in een verslavingskliniek vergoedt. Sinds de intrede van de ZVW is er marktwerking ontstaan tussen de zorgverzekeraars. Door de bezuinigingen vanuit de overheid in 2015 is deze marktwerking tussen de zorgverzekeraars toegenomen. De zorgverzekeraar vergoedt steeds minder, wat betekent dat Tactus moet bezuinigen. De vergoeding die de zorgverzekeraar aanbiedt zijn voorwaardelijk, daarnaast stelt zij steeds scherpere eisen. Wanneer een verslavingskliniek niet voldoet aan alle eisen die de zorgverzekeraar stelt, krijgt deze kliniek haar behandelingen deels of niet vergoed. Het gevolg hiervan voor Tactus is dat zij haar beleid moet aanpassen op de zorgverzekeraars om de behandelingen vergoed te krijgen. Ook weten zij pas aan het eind van het jaar of zij aan de eisen voldaan hebben en dus of de behandelingen vergoed worden.

Sociaal-culturele factoren:

Volgens de Rijksoverheid (2012) zorgen de volgende punten ook voor een stijging van de zorgkosten:

- Meer en betere zorg

Mensen vinden het belangrijk dat er steeds meer en betere zorg komt. Door de toenemende mogelijkheden kunnen steeds meer mensen geholpen en genezen worden. Mensen leven dus langer, echter stijgen de kosten hierdoor wel.

- Hogere verwachtingen

Mensen krijgen een steeds hogere verwachting van de zorg. Mensen willen steeds meer medische zorg, waardoor er meer gevraagd wordt van de zorg en de zorgverleners. Zoals een eenpersoonskamer in het verpleeghuis.

- Meer begeleiding

Mensen vinden het ook belangrijk dat er geïnvesteerd wordt in de begeleiding van mensen die moeilijk mee kunnen komen in de maatschappij. Deze extra zorg en begeleiding zorgt ook voor meer kosten.

Politieke factoren:

Zoals bij demografisch en economisch factoren is aangegeven, moet de overheid bezuinigen op de zorg. Dit heeft onder andere geleid tot het doorvoeren van een aantal wetsveranderingen die van invloed zijn op het beleid in de verslavingsklinieken, waaronder Tactus. Deze wetsveranderingen zijn te lezen in *hoofdstuk 3.1 'Wet- en regelgeving'*.

Conclusie macroniveau:

Door de bovenstaande punten, weergegeven middels de DESTEP methode, stijgen de zorgkosten. Dit maakt dat de overheid moet bezuinigen op de uitgaven in de zorg. Wat als gevolg voor Tactus heeft dat zij minder geld krijgt vanuit de overheid (Rijksoverheid, 2014b). De zorgverzekeraar vergoedt steeds minder waardoor Tactus moet bezuinigen. Daarnaast weet Tactus pas aan het eind van het jaar of de behandelingen vergoed worden, aangezien de vergoedingen die de zorgverzekeraar aanbiedt voorwaardelijk zijn. Hier moet Tactus rekening mee houden in haar begroting.

Door de stijgende zorgkosten ontstaat ook de ambulantisering die eerder is benoemd in *hoofdstuk 3.1 'Wet- en regelgeving'*. Om de stijgende zorgkosten te compenseren worden cliënten steeds vaker en langer thuis behandeld. Er wordt beroep gedaan op professionele ambulante zorg of de mantelzorg. Dit heeft als gevolg voor Tactus dat alleen de complexere casussen nog klinisch opgenomen worden.

5.2 Mesoniveau

Het praktijkprobleem is op mesoniveau geanalyseerd aan de hand van het vijf krachten model van Porter. Door het model van Porter toe te passen, wordt duidelijk welke aspecten op mesoniveau van invloed zijn op het beleid van Tactus (Porter, 2008).

Het probleem is geanalyseerd op de aspecten; interne concurrentie, substituten en afnemers:

- **Interne concurrentie:** Interne concurrenten zijn de verslavingsklinieken onderling. Zorgverzekeraars vergelijken verschillende verslavingsklinieken om vervolgens te kiezen voor de kliniek die de laagste prijs biedt en daarnaast goede kwaliteit van zorg. De verslavingsklinieken concurreren daardoor onderling, omdat zij allen een zorgverzekeraar nodig hebben om hun zorgkosten te vergoeden. Het gevolg voor Tactus is dat zij haar beleid moet aanpassen aan de eisen van de zorgverzekeraar om de concurrentie van andere verslavingsklinieken aan te kunnen. Bij Tactus hield dit in dat de zorgkosten omlaag gebracht moesten worden.
- **Substituten;** Substituten zijn producten of diensten die elkaar kunnen vervangen. Hier betreft het degene die het werk van een ergotherapeut in de klinische verslavingszorg zou kunnen 'overnemen', namelijk een sociotherapeut. Een sociotherapeut is degene die het dichtst in de buurt komen bij het vak ergotherapie in de klinische verslavingszorg. Gezien er weinig aandacht besteed wordt aan de profilering van ergotherapie in de verslavingszorg, wordt de meerwaarde van ergotherapie binnen de klinische verslavingszorg nog niet door iedereen gezien. Daarnaast speelt bij Tactus dat Idzinga meer als persoon wordt gezien dan als in de rol van ergotherapeut. Gevolg is dat Tactus ergotherapie wegbezuinigt, zonder dat zij weet welke gevolgen dit heeft voor de kwaliteit van de behandeling.
- **Afnemers:** Cliënten kunnen zelf hun zorgverzekeraar kiezen, maar niet in welke kliniek zij terecht kunnen. Volgens marktonderzoeksbureau MWM2 (2012) staat de helft van de Nederlanders hier negatief tegenover. Gezien cliënten niet zelf hun kliniek mogen kiezen, en hiervoor dus afhankelijk zijn van de zorgverzekeraar, is Tactus ook afhankelijk van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar bepaalt namelijk of zij haar cliënten verwijst naar Tactus of naar een andere kliniek. Dit heeft als gevolg voor Tactus dat zij aan de eisen van de zorgverzekeraars moet voldoen, namelijk zo goedkoop mogelijk een goede kwaliteit van zorg leveren, zodat de zorgverzekeraar cliënten verwijst naar Tactus.

Conclusie mesoniveau:

Tactus moet bezuinigen om de concurrentie van andere verslavingsklinieken aan te kunnen. Dit komt doordat Tactus afhankelijk is van de vergoeding van zorgverzekeraars. Ergotherapie binnen de klinische verslavingszorg is nog onvoldoende geprofileerd en Idzinga heeft zich niet voldoende geprofileerd als ergotherapeut binnen Tactus.

Dit heeft als gevolg dat Tactus ergotherapie niet als meerwaarde ziet en sociotherapie als vervanger ziet. Gezien cliënten niet zelf hun kliniek mogen kiezen, maar de zorgverzekeraar dat voor ze doet, is Tactus afhankelijk van de zorgverzekeraar. Tactus moet dus voldoen aan de eisen van zorgverzekeraars om cliënten binnen te krijgen en om behandelingen vergoed te krijgen.

5.3 Microniveau

Zoals in de macroanalyse beschreven verwachten mensen tegenwoordig steeds betere zorg, hebben zij hogere verwachtingen en willen zij meer begeleiding. Echter kost dit geld, terwijl er van de overheid juist bezuinigd moet worden op de zorg. De kwaliteit van de zorg moet dus omhoog, terwijl er minder te besteden valt. Tactus heeft daarom veranderingen doorgevoerd om kosten te besparen; naast de verkorte behandelduur, zijn ook de personeelskosten omlaag gebracht. Daarnaast is besloten om opnames te verminderen, afdelingen te sluiten, een vacature stop in te lassen en te bezuinigen op gebouwen en overige kosten, zoals ict, inkoop en facilitair. Dit is gedaan door alleen de behandelaars in dienst te houden die voor Tactus het meest effectief lijken. Hierbij heeft Tactus ervoor gekozen om ergotherapie te schrappen. Idzinga heeft zich onvoldoende geprofileerd als ergotherapeut binnen Tactus. Hierdoor werd zij binnen Tactus meer gezien als persoon dan als in de rol van ergotherapeut. Tactus zag hierdoor de meerwaarde van een ergotherapeut niet binnen de organisatie. Dit maakt dat Tactus sociotherapie ziet als vervanger voor de ergotherapie. Voor Idzinga is het gevolg dat zij per 1 februari de functie van senior-coördinerende taken- sociotherapeut heeft gekregen op de klinische behandel afdeling gericht op de genezing van verslaving. Het verschilt per verslavingskliniek of de meerwaarde van ergotherapie wel of niet gezien wordt. Zo heeft bijvoorbeeld Brijder verslavingskliniek ervoor gekozen om de ergotherapie niet weg te bezuinigen.

Zoals in het mesoniveau beschreven krijgt een kliniek haar behandelingen deels of niet vergoed, wanneer niet wordt voldaan aan de eisen van de zorgverzekeraar. De eisen die gesteld worden verschillen per zorgverzekeraar, wat het voor Tactus moeilijk maakt om hieraan te voldoen. Tactus moet een goede prijs- kwaliteit verhouding hebben voor de zorg die zij verleent, om de behandelingen vergoed te krijgen en niet weggeconcentreerd te worden door andere verslavingsklinieken. Aan het eind van het jaar blijkt pas of Tactus aan de eisen voldoet en dus de behandelingen vergoed krijgt. Tactus moet hier dus rekening mee houden in haar begroting.

Naar aanleiding van de probleemanalyse zijn de probleem-, doel en vraagstelling geformuleerd.

6. Probleem,- doel- en vraagstelling

6.1 Probleemstelling

Het is voor Tactus niet zichtbaar wat de specifieke waarde is van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek, wat ertoe heeft geleid dat ergotherapie is wegbezuinigd binnen Tactus.

De begrippen: 'ergotherapie' 'specifieke waarde' en 'verslavingszorg' worden gedefinieerd in hoofdstuk 6.5 Begrippen.

6.2 Onderzoeksdoel

Op 25 augustus wordt aan de hand van een onderzoeksrapport beschreven wat de specifieke waarde van ergotherapie is binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek.

6.3 Onderzoeksvraag

Wat is de specifieke waarde van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

6.4 Deelvragen

1. A. Wat is het kerndomein van ergotherapie?
B. Wat betekent dit binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?
2. A. Wat zijn de meest voorkomende participatieproblemen bij mensen met

verslavingsproblematiek binnen de klinische verslavingszorg?
B. Wat kan ergotherapie hierin betekenen?

6.5 Begrippen

De begrippen in de onderzoeksvraag worden als volgt gedefinieerd:

Ergotherapie/ergotherapeuten:

Hartingsveldt, Logister-Proost & Kinébanian (2010) beschrijven het beroep ergotherapie als volgt: Ergotherapie is gericht op het mogelijk maken van het handelen zodat participatie-het deelnemen van mensen aan het dagelijks en maatschappelijk leven- gerealiseerd wordt ten behoeve van gezondheid en welzijn. Dit wordt bereikt door de mogelijkheden van cliënten, organisaties of populaties in het handelen te benutten en te vergroten, dan wel door de omgeving aan te passen en/of te gebruiken.

Het domein ergotherapie:

Granse, et al., (2012) beschrijft het domein ergotherapie als volgt: Uitgangspunten over het 'veranderen door handelen' worden door de ergotherapeuten toegepast tijdens het aanbieden van ergotherapeutische interventies waarbij cliënten als ook de context veranderen. Door te handelen is onder meer een ontwikkeling van het handelen merkbaar, kan men beter leren door handelen, effectiever, efficiënter en veiliger handelen en wordt het handelen onderhouden. Handelen leidt tot participatie. Participatie is een persoonlijke ervaring van betrokkenheid in een levenssituatie door actief activiteiten uit te voeren en/of deel uit te maken van de context.

Verslavingszorg:

Stel (2012) vat de verslavingszorg in Nederland als volgt samen: De verslavingszorg is een netwerk, die zicht richt op het voorkomen en behandelen van problematisch gebruik van alcohol, drugs en andere psychoactieve stoffen, zoals medicijnen. Onder de verslavingszorg vallen ook gok,- internet,- seks,- eet,- en koop verslaving (Kerssemakers, et al, 2008). De reeds benoemde verslavingen zijn ook de verslavingen waar de hulpverlening van Tactus zich op richt (Tactus, z.d.). De gespecialiseerde verslavingszorg is een onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg. Tot de functies behoren preventie, consultatie, medisch en maatschappelijk opvang, begeleiding, behandeling en nazorg waarbij gestreefd wordt naar een integrale aanpak met aandacht voor de gehele omgeving van de cliënt. Een belangrijke doelstelling van de verslavingszorg is het bereiken van een middenlevens bestaan. Ook het verbeteren van het lichamelijk en maatschappelijk functioneren, zonder dat dit uitsluitend gericht is op beëindiging van verslaving, behoort tot het doel (Stel, 2012, p.55).

Specifieke waarde:

'Specifiek' duidt aan: dat iets kenmerkend is, oftewel wat het onderscheidende aan iets is. 'Waarde' duidt aan: wat het belang van iets is, dus welk voordeel iets heeft. De specifieke waarde is datgene wat waardevol is binnen een bepaalde context (Geerts & Heestermans, 1992). Anders gezegd, in de context van het onderzoek; het kenmerkende wat ergotherapie van belang maakt binnen de verslavingszorg.

7. Noodzaak van het onderzoek

Dit onderzoek is van belang voor de opdrachtgever, omdat Idzinga hiermee bij Tactus aan kan tonen wat zij als ergotherapeut specifiek kan betekenen binnen de klinische verslavingszorg. Zo kan Idzinga zich profileren als ergotherapeut binnen de verslavingszorg. Daarnaast is het onderzoek van belang voor Ergotherapie Nederland om op grotere schaal ergotherapie te profileren.

Omdat het huidige onderzoek de specifieke waarde van ergotherapie binnen de verslavingszorg bekend maakt, kan middels een vervolgonderzoek een richtlijn ontwikkeld worden voor ergotherapie in de verslavingszorg ter profilering van ergotherapie.

Voor cliënten met verslavingsproblematiek is het onderzoek van belang, omdat het onderzoek laat zien welke problematiek de doelgroep ervaart en wat de specifieke waarde van ergotherapie hierin kan betekenen.

8. Dataverzameling

Allereerst heeft er een oriënterend literatuuronderzoek plaatsgevonden. Aan de hand van de aanleiding, die gevormd is vanuit het verhaal van de opdrachtgever, is de literatuur verkend. Dit is gedaan om het praktijkprobleem te kunnen analyseren. Met behulp van de literatuur wordt namelijk inzichtelijk welke verschillende aspecten en begrippen een rol spelen bij het praktijkprobleem. De junior onderzoekers hebben zich ingelezen in het onderwerp en zijn nagegaan wat er al aan vergelijkbare onderzoeken bekend is. Tijdens het oriënterend literatuur onderzoek is duidelijk geworden dat 'ergotherapie binnen de verslavingszorg' een nieuw onderwerp is aangezien er in de literatuur nauwelijks iets over bekend is.

Er heeft een kwalitatief beschrijvend onderzoek plaatsgevonden. Gezien er onvoldoende relevante literatuur is gevonden om de deelvragen en onderzoeksvraag geheel mee te beantwoorden, is er data verzameld middels

interviews. Hierin is gevraagd naar kennis en ervaringen van experts op het gebied van verslaving en ergotherapie. De interviewguides zijn opgesteld naar aanleiding van de gevonden literatuur.

Tijdens het onderzoek is triangulatie toegepast door informatie te verzamelen met behulp van verschillende bronnen, dit noemt men 'brontriangulatie'. Dit is gedaan door data te verzamelen vanuit verschillende typen respondenten, die ieder met een ander perspectief naar het onderwerp kijken en dit vervolgens met elkaar te vergelijken (Donk & Lanen, 2011).

Het doel van de interviews was om data te verzamelen vanuit de kennis van de experts op het gebied van ergotherapie en van experts op het gebied van de verslavingszorg. Deze data kon aan elkaar gekoppeld worden aan de hand van de deelvragen.

8.1 Respondenten

Uit het oriënterend literatuuronderzoek en de probleemanalyse bleek dat een aantal punten nog verder onderzocht moesten worden, om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag, namelijk:

- Wat de kern van ergotherapie precies kan betekenen binnen de verslavingszorg en voor de participatieproblemen waar mensen binnen de verslavingszorg mee kampen.
- Wat ergotherapie kan betekenen in het verbeteren van de executieve functies van cliënten met verslavingsproblematiek, zodat zij beter kunnen participeren in de samenleving.
- Wat ergotherapie onderscheid van sociotherapie.

Om dit te weten te komen is de keuze gemaakt om de volgende personen te interviewen:

- Bea van Bodegom, zij is expert op het gebied van het kerndomein van ergotherapie.
- Jaap van der Stel, hij is expert op het gebied van verslavingszorg en heeft veel kennis over functioneel herstel.
- Riet Idzinga, zij was werkzaam als ergotherapeut binnen Tactus, zij heeft dus ervaringen als ergotherapeut binnen de verslavingszorg.
- Jannie de Jong, zij heeft als sociotherapeut samengewerkt met Idzinga binnen de klinische setting.

Door de kennis van deze personen te koppelen trachten de junior onderzoekers volledig antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag.

Door de kennis van deze personen te koppelen trachten de junior onderzoekers volledig antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag.

De inclusiecriteria voor de onderzoeksgroep zijn: respondenten die ervaring hebben met de doelgroep cliënten met een verslavingsproblematiek binnen de klinische verslavingszorg of ergotherapeuten met expertise op het gebied van verslavingszorg of het domein ergotherapie. Deze deskundigheid kan zijn op het gebied van onderzoek, wetenschap of eigen ervaring uit de praktijk.

8.2 Interviews

Bij dit onderzoek gaat het om kennis en ervaringen vanuit verschillende perspectieven. Vanuit het oriënterend literatuuronderzoek zijn verschillende interviewguides opgesteld. De interviewgide per respondent zijn te vinden in *bijlage 3 'Interviewguides'*. Er is gekozen voor een individuele benadering omdat elke respondent een eigen expertise heeft. Hierdoor kon niet aan elke respondent dezelfde vraag worden gesteld.

Door alle respondenten is voorafgaand aan het interview een informed consent getekend. Er is naderhand toestemming gevraagd of de naam van de respondent gepubliceerd mocht worden in het onderzoeksrapport. Alle respondenten gingen hiermee akkoord.

9. Resultaten

Er zijn een interview afgenomen bij vier verschillende respondenten. In het oriënterend literatuuronderzoek is algemene informatie gevonden over de onderzoeks- en deelvragen, zoals hoe het kerndomein van ergotherapie omschreven wordt volgens Hartingsveldt et al (2010; 2013). Gezien er nog niet eerder een koppeling is gemaakt tussen het kerndomein en de waarde van ergotherapie in verslavingszorg, is ervoor gekozen om middels interviews verdiepende vragen te stellen. Het doel van de interviews was om het kerndomein van ergotherapie binnen de verslavingszorg te achterhalen en wat ergotherapie kan betekenen op het gebied van

participatieproblemen bij cliënten met verslavingsproblematiek. Het doel van de interviews is gebaseerd op de hoofd -en deelvragen.

De interviewguides van de respondenten bestaan allen uit dezelfde hoofdcategoriën, die geïnspireerd zijn op het Person Environment Occupation model (PEO), namelijk: Kerndomein, omgeving, participatie.

De resultaten uit de interviews zijn gestructureerd door ze terug te brengen naar betekenisvolle tekstfragmenten (Donk & Lanen, 2011). Dit zijn de meest belangrijke uitspraken uit de interviews per respondent. Vervolgens zijn de betekenisvolle tekstfragmenten geplaatst in categorieën (Donk & Lanen, 2011). Deze categorieën zijn vooraf bepaald aan de hand van het oriënterend literatuuronderzoek en de interviewguides:

- | | |
|---|--|
| - Kerndomein | - Specifieke waarde |
| - Waarde van ergotherapie voor de cliënt | - Waarde van ergotherapie voor Tactus |
| - Waarde van ergotherapie voor de overheid | - Onderscheid sociotherapie & ergotherapie |
| - Cliënt-centered | - Occupation- based & Context - based |
| - Cliënt systeem betrekken & creëren | - Vormen van herstel |
| - Participatieproblemen & executieve functies | |

In de *tabel 2 'Betekenisvolle tekstfragmenten'* worden de betekenisvolle tekstfragmenten per categorie weergegeven. De categorieën uit de tabel zijn gekoppeld aan de deelvragen, zodat de relatie met de onderzoeksvraag zichtbaar wordt.

Respondenten	Respondent 1: Van Bodegom 5 juni 2015 geïnterviewd Respondent 2: Van der Stel 9 juni 2015 geïnterviewd Respondent 3: Idzinga 4 juni 2015 geïnterviewd Respondent 4: De Jong 4 juni 2015 geïnterviewd De nummers vóór de betekenisvolle tekstfragment verwijzen naar de respondent.
Deelvraag	1. A. Wat is het kerndomein van ergotherapie?
Categorie	Kerndomein
Betekenisvolle tekstfragmenten	1. De kern van ergotherapie valt en staat met het dagelijks leven van cliënten, dus is 'het <u>handelen</u>' de kern. 1. De focus leggen op het handelen draagt bij aan gezondheid en het gevoel van gezondheid; door cliënten te laten doen wat voor hen belangrijk is en waar zij voldoening uit halen 1. Ergotherapie bekijkt de situatie als geheel, met de focus op het handelen. 2. Het kern domein van ergotherapie is: Herstellen van een aantal functies die betrekking hebben op het verrichten van taken om te kunnen functioneren in het leven. 3. Nu ergotherapie is wegbezuinigd binnen Tactus, wordt er niet meer gekeken naar wat de cliënt kan, waar hij of zij naartoe wil en wat daar voor ingezet moet worden. 3. De kern van ergotherapie is: "Het <u>functioneren optimaliseren</u> bij cliënten die beperking hebben vanuit het handelen, zodat een cliënt zelfstandig wordt". 3. De hoofdzaken zijn het in kaart brengen van problemen op de gebieden van handelen en zelfstandigheid en samen met de cliënt realistische doelen stellen. 4. De ergotherapeut let op praktische dingen en richt zich niet alleen op het lichamelijke. 4. Een ergotherapeut overziet het geheel, hierdoor kan ergotherapie goed inspelen op de behoeftes van een cliënt op bepaalde leefgebieden om beter te kunnen functioneren. 4. Ergotherapie is heel cliëntgericht en kijkt echt naar het <u>individu</u>. Een ergotherapeut bekijkt de persoon in een breder beeld. Ook kijkt de ergotherapeut naar de mogelijkheden en niet naar de beperkingen.
Deelvraag	1. B. Wat betekent dit binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?
Categorie	Specifieke waarde
Betekenisvolle tekstfragmenten	1. Ergotherapeuten zijn systematischer gericht op het individu en wat daar omheen zit. Ergotherapie is de enige discipline die de verbanden legt tussen de specifieke taken of activiteiten die horen bij de rol die iemand wil vervullen en deze plaatst binnen de context. 1. Een ergotherapeut is van toegevoegde waarde binnen de klinische behandeling. 1. Een ergotherapeut kijkt samen met de cliënt wat er nodig is om te kunnen functioneren binnen de bestaande context van de cliënt, en wat daarvoor nodig is. De klinische fase zal dan ook meer tot zijn recht komen, bij ontslag. 1. De meerwaarde van ergotherapie is dat ergotherapeuten hun holistische blik richten op het dagelijks handelen. 1. Als er geen bijdrage geleverd wordt aan het proces van betekenisvol handelen in relatie tot gezondheid, dan kunnen deze cliënten ook langer in hun verslavings ritme blijven. 1. Ik denk dat de ergotherapeut de enige is die de combinatie legt tussen wat iemand zelf kan en aan mogelijkheden heeft en de rol die die wil vervullen in zijn leven of moet vervullen in zijn leven. De specifieke taken die daarbij horen, of activiteiten die daarbij horen maar ook geplaatst binnen de context waar dat bij hoort. Heel vaak zie je dat bepaalde beroepen wel kijken naar iemands mogelijkheden en de taak, maar niet in combinatie met waar moet zich dat afspelen en wat voor invloed heeft die omgeving daar dan op? 1. Als een ergotherapeut een bijdrage levert aan het proces van betekenisvol handelen in relatie tot gezondheid, kan dit helpen om het verslavingsritme van cliënten te doorbreken. 2. - 3. De meerwaarde van een ergotherapeut is dat de cliënt op praktisch- en handelingsniveau gezien, beoordeeld en begeleid wordt. Daarmee krijgt de cliënt betere zorg, zorg op maat. 3. Een ergotherapeut kijkt naar hoe iemand iets doet en hoe hij dat doet, wat is haalbaar, waar strandt hij en hoe komt dat, zowel fysiek als cognitief. 3. De cliënten met psychische problematiek en/of verslavingsproblematiek kunnen vaak enorm verbaal manifesteren, maar als ze aan het handelen worden gezet vallen ze vaak door de mand. 3. Een training gericht op vaardigheden is dan ook een meerwaarde. 4. -
Deelvraag	1. B. Wat betekent dit binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?
Categorie	Waarde van ergotherapie voor de cliënt.
Betekenisvolle tekstfragmenten	1. Wanneer ergotherapie bijdraagt aan de klinische behandeling, is de meerwaarde voor de cliënt dat hij weer inzicht krijgt in zelfmanagement, zelfregie en dat hij ge-empowered wordt om dagelijkse dingen zelfstandig te gaan doen. 2. - 3. De meerwaarde voor de cliënt is dat hij betere zorg op maat krijgt, wanneer een ergotherapeut werkt binnen de klinische

	verslavingszorg. De cliënt wordt dan op praktisch niveau (handelingsniveau) gezien, beoordeeld en begeleid. Waarbij overschatting voorkomen wordt. 4. Meerwaarde van ergotherapie op microniveau is dat de ergotherapie heel erg cliënt gericht kijkt naar het individu en kijkt wat er nodig is om deze cliënt op een aantal leefgebieden weer zover te krijgen dat hij bijvoorbeeld zelfstandig kan wonen, of welke hulp hij nodig heeft om toch goed in de maatschappij te komen.
Categorie	Waarde van ergotherapie voor Tactus.
Betekenisvolle tekstfragmenten	1. De meerwaarde voor Tactus en andere verslavingsklinieken is, dat de patiëntentevredenheid kan toenemen, omdat er efficiënt en effectief gewerkt wordt op het domein van zelfredzaamheid en dagbesteding. 1. kan zich voorstellen dat het de kwaliteit van zorg verbetert en het kostenbesparend is voor de organisatie. 2.- 3. Wanneer er een ergotherapeut werkzaam is binnen Tactus, dan heeft dit voor Tactus de meerwaarde dat zij een gevarieerde behandeling kunnen aanbieden. Een ergotherapeut is aanvullend op bestaande therapieën, doordat hij holistisch kijkt naar het handelen en rekening houdt met de maatschappelijke integratie en de behoefte daarin. 4. De meerwaarde van ergotherapie op mesoniveau is dat met ergotherapie niet alleen aan de verslaving gewerkt wordt, maar ook aan de participatieproblemen die de cliënt ervaart en hoe het verder moet met de cliënt na ontslag. Hierdoor kan terugval iets meer beperkt worden.
Categorie	Waarde van ergotherapie voor de overheid.
Betekenisvolle tekstfragmenten	1. Verslaving is een groot maatschappelijk probleem en daarom maakt de overheid daar veel beleid op. Een goede behandeling voor cliënten met verslavingsproblematiek is belangrijk voor het welbevinden van de cliënt zelf, maar ook het gevoel van veiligheid van andere burgers. 2.- 3. Op macroniveau is het van belang dat er gewerkt wordt aan; hoe de cliënten uit de verslavingskliniek blijven door middel passende zorg te bieden. 3. Ergotherapie kan een betere afweging maken wat passende zorg is. 4. De meerwaarde van ergotherapie is op macroniveau dat ergotherapie problemen inzichtelijk maakt, welke anders misschien nog groter worden. Bijvoorbeeld dat cliënten veel meer schulden krijgen of meer problemen krijgen met justitie, wat de overheid geld kost.
Categorie	Onderscheid sociotherapie en ergotherapie.
Betekenisvolle tekstfragmenten	1. Cliënt-centered is niet datgene wat ergotherapie van andere disciplines onderscheidt, maar occupation-based werken wel. 1. Er wordt niet alleen gepraat over activiteiten, ze worden ook geoefend. Dit is uniek en de kern van ergotherapie. 1. Sociotherapeuten zijn ten opzichte van ergotherapeuten beter in onder andere groepsdynamica. 2.- 3. Het verschil met een sociotherapeut is dat deze basis gericht is op het leefmilieu; dat cliënten met elkaar functioneren. 3. Een sociotherapeut zit erg op het verbale aspect en kijkt niet naar wat handelen voor die persoon betekent. Socio vraagt hoe gaat het met je? ET vraagt hoe ziet je dag eruit? ET oefent in de eigen context van de cliënt, betreft omgeving, maar socio betreft niet fam als dat niet hoeft en werkt in groepsverband terwijl ET juist op individu gericht is. 3. De aanvulling is dat de ergotherapeut holistisch naar het handelen kijkt (op maat) en naar de maatschappelijke integratie. 4. Ergotherapie komt in veel opzichten en uitgangspunten overeen met sociotherapie, het belangrijkste verschil is volgens haar dat de ergotherapeut meer praktisch gericht is en meer naar het geheel kijkt. Ergotherapie focust zich op het individu ipv de groep. 4. Bij sociotherapie staat de groep meer voor op in tegenstelling tot ergotherapie waar de individu meer voor op staat. 4. Sociotherapie ziet Tactus als de omgeving van de cliënt. Ze kijken over het algemeen niet naar de omgeving van de cliënt buiten de kliniek. Ze vragen er wel naar tijdens gesprekken met de cliënt, ze vragen bijv. na een weekendverlof hoe het thuis gegaan is, maar ze gaan niet naar de cliënt thuis toe 4. Een sociotherapeut betreft het cliëntsysteem weinig in de behandeling en niet uit eigen initiatief. De cliënt moet eerst toestemming geven als de sociotherapeut het systeem in wil zetten of wil spreken. 4. De systeem- therapeuten binnen Tactus betrekken de omgeving, de sociotherapeut gebruikt de informatie over het systeem die zij verkrijgt doormiddel van de systeem therapeut
Categorie	Cliënt-centered
Betekenisvolle tekstfragmenten	1. Cliënt-centered werken houdt in dat er samen bepaald wordt wat het probleem is en hoe daar naar gehandeld wordt. Er wordt gekeken wat iemands sterke kanten zijn en welke bronnen hij kan gebruiken. Er wordt een plan gemaakt met hoe hij die kan inzetten om zijn doel te bereiken. 1. Middels een inhoudsmodel kan gekeken worden naar wat de cliënt belangrijk vindt. Bijvoorbeeld het MOHO, hierin zitten de persoon zijn rollen en de mogelijkheden en hoe dat ingezet kan worden tijdens activiteiten en iemand zijn rollen. 2. Het is van belang dat er rekening wordt gehouden met wat de cliënt zelf wil en belangrijk vindt, hierdoor stijgt de kans op herstel. Vraag is; welke moeilijkheden ervoer de cliënt in het verleden en heden, met name op het gebied van executieve functies? Ook moet samen nagegaan worden wat realistische doelen zijn waar aan gewerkt kan worden. 3. Ergotherapie kijkt meer op maat, rekening houdend met het individu. Een koppeling maakt met wat betekenisvol is voor de cliënt

	in het handelen, rekening houdend met de beperking. 3. Er is geen andere manier dan cliënt-centered werken. 3. gaat ervan uit dat als een cliënt kiest voor een opname, dat dit inhoudt dat hij gemotiveerd is om te veranderen. 4.Cliënt- centered werken heeft als kracht dat er vertrouwen opgebouwd wordt met de cliënt en dat er een binding ontstaat tussen de cliënt en therapeut. 4.Er wordt gevraagd wat belangrijk is voor de cliënt en wat zijn motivatie is.
Categorie	<i>Occupation-based & Context - based</i>
<i>Betekenisvolle tekstfragmenten</i>	1.De twee meest onderscheidende factoren zijn: occupation based en context based. 1.Een ergotherapeut oefent in de klinische setting taken en activiteiten die de cliënt kan generaliseren naar zijn eigen handelingscontext, om onder andere dagritme en verantwoordelijkheid te creëren. 2. Persoonlijk herstel kan in de meeste gevallen al beter al vooraf kan gaan aan klinisch herstel. Klinisch moet zo kort mogelijk, alleen maar als het echt nodig is. Hierbij moet gedacht worden aan crisisopvang. Het is goed om de cliënten even uit de context te halen, zodat ze tot rust kunnen komen, dat ze in medisch opzicht goed onderzocht kunnen worden. Doordat ze even niet gebruiken, kan er een goeie diagnose gesteld worden wat er mis is met m.b.t. aspecten die je kunt oppakken tijdens klinisch herstel. 2. Er kan beter gekeken worden of er een context geschept kan worden voor de cliënt en of er bepaalde voorwaarden samengebracht of ontwikkeld kunnen worden. Het begeleiden van cliënten moet in het gewone leven zo breed mogelijk gemaakt worden. 3. In de hele GGZ gaat het, vooral in de verslavingszorg, heel erg over praten, denken en voelen. De kracht van ergotherapie is juist dat het op wat anders, het handelen, gericht is. 3. benadrukt dat ergotherapeuten zijn opgeleid om breed te kijken en hierdoor meer dingen zien, afvragen en uitzoeken. 4. Tactus probeert een zo aangenaam mogelijk leefomgeving te creëren voor cliënten, zodat ze daarin kunnen herstellen en groeien. Echter is dat in de kliniek, wat gezien wordt als een veilige omgeving. De kans is groter dat de cliënt binnen z'n eigen context sneller terugvalt. 4. denkt dat dit verschil minder groot wordt, door cliënten meer te laten oefenen en op een andere manier te laten oefenen dan alleen in het weekend.
Categorie	<i>Cliëntsysteem betrekken & creëren</i>
<i>Betekenisvolle tekstfragmenten</i>	1,Wanneer het systeem betrokken wordt in de behandeling en weet hoe zij de cliënt juist wel of niet kunnen helpen, is er een grote kans van slagen van de behandeling.Het systeem begrijpt dan beter waarom iemand bepaald gedrag vertoont en ziet wellicht ook beter in wat zijn eigen rol hierin zou kunnen zijn. 1.In de verslavingszorg komen veel cliënten voor zonder cliëntsysteem.Ergotherapie kan bijdragen aan het creëren van een systeem, waarbij cliënt-centered een belangrijke rol speelt. Vanuit daar kan gekeken worden wat er bij de cliënt past betreft het creëren van een omgeving. 2.Het is belangrijk om de omgeving te betrekken en te kijken hoe de cliënt in deze context functioneert. De omgeving kan de executieve functies stimuleren. 3.Wanneer de omgeving betrokken wordt bij de behandeling wordt pas duidelijk waarom een cliënt doet zoals hij doet. 3. Er moet gezorgd worden voor professionele hulp, wanneer er geen vrienden/familie meer zijn om op terug te vallen. Dus je gaat dan meer het professionele netwerk opschalen. 3. merkt nu met de Wmo dat daar meer gedacht wordt in vrijwilligers, echter is dat onvoldoende bij deze doelgroep. 4.Het cliëntsysteem betrekken in de behandeling is van toegevoegde waarde is voor de cliënt. Gezien het systeem de cliënt kan steunen om niet terug te vallen. 4.Benoemt dat zij soms cliënten adviseert als ze eenzaam zijn en het systeem minimaal is, om aan een vrijwilligersproject deel te nemen. De cliënt moet dit wel zelf uitzoeken, de sociotherapeut creëert niks. 4.Binnen Tactus is er door bezuinigingen voor de sociotherapeut geen mogelijkheid om een systeem te creëren voor cliënt. Dit hoort echter wel bij mijn taakgebied, aangezien het bijdraagt aan het gevoel van de cliënt binnen de sociale context.
Deelvraag	2. A. Wat zijn de meest voorkomende participatieproblemen bij mensen met verslavingsproblematiek binnen de klinische verslavingszorg?
Categorie	<i>Participatie problemen & executieve functies</i>
<i>Betekenisvolle tekstfragmenten</i>	1. Een ergotherapeut werkt aan het proces van empoweren, zelfregie en organiseren. Een ergotherapeut kan goed analyseren welke interesses iemand heeft en welke mogelijkheden. Het gaat erom; kan iemand iets ook weer in zijn eigen omgeving en kan iemand dat dan ook zelf organiseren? 2.Cliënten in de GGZ en verslavingszorg hebben met name moeite met het reguleren van hun stemming, emoties et cetera. Voor deze doelgroep is het cruciaal om een zekere mate van zelfregulatie te ontwikkelen om zelfstandig te kunnen functioneren.Deze functies zijn te herstellen door training en door middel van zelfstandig oefenen, vooral het laatste is van cruciaal belang. 3. Nu is het zo dat als de verslaving behandeld is, dat de cliënt naar huis kan. Hiermee wordt een groot stuk van het probleem over het hoofd gezien, waardoor de kans van slagen kleiner wordt. 3.Er wordt nog wel naar problemen op het gebied van wonen gekeken, omdat cliënten anders niet op ontslag kunnen. Echter wordt er niet meer doorgevraagd of de cliënt de taken op het gebied van wonen georganiseerd krijgt. 3.In het verleden toen Idzinga nog werkzaam was als ergotherapeut binnen Tactus, werden al deze gebieden met de cliënt doorgenomen. Nu wordt dat niet meer gedaan, omdat een aantal van deze gebieden door de bezuinigingen niet meer geboden

	kunnen worden binnen Tactus. 3. Voorheen was de overgang vanuit de kliniek veel soepeler, nu is het zo dat de cliënt het zelf moet uitzoeken en wordt de zorg doorgeschoven naar de ambulante sector. 3. Een training gericht op vaardigheden is dan ook een meerwaarde. 4. Er wordt op dit moment binnen Tactus met name gewerkt aan het gebied: Gedrag, door de sociotherapeut, middels groepswork, maar ook middels sociale vaardigheids- training. 4. Op het moment wordt er binnen Tactus een werkplan gemaakt en daarin wordt het aantal leefgebieden besproken. Hier komt uit waar de cliënt aan wil werken. Er worden doelen bepaald door de cliënt zelf en om de 6 weken wordt gekeken hoe ver het staat op alle leefgebieden. 4. Op de resocialisatie afdeling, die inmiddels wegbezuinigd is, werd er gekeken naar de verschillende gebieden van wonen, arbeid, scholing, geld en justitie.
Deelvraag	2. B. Wat kan ergotherapie hierin betekenen?
Categorie	Vormen van herstel
Betekenisvolle tekstfragmenten	1. Onderscheidt vier vormen van herstel; klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk. De MOHO komt hierin terug. In de MOHO komen ook de rollen en de mogelijkheden van de persoon naar voren en hoe deze ingezet kunnen worden in de activiteiten. Dat soort dingen zijn belangrijk voor je eigen persoonlijk herstel, wat weer bijdraagt aan hoe je invulling geeft aan je rol, activiteiten en uiteindelijk natuurlijk je klinische herstel. Ook het ICF sluit aan op functioneel herstel, de functies en mogelijkheden van een persoon op weg naar participatie. Het gaat uiteindelijk om persoonlijk herstel. 2. Ergotherapie is goed in het herstellen van een aantal hogere functies die betrekking hebben op het verrichten van taken om te kunnen functioneren in het leven. Simpel gezegd de afwas kunnen doen.. Kan dat, lukt dat? Er word nagegaan wat lukt er en wat lukt er niet en dat wordt geoefend. 2. Op het gebied van functioneel herstel, met name de hogere executieve functies, wordt door ergotherapie niet genoeg naar buiten gebracht wat zij op dit gebied kan betekenen. Dat zou erg nodig zijn, juist op het gebied van functioneel herstel, zodat de cliënt geholpen wordt om werkelijk te kunnen functioneren in het leven; de cliënt is dan in staat om invloed te kunnen uitoefenen op zichzelf of zijn cognitie. Bijvoorbeeld het bedwingen en beïnvloeden van emotie, gedrag en motivatie waarbij het woord 'zelf' cruciaal is. Dat is nu precies het vraagstuk waarmee cliënten kampen met een psychische stoornis en / of verslaving.. 2 Een training gericht op vaardigheden is dan ook een toegevoegde waarde in de verslavingszorg. 2..Ergotherapie kan van toegevoegde waarde zijn binnen de klinische verslavingszorg door te profileren op het gebied van functioneel herstel, met name op het gebied van de hogere executieve functies. 2.Ergotherapie kan een centrale positie innemen. Dit is met name op het gebied van functioneel herstel, executieve functies, is een gouden kans voor ergotherapie. 2. Als beroepsvereniging voor ergotherapeuten zegt: wij kunnen met name op het gebied van functioneel herstel, de executieve functies, een centrale positie innemen, claimen en ook waarmaken. (...) dan zit er heel veel in het vat (...) dat is een gouden kans om dat aan te pakken.. 2. In de somatische zorg wordt al meer aandacht besteed aan de vier vormen van herstel. De GGZ en de verslavingszorg lopen hierin achter en passen de verschillende vormen van herstel nog niet goed toe. Als er wel aandacht wordt besteed aan het functioneel herstel dan is dat verstoep in maatschappelijk of klinisch herstel of het gebeurd helemaal niet. 2. Maakt onderscheid in vier vormen van herstel omdat hij het belangrijk vindt dat een zorgverlener weet wat er wordt verstaan onder herstel. Zo kan een hulpverlener gericht werken en een beter beeld krijgen van welk aspect er nog extra aandacht nodig heeft. Van der Stel richt zijn aandacht vooral op functioneel herstel, omdat hij ziet dat hulpverleners in de GGZ en verslavingszorg dat nog niet goed doen. 2. In de GGZ en verslavingszorg weet men niet wat het ICF model is, dat zegt ook iets over dat zij zich niet expliciet op functies en het functioneren richten. Daarentegen ziet Van der Stel wel dat ergotherapie ziet wat het ICF inhoudt. 3. Na de bezuinigingen staat met name het klinisch herstel op de voorgrond binnen de kliniek. 3. Functioneel herstel wordt nu voornamelijk gedeeltelijk gedaan door een sociotherapeut in groepsverband, maar niet op maat. 4. Binnen Tactus wordt geen onderscheid gemaakt tussen de 4 verschillende vormen van herstel (klinisch, maatschappelijk, persoonlijk en functioneel). De focus is klinisch de verslaving en dat wil de verzekering ook. Tactus richt zich het meest op het verminderen van symptomen van verslavingsproblematiek en genezing.

Tabel 2: Betekenisvolle tekstfragmenten

10. Data-analyse

De betekenisvolle tekstfragmenten van de verschillende respondenten uit de bovenstaande *tabel 2 'Betekenisvolle tekstfragmenten'* zijn vervolgens per categorie horizontaal met elkaar vergeleken, daaruit zijn de belangrijkste bevindingen gevormd, zie onderstaande *tabel 3 "Belangrijkste bevindingen"* (Donk & Lanen, 2011).

De belangrijkste bevindingen zijn geïllustreerd aan de hand van quotes van de respondenten (Donk & Lanen, 2011). De uitspraken zijn gerelateerd aan de desbetreffende respondent door middel van de nummers, zodat duidelijk wordt waar de informatie vandaan komt.

Respondenten:	1 = Van Bodegom 5 juni 2015 geïnterviewd 2 = Van der Stel 9 juni 2015 geïnterviewd 3 = Idzinga 4 juni 2015 geïnterviewd 4 = De Jong 4 juni 2015 geïnterviewd De nummers achter elke zin verwijzen naar de desbetreffende respondent
Deelvraag	1. A. Wat is het kerndomein van ergotherapie?
Categorie	<i>Kerndomein</i>
Belangrijkste bevindingen	Ergotherapie bekijkt de situatie als geheel, met de focus op het handelen binnen het dagelijks leven.¹ Hierdoor kan ergotherapie goed inspelen op de behoeftes van de cliënt om het functioneren in dagelijks leven te optimaliseren.³ Ergotherapie is gericht op het individu, waarbij niet alleen naar de beperking wordt gekeken, maar met name naar de mogelijkheden om de zelfstandigheid te bevorderen.⁴ Het in kaart brengen van de problemen op het gebied van handelen en zelfstandigheid is een van de hoofdzaak van ergotherapie.³ Ergotherapie optimaliseert het functioneren door de cliënten taken of activiteiten te laten doen die voor hen belangrijk zijn en waar zij voldoening uit halen.^{3,1} Quote²: “De kern van ergotherapie is het herstellen van een aantal functies die betrekking hebben op het verrichten van taken om te kunnen functioneren in het leven”. Quote³: “Voor mij is de kern van ergotherapie om bij cliënten die een beperking hebben vanuit het handelen, het functioneren te verbeteren, optimaliseren, waardoor een cliënt zelfstandig wordt”.
Deelvraag	1. B. Wat betekent dit binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?
Categorie	<i>Specifieke waarde</i>
Belangrijkste bevindingen	De specifieke waarde van ergotherapie is dat ergotherapeuten hun holistische blik richten op het dagelijks handelen.¹ De cliënt wordt op handelingsniveau gezien, beoordeeld en begeleid.³ Cliënten met psychische problematiek en/of verslavingsproblematiek zijn vaak verbaal sterk, maar als de cliënt daadwerkelijk aan het handelen wordt gezet, valt pas op waar het mis gaat.³ Ergotherapie kijkt naar hoe iemand iets doet, wat haalbaar is, waar strandt hij en hoe dat komt, zowel fysiek als cognitief.³ Ergotherapie is de enige discipline die de verbanden legt tussen de taken of activiteiten die de cliënt wil vervullen en deze plaatst binnen de context.¹ Als er een bijdrage geleverd wordt aan het proces van betekenisvol handelen in relatie tot gezondheid, kan dit helpen om de verslaving cyclus te doorbreken.¹ Quote¹: “Een ergotherapeut is de enige die de combinatie legt tussen wat iemand zelf kan, aan mogelijkheden heeft en de rol die iemand wil of moet vervullen in zijn leven”.
Categorie	<i>Waarde van ergotherapie voor de cliënt</i>
Belangrijkste bevindingen	De meerwaarde op microniveau is dat de cliënt zorg op maat krijgt.³ Ergotherapie draagt bij aan zelfinzicht, zelfmanagement en zelfregie van de cliënt op verschillende leefgebieden.^{1,4} Ergotherapie kijkt naar de cliënt en de context waarin hij handelt.^{3,4} De ergotherapeut empowert de cliënt om de dagelijkse taken en activiteiten zelfstandig op te pakken en uit te voeren.¹ Hierdoor komt de cliënt bijvoorbeeld weer tot zelfstandig wonen en kan hij goed meekomen in de maatschappij.⁴
Categorie	<i>Waarde van ergotherapie voor Tactus</i>
Belangrijkste bevindingen	Een ergotherapeut is aanvullend op bestaande therapieën binnen de klinische verslavingszorg, wat van toegevoegde waarde is voor Tactus en andere verslavingsklinieken.³ Een ergotherapeut kijkt namelijk holistisch naar het handelen en houdt rekening met de maatschappelijke integratie.³ Ergotherapie richt zich op het domein van zelfredzaamheid en dagbesteding, waardoor de klinische verslavingszorg een gevarieerde behandeling kan aanbieden.^{1,4} Het levert een verbetering van de kwaliteit van zorg en kan daarnaast kostenbesparend zijn voor de organisatie.¹ Ergotherapie werkt niet alleen aan de verslaving, maar ook aan de participatieproblemen die de cliënt ervaart en hoe het verder moet met de cliënt na ontslag. Hierdoor kan terugval beperkt worden.⁴ Quote³: “De aanvulling is dat de ergotherapeut holistisch en meer naar het handelen kijkt.(...)”
Categorie	<i>Waarde van ergotherapie voor de overheid</i>
Belangrijkste	Verslaving is een groot maatschappelijk probleem waar de overheid veel beleid op maakt.¹ Het is van belang om passende zorg te

bevindingen	bieden zodat cliënten zo zelfredzaam mogelijk worden en minder snel een terugval krijgen.^{3,4} Ergotherapie kan een afweging maken wat passende zorg is, door de problemen van cliënten inzichtelijk te maken.^{3,4} Door hier al in de klinische fase naar te kijken, wordt preventief gewerkt, wat kostenbesparend kan zijn voor de overheid.^{3,4} Quote¹: “Een goede behandeling voor cliënten met verslavingsproblematiek is belangrijk(...) voor het welbevinden van de cliënt zelf, maar ook het gevoel van veiligheid van andere burgers”.
Categorie	<i>Onderscheid socio- & ergotherapie</i>
Belangrijkste bevindingen	Occupation- based werken vormt het onderscheid tussen ergotherapie en sociotherapie.¹ Een sociotherapeut zit met name op het verbale aspect, terwijl een ergotherapeut aanzet tot handelen en kijkt naar wat handelen voor die persoon betekent.^{1, 3, 4} Daar waar een sociotherapeut in groepsverband werkt en kijkt naar de groepsdynamica, kijkt de ergotherapeut naar het individuele handelen van de cliënt in de context.⁴ Het verschil met een sociotherapeut is dat deze basis gericht is op het leefmilieu; dat cliënten met elkaar functioneren.³ Hierbij wordt de groep meer voorop gesteld in tegenstelling tot bij ergotherapie.⁴
Categorie	<i>Cliënt-centered</i>
Belangrijkste bevindingen	Binnen client-centered werken staat centraal dat samen met de cliënt onderzocht wordt wat het probleem is en hoe daar het beste naar gehandeld kan worden.^{1, 2, 3, 4} Gekeken moet worden naar welke moeilijkheden de cliënt ervoer in het verleden en heden, met name op het gebied van executieve functies.² Door client-centered werken wordt een vertrouwensband opgebouwd tussen de cliënt en therapeut.⁴ De ergotherapeut houdt daarnaast rekening met de sterke kanten en de bronnen die ingezet kunnen worden tijdens het betekenisvol handelen om het doel te bereiken dat de cliënt belangrijk vindt.¹ Middels een ergotherapeutisch inhoudsmodel, zoals het MOHO, kan gekeken worden naar wat de cliënt belangrijk vindt en motiveert. Hierin zitten de persoon zijn rollen en de mogelijkheden en hoe deze ingezet kunnen worden tijdens activiteiten en iemand zijn rollen.² Quote²: “Het is van belang dat er rekening wordt gehouden met wat de cliënt zelf wil en belangrijk vindt (...) hierdoor stijgt de kans op herstel”.
Categorie	<i>Occupation-based & Context-based</i>
Belangrijkste bevindingen	De twee meest onderscheidende factoren van ergotherapie zijn: occupation- en context based werken.¹ Ergotherapeuten hebben geleerd breed te kijken, waardoor zij meer dingen zien, afvragen en uitzoeken.³ Tactus probeert een leefomgeving te creëren waarin cliënten kunnen herstellen en groeien. Echter is dat in de kliniek, wat gezien wordt als een veilige omgeving. Er wordt weinig rekening gehouden met de overgang van de kliniek naar de eigen context, waardoor de kans groter is dat de cliënt terugvalt.⁴ Quote³: “In de hele GGZ gaat het, vooral in de verslavingszorg, gaat het heel erg over praten, denken en voelen. De kracht van ergotherapie is juist dat het op het handelen gericht is”. Quote¹: “Een ergotherapeut oefent in de klinische setting taken en activiteiten die de cliënt kan generaliseren naar zijn eigen handelingscontext, om dagritme en verantwoordelijkheid te creëren”. Quote²: “Persoonlijk herstel kan in de meeste gevallen al beter vooraf gaan aan klinisch herstel. (...) Klinisch moet zo kort mogelijk, alleen als het echt nodig is. Hierbij moet gedacht worden aan crisisopvang”. Het is goed om de cliënten even uit de context te halen, zodat ze tot rust kunnen komen, dat ze in medisch opzicht goed onderzocht kunnen worden. Wanneer er geen middelengebruik is kan er een goede diagnose gesteld worden.² De symptomen/ beperkingen die de cliënt ervaart kunnen tijdens de vier vormen van herstel aan gewerkt worden.² Er kan beter gekeken worden of er een context geschept kan worden voor de cliënt en of er bepaalde voorwaarden samen gebracht of ontwikkeld kunnen worden.² Het begeleiden van cliënten in de eigen context moet zo breed mogelijk gemaakt worden.
Categorie	<i>Cliënt-systeem betrekken & creëren</i>
Belangrijkste bevindingen	Het cliëntsysteem betrekken in de behandeling is van toegevoegde waarde voor de cliënt, gezien het systeem de cliënt kan steunen en eventueel terugval kan beperken.⁴ Wanneer de omgeving betrokken wordt bij de behandeling wordt pas duidelijk waarom een cliënt op een bepaalde manier handelt.³ Het is belangrijk om de omgeving te betrekken en te kijken hoe de cliënt in deze context functioneert. ² Daarbij kan de omgeving de cliënt stimuleren in het verder ontwikkelen van executieve functies.² Als er gezorgd wordt dat de cliënt vanwege het sociale netwerk langer blijft functioneren, dan wordt de kans dat de cliënt een minder intensieve opname nodig heeft groter. ^{3, 4} Quote¹: “Wanneer het systeem betrokken wordt in de behandeling en weet hoe zij de cliënt juist wel of niet kunnen helpen(...) is er een grote kans van slagen van de behandeling. Het systeem begrijpt dan beter waarom iemand bepaald gedrag vertoont en ziet wellicht ook beter in wat zijn eigen rol hierin zou kunnen zijn”.

	Wanneer er geen cliëntsysteem aanwezig is, wordt het professionele netwerk meer opgeschaald.³ Tegenwoordig betreft de WMO steeds meer vrijwilligers. Echter is dit onvoldoende voor de doelgroep met verslavingsproblematiek.³ Quote¹: “In de verslavingszorg komen veel cliënten voor zonder cliëntsysteem.(....) Ergotherapie kan bijdragen aan het creëren van een systeem, client-centered speelt hier een belangrijke rol in. Vanuit daar kan gekeken worden wat er bij de cliënt past betreft het creëren van een omgeving”.
Deelvraag	2. A. Wat zijn de meest voorkomende participatieproblemen bij mensen met verslavingsproblematiek binnen de klinische verslavingszorg?
Categorie	<i>Participatieproblemen & executieve functies</i>
<i>Belangrijkste bevindingen</i>	Binnen Tactus wordt gekeken naar problemen op het gebied van wonen, omdat cliënten anders niet op ontslag kunnen.³ Echter wordt niet meer doorgevraagd of de cliënt de taken op het gebied van wonen zelf georganiseerd krijgt.³ Voorheen was de overgang vanuit de kliniek naar de thuissituatie veel soepeler.³ Voordat de bezuinigingen werden doorgevoerd binnen Tactus, werden de participatieproblemen op het gebied van wonen, arbeid, scholing, financiën en justitie met de cliënt door genomen.^{3,4} Tegenwoordig wordt dat niet meer gedaan.^{3,4} Tactus maakt nu een werkplan waarin een aantal leefgebieden voorkomen, waaruit naar voren komt waaraan de cliënt wil werken.⁴ Om de zes weken wordt gekeken hoe ver het staat op deze leefgebieden.⁴ Naast wonen wordt er binnen Tactus ook gewerkt aan het gebied gedrag.⁴ Dit doet de sociotherapeut, middels groepswerk, maar ook middels sociale vaardigheidstraining.⁴ Cliënten in de verslavingszorg hebben moeite met het reguleren van hun eigen stemming, emoties et cetera.² Voor deze doelgroep is het cruciaal om een zekere mate van zelfregulatie te ontwikkelen om zelfstandig te kunnen functioneren.² Deze functies zijn te herstellen door training en door middel van zelfstandig oefenen.⁴ Een ergotherapeut werkt aan deze functies.¹ Quote¹: “Een ergotherapeut werkt aan het proces van empoweren, zelfregie en organiseren. (....) Het gaat erom; kan iemand iets ook weer in zijn eigen omgeving en kan iemand dat dan ook zelf organiseren?”
Deelvraag	2. B. Wat kan ergotherapie hierin betekenen?
Categorie	<i>Vormen van herstel</i>
<i>Belangrijkste Bevindingen</i>	Functioneel herstel ontbreekt in de verslavingszorg. Het gaat altijd niet alleen om ziekteverschijnselen / symptomen maar ook over de functies die iemand verloren heeft of die beschadigd zijn geraakt. Als iemand een hartoperatie heeft gehad, dan is de genezing in getreden op het moment dat het hart weer op orde is en de wond dicht, maar de hartfunctie dat moet nog hersteld worden, dus dat moet geoefend worden.² Het is van belang om de ICF toe te passen. In de GGZ en verslavingszorg weet men niet wat het ICF model is. Dat weergeeft dat deze hulpverleners niet expliciet gericht zijn op functies en het functioneren.² De GGZ en verslavingszorg om het biopsychosociaal functioneren van cliënten te beschrijven en te classificeren.² Daarentegen ziet Van der Stel wel dat ergotherapie ziet wat het ICF inhoudt.² Het ergotherapeutisch model Of Human Occupation (MOHO) sluit aan bij het ICF.¹ In de MOHO komen ook de rollen en mogelijkheden van de persoon naar voren en hoe deze ingezet kunnen worden in activiteiten.¹ Dit is belangrijk voor het persoonlijk herstel, wat weer bijdraagt aan hoe je invulling geeft aan je rol, activiteiten en dit kan uiteindelijk positief effect hebben op het klinische herstel.¹ Binnen Tactus wordt geen onderscheid gemaakt tussen de vier verschillende vormen van herstel. Tactus richt zich het meest op het verminderen van symptomen van verslavingsproblematiek en genezing.^{3,4} Quote²: “In de somatische zorg wordt al meer aandacht besteed aan de vier vormen van herstel. De GGZ en de verslavingszorg lopen hier in achter en passen de verschillende vormen van herstel nog niet goed toe. (....) Als er wel aandacht wordt besteed aan het functioneel herstel dan is dat verstopt in maatschappelijk of klinisch herstel of het gebeurd helemaal niet”. Ergotherapie kan van toegevoegde waarde zijn binnen de klinische verslavingszorg door te profileren op het gebied van functioneel herstel, met name op het gebied van de hogere executieve functies.² De cliënt wordt daardoor in staat gesteld om invloed uit te oefenen op zijn eigen cognitie, zodat hij kan functioneren in zijn eigen context.² Dat is nu precies het vraagstuk waarmee cliënten kampen met een psychische stoornis en/ of verslaving.² Een training gericht op vaardigheden is dan ook een toegevoegde waarde in de verslavingszorg.⁴ Ergotherapie kijkt wat er lukt tijdens een activiteit en wat er niet lukt en dat wordt geoefend. Hierdoor kunnen een aantal hogere functies hersteld worden die betrekking op het verrichten van taken om te kunnen functioneren in het leven. Quote²: “Als beroepsvereniging voor ergotherapeuten zegt: wij kunnen met name op het gebied van functioneel herstel, de executieve functies, een centrale positie innemen, claimen en ook waarmaken. (....) dan zit er heel veel in het vat.(...) dat is een gouden kans om dat aan te pakken”.

Tabel 3: Belangrijkste bevindingen

11. Discussie

11.1 Discussie resultaten

De interviews hebben actuele antwoorden geleverd op de deelvragen met verschillende invalshoeken. Wat de junior onderzoekers verwachtten en ook uitkwam, was dat de nadruk van Van der Stel zou liggen op functioneel herstel en de hogere executieve functies. Zij hadden echter niet verwacht dat de sociotherapeut en ergotherapeuten met veel antwoorden op een lijn zouden zitten. Hiermee vulden zij elkaar aan en versterkten zij elkaars uitspraken.

Bij de omschrijving van het kerndomein van ergotherapie leggen de respondenten de focus op het optimaliseren van het dagelijks handelen, zelfstandigheid en betekenisvolle activiteiten. De respondenten versterken elkaars uitspraken. Daarnaast heeft Van der Stel de aanvulling dat het kerndomein van ergotherapie zich moet richten op herstel van een aantal functies die betrekking hebben op het verrichten van taken om te kunnen functioneren. De uitspraak van Van der Stel is een aanvulling, die in dit onderzoek als betrouwbaar wordt geacht, gezien zijn praktijkervaring in de verslavingszorg en expertise betreft onderzoeken met als onderwerp verslaving. Echter kan in twijfel getrokken worden of Van der Stel exact op de hoogte is van het kerndomein van ergotherapie, omdat hij niet eerder met een ergotherapeut heeft samengewerkt in de verslavingszorg. Wel heeft hij een beeld van ergotherapie vanuit persoonlijke kring en kan hij dit plaatsen in de verslavingszorg op basis van zijn eigen praktijkervaring en kennis.

De specifieke waarde van ergotherapie wordt omschreven door een vergelijking te maken met een sociotherapeut. Hierbij is niet gekeken wat ergotherapie specifiek maakt ten opzichte van een maatschappelijk werker. Dit is gedaan omdat een sociotherapeut werkzaam is binnen de klinische verslavingszorg en een maatschappelijk werker niet. In de resultaten wordt benoemd dat ergotherapie de enige discipline is die de verbanden legt tussen de taken of activiteiten die de cliënt wilt vervullen en deze plaatst binnen de context. Echter is een kanttekening dat een maatschappelijk werker dit ook doet. Een maatschappelijk werker is niet direct een 'concurrent' voor ergotherapie, maar wel enigszins vergelijkbaar in werkwijze en kan daarom indirect concurreren met ergotherapie wanneer niet duidelijk is wat het verschil is tussen de specifieke waarde van deze twee disciplines.

Of de waarde van ergotherapie voor Tactus ook kostenbesparend is, moet nog uitgewezen worden. In de resultaten wordt benoemd dat ergotherapie terugval kan beperken door aan de participatieproblemen te werken die de cliënt ervaart en door te kijken naar hoe het verder moet met de cliënt na ontslag. Dit klinkt aannemelijk, maar moet bevestigd worden door verder onderzoek om het objectief te maken.

De belangrijkste bevindingen die per categorie beschreven worden, vormen een 'opsomming' van uitspraken van verschillende respondenten. Omdat er vier respondenten geïnterviewd zijn, met kennis en ervaring vanuit verschillende vakgebieden, kunnen er geen betrouwbare conclusies getrokken worden. Er treedt namelijk geen verzadiging op (Open Universiteit, z.d.).

11.2 Discussie methodologie

In onderstaand paragraaf worden kanttekeningen geplaatst betreft het verzamelen en analyseren van de gegevens. Dit komt overeen met de volgorde van het proces waarin onderzoek is gedaan.

Literatuuronderzoek

Om binnen de tijdrestrictie te blijven en om een duidelijk kader aan te houden is ervoor gekozen om alleen Nederlandstalige literatuur te raadplegen. Dit betekent dat mogelijk nuttige internationale literatuur niet is meegenomen in dit onderzoek. De internationale literatuur kan een ander beeld geven over de waarde van ergotherapie binnen de klinische verslavingszorg. De wetgeving, welke disciplines in de verslavingszorg werken en hoe tegen ergotherapie aangekeken wordt verschilt mogelijk per land. In dit onderzoek is de focus gehouden op de specifieke waarde van ergotherapie binnen de verslavingszorg in Nederland.

Interviews

In overleg met Kuyk-Minis en Heitink is overeen gekomen dat er vier interviews zouden plaatsvinden. Een sterk punt van het onderzoek is dat de interviews zijn afgenomen bij respondenten met verschillende perspectieven. Elke respondent heeft z'n eigen expertise, waarbij twee respondenten gefocust zijn op organisatieniveau; zij zijn werkzaam bij Tactus. De andere twee respondenten zijn niet werkzaam binnen Tactus; de ene respondent is gericht op ergotherapie en de andere op verslaving.

Aangezien er vier interviews zijn afgenomen is er in dit onderzoek geen sprake van verzadiging. Bij afname van 10 tot 15 interviews zal er verzadiging optreden (Open universiteit, z.d.). Hierdoor kunnen nieuwe belangrijke bevindingen ontbreken (Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC-UVA, 2002).

Respondenten

Het doel van het interview was om het kerndomein van ergotherapie te achterhalen en te kijken wat ergotherapie kan betekenen binnen de veel voorkomende participatieproblemen van mensen met verslavingsproblematiek. Hieronder wordt per respondent benoemt wat de kanttekening zijn.

Bea van Bodegom

Van Bodegom is werkzaam als docent en projectleider bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN).

Van Bodegom is een expert op het kerndomein van ergotherapie, wegens haar werkervaring als ergotherapeut sinds 1976. Ze heeft met vele doelgroepen gewerkt en onder andere haar eigen praktijk gehad in de ergotherapie. Aangezien zij docent is aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, konden de junior onderzoekers haar goed benaderen en was zij op korte termijn beschikbaar om deel te nemen aan het onderzoek. Als docent ergotherapie heeft Van Bodegom ervaring in uitleg geven met betrekking tot het domein ergotherapie. De kanttekening die geplaatst kan worden is dat Van Bodegom geen ervaring heeft met de doelgroep cliënten met verslavingsproblematiek. Een ergotherapeut vinden die wel werkzaam is/ geweest in de verslavingszorg is lastig, gezien het geringe aantal hierin.

Riet Idzinga

Van 1993 tot februari 2015 is Idzinga werkzaam geweest als enige ergotherapeut binnen Tactus verslavingszorg.

De kanttekening hierbij is dat Idzinga ook taken vervulde die niet ergotherapeutisch waren. Voorbeelden hiervan zijn het bellen naar deurwaarders/ geldeisers voor de cliënten en het regelen van zaken die niet onder de werkzaamheden vallen van de overige disciplines werkzaam binnen de verslavingszorg. Gezien deze taken wel vervuld moeten worden, nam Idzinga deze taken op zich. Idzinga is vanaf april 2015 werkzaam als senior sociotherapeut binnen Tactus verslavingszorg. De opdrachtgever als respondent benaderen, kan ter discussie gesteld worden, aangezien Idzinga baat heeft bij het onderzoek. Daarmee kunnen haar antwoorden meer gekleurd zijn dan een ergotherapeut die niet werkzaam is binnen Tactus verslavingszorg. Benaderen van Idzinga heeft echter als voordeel dat zij al geruime tijd (22 jaar) werkzaam is binnen de setting en daarom op de hoogte is van alle veranderingen binnen Tactus.

Jannie de Jong

De Jong is werkzaam als sociotherapeut binnen Tactus verslavingszorg. De kracht van de resultaten uit het interview met De Jong is dat het goed toepasbaar is op Tactus, omdat het contextgebonden aanbevelingen oplevert. De kanttekening hierbij is dat De Jong met name bekend is met ergotherapeut Idzinga, vanwege haar samenwerking met Idzinga, waardoor de antwoorden uit de interviews meer betrekking kunnen hebben op Idzinga als persoon dan als ergotherapeut.

Jaap van der Stel

Van der Stel is andragoloog en werkte van 1981 tot 1991 in de verslavingszorg. Van 1991 tot op heden is Van der Stel werkzaam bij Geestgronden, nu GGZ in Geest, partner van VUmc als senior-onderzoeker. In 1995 promoveerde Van der Stel in Utrecht cum laude op het proefschrift 'Drinken, drank en dronkenschap: Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland.' Hiernaast is Van der Stel verbonden aan Hogeschool Leiden; sinds 2009 in de functie van lector Geestelijke Gezondheidszorg. Van der Stel heeft diverse boeken geschreven waaronder het boek: "Wat elke professional over verslaving moet weten". Recent heeft Van der Stel verschillende wetenschappelijke artikelen geschreven over functioneel herstel en zelfregulatie. De kanttekening hierbij is dat Van der Stel geen ervaring heeft met ergotherapeuten uit de verslavingszorg.

12. Conclusie

De probleemstelling van het onderzoek was: Het is voor Tactus niet zichtbaar wat de specifieke waarde is van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek, wat ertoe heeft geleid dat ergotherapie is wegbezuinigd binnen Tactus. In de paragraaf 'Conclusie deelvragen' worden op basis van de analysesresultaten, die eerder zijn gepresenteerd per deelvraag, conclusies getrokken (Donk & Lanen, 2011).

12.1 Conclusie deelvragen

Deelvraag 1 A. Wat is het kerndomein van ergotherapie?

Uit onderzoek komt naar voren dat ergotherapie is gericht op het mogelijk maken van het handelen. Ergotherapie kijkt naar de mogelijkheden om zelfstandigheid te bevorderen. Dit door het functioneren te optimaliseren door de cliënt taken of activiteiten te laten doen, die voor de cliënt belangrijk zijn en waar voldoening uit wordt gehaald. Het kerndomein van ergotherapie is, dat zij de enige discipline is die met een holistische blik naar de cliënt kijkt en daarbij rekening houdt met de wensen en behoeftes van de cliënt als individu, dit combineert met het handelen en dat plaatst binnen de context van de cliënt.

Deelvraag 1 B. Wat betekent dit binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

Binnen de klinische behandeling betekent dit kerndomein dat de ergotherapie een stap verder gaat, dan bijvoorbeeld een sociotherapeut of psychotherapeut. Dit komt omdat de focus van een ergotherapeut op het handelen ligt. Een sociotherapeut werkt in groepsverband en kijkt naar de groepsdynamica en zit met name op het verbale aspect. Het verbale aspect geldt ook voor de psycholoog. Dit in tegenstelling tot de ergotherapeut die onderzoek doet naar welke participatieproblemen de cliënt ervaart. De ergotherapeut kijkt wat het handelen betekent in de context van de cliënt en zet de cliënt vervolgens aan tot het handelen.

"In de hele GGZ gaat het, vooral in de verslavingszorg, heel erg over praten, denken en voelen. De kracht van ergotherapie is juist dat het op het handelen gericht is" (R. Idzinga, persoonlijke mededeling, 4 juni 2015).

Cliënten met verslavingsproblematiek zijn verbaal erg sterk waardoor vaak pas opvalt waar het probleem ligt wanneer een cliënt daadwerkelijk aan het handelen wordt gezet.³ Een ergotherapeut kijkt naar hoe iemand iets doet, wat haalbaar is, waar hij strandt en waardoor dat komt, zowel fysiek als cognitief. Binnen de klinische setting kan een ergotherapeut betekenisvolle activiteiten oefenen met de cliënt, welke de cliënt later kan generaliseren naar zijn eigen handelingscontext. Hierdoor kan dagritme en verantwoordelijkheid gecreëerd worden, wat kan helpen om de verslavingscyclus te doorbreken.

2 A. Wat zijn de meest voorkomende participatieproblemen bij mensen met verslavingsproblematiek binnen de klinische verslavingszorg?

De participatieproblemen bij mensen met verslavingsproblematiek verschillen erg per cliënt. Wel kan geconcludeerd worden dat op het gebied van wonen, arbeid, scholing, gedrag, geld en justitie de meeste participatieproblemen voorkomen. Cliënten met verslavingsproblematiek hebben vaak moeite met het reguleren van onder andere hun eigen stemming, emotie en gedrag, ook wel

zelfregulatie genoemd. Voor deze doelgroep is het cruciaal om een zekere mate van zelfregulatie te ontwikkelen om zelfstandig te kunnen functioneren en te kunnen participeren in de maatschappij. De functies binnen zelfregulatie zijn te herstellen door training en door middel van zelfstandig oefenen.

“Een ergotherapeut werkt aan het proces van empoweren, zelfregie en organiseren. (...) Het gaat erom; kan iemand iets ook weer in zijn eigen omgeving en kan iemand dat dan ook zelf organiseren?” (B. Bodegom, persoonlijke mededeling, 5 juni 2015).

Deelvraag 2 B. Wat kan ergotherapie hierin betekenen?

Ergotherapie kan van specifieke waarde zijn binnen de klinische verslavingszorg met name op het gebied van hogere executieve functies die zelfregulatie mogelijk maken. Ergotherapie kijkt naar de mogelijkheden van de cliënt, kijkt hoe ver de cliënt komt met een activiteit en achterhaalt precies waar en waarom de activiteit op een bepaald punt mis gaat. Vervolgens kijkt de ergotherapeut wat er nodig is om de activiteit te laten slagen en hoe de mogelijkheden van de cliënt hierbij ingezet kunnen worden. Ergotherapeuten kunnen middels de activiteiten de vaardigheden van de cliënt trainen die zelfregulatie mogelijk maken. Zodat de cliënt zelfstandig kan functioneren in zijn eigen context en beter kan participeren in de maatschappij.

“Als de beroepsvereniging voor ergotherapeuten zegt: wij kunnen met name op het gebied van functioneel herstel, de executieve functies, een centrale positie innemen, claimen en ook waarmaken. (...) dan zit er heel veel in het vat (...) dat is een gouden kans om dat aan te pakken”. (J. Van der Stel, persoonlijke mededeling, 9 juni 2015).

12.2 Conclusie onderzoeksvraag

Wat is de specifieke waarde van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

De specifieke waarde van ergotherapie binnen de klinische verslavingszorg is dat ergotherapie, het cliënt gericht werken combineert met het handelen en dat plaatst binnen de context van de cliënt. Waar over het algemeen de behandelaars uit de verslavingszorg zich met name richten op het verbale aspect van de cliënt, richt de ergotherapeut zich op het betekenisvol handelen van de cliënt. Voordat de cliënt kan werken aan zijn participatie problemen, is het noodzakelijk dat hij een zekere mate van zelfregulatie ontwikkeld. Hier kan ergotherapie van specifieke waarde zijn. Ergotherapie achterhaalt waar de activiteit mis gaat en wat er nodig is om deze wel te laten slagen. Ergotherapie kan middels activiteiten de vaardigheden van de cliënt trainen, die zelfregulatie mogelijk maken. Zodat de cliënt zelfstandig kan functioneren in zijn eigen context en beter kan participeren in de maatschappij.

13. Aanbevelingen

Nu de specifieke waarde van ergotherapie bekend is kan hier verder onderzoek naar gedaan worden, dit wordt aangehaald in *hoofdstuk 14.1 Suggesties voor vervolgonderzoek*. Ergotherapie kan zich middels dit onderzoek sterk maken voor profilering binnen de klinische verslavingszorg.

De bevindingen in dit onderzoek hebben geleid tot de volgende aanbevelingen ter profilatie van ergotherapie in de klinische verslavingszorg. Deze aanbevelingen worden gericht aan de opdrachtgever, Riet Idzinga:

- **In gesprek met het bestuur van Tactus**
Voor Idzinga is het van belang dat Tactus inzicht wat de specifieke waarde van ergotherapie is om ergotherapie als meerwaarde te gaan zien voor de klinische behandeling. Om dit te bewerkstelligen is het van belang dat Idzinga de resultaten van het onderzoek ‘Ergotherapie in de verslavingszorg’ deelt met het bestuur van Tactus en hierover in gesprek gaat. Het gesprek met het bestuur kan vanuit de conclusies van dit onderzoek onderbouwd worden.
- **Actieve deelname aan verschillende besturen en commissies binnen de verslavingszorg/psychiatrie.**

Het actief deelnemen aan besturen en commissies binnen de verslavingszorg wordt aangeraden. Idzinga kan op deze manier ergotherapie profileren tegenover andere disciplines binnen de verslavingszorg. Deze disciplines weten vaak niet wat ergotherapie kan betekenen voor cliënten met verslavingsproblematiek en binnen de multidisciplinaire behandeling hiervan.

- **Ergotherapie Nederland**

Het is wenselijk voor Idzinga om in samenwerking met Ergotherapie Nederland aandacht te geven aan ergotherapie binnen de verslavingszorg. Ergotherapie Nederland bereikt een groot publiek binnen de ergotherapie wereld. Dit komt doordat zij landelijk vergaderingen en bijeenkomsten organiseert en daarnaast onder andere het Ergotherapie Magazine uitbrengt. Het onderzoeksteam ziet een kans voor ergotherapie om zich te richten op het gebied van functioneel herstel en het verbeteren van de executieve functies. Ergotherapie kan hier een centrale positie innemen en vervullen, waar ergotherapie Nederland bekendheid aan kan geven. Wanneer ergotherapeuten weten wat zij kunnen betekenen binnen de verslavingszorg kan het vak ergotherapie zich steeds beter profileren en wordt de arbeidsmarkt voor ergotherapeuten groter. Wanneer er meer ergotherapeuten werkzaam zijn binnen de verslavingszorg zal de kwaliteit van werken verbeteren, aangezien er dan onderling met elkaar overlegd en gediscussieerd kan worden hoe te handelen in bepaalde situaties.

- **Vervolgonderzoek: richtlijn ontwikkelen**

Omdat het huidige onderzoek een exploratief onderzoek betreft, biedt dit onderzoeksrapport kansen voor vervolgonderzoek. Middels een vervolgonderzoek kan een richtlijn ontwikkeld worden voor ergotherapie in de verslavingszorg. Er wordt aangeraden een richtlijn van ergotherapie en cliënten met verslavingsproblematiek te ontwikkelen, zodat het handelen van een ergotherapeut binnen de verslavingszorg beter onderbouwd kan worden. Daarnaast biedt een richtlijn handvatten om de ergotherapeutische behandelingen methodisch vorm te geven.

14. Relevantie

Het onderzoek is relevant aangezien er in Nederland slechts één eerder onderzoek bekend is. Hierin wordt de wetenschappelijke meerwaarde van ergotherapie in de verslavingszorg niet duidelijk aangetoond. Tevens is in Nederland beperkte literatuur bekend over de waarde van ergotherapie binnen de verslavingszorg.

In de verslavingszorg is een klein aantal ergotherapeuten in de verslavingszorg werkzaam. Om te achterhalen hoeveel ergotherapeuten dat zijn, is er telefonisch contact gelegd met 'Ergotherapie Nederland', 'Nivel' en 'Trimbos'. Ergotherapie Nederland verwees naar het arbeidsonderzoek van Nivel peiling 1 januari 2014. Hierin wordt beschreven dat er in de GGZ, waaronder verslavingszorg valt, 199 ergotherapeuten werkzaam zijn (Hassel & Kenens, 2015). Het specifieke aantal in de verslavingszorg is echter onbekend. In 1998 waren volgens de Nederlandse Vereniging van Ergotherapie (NVE) tussen de vijf en de tien ergotherapeuten werkzaam (Hoogland, 1998). Volgens Den Outer (2002) is ergotherapie een aanvulling omdat daar waar andere disciplines een theoretische basis leggen tijdens hun behandeling, de ergotherapeut een koppeling maakt naar de praktijk.

Hierbij is het van belang dat de opleiding ergotherapie in Nederland meer aandacht schenkt aan de doelgroep cliënten met verslavingsproblematiek, omdat "steeds meer ergotherapeuten met cliënten in aanraking komen die (ook) een verslavingsprobleem hebben, omdat de Nederlandse overheid meer aandacht aan de hulpverlening voor verslaafden besteedt" (Outer, 2002).

Heden ligt de focus binnen de gezondheidszorg niet langer op de zorg voor ziekte maar op zo gezond mogelijk blijven participeren aan de samenleving. Deze nieuwe tendens vraagt een nieuwe manier van denken en vereist meer aandacht voor preventie, oplossingsgericht behandelen, coachen, zelfmanagement, zelfredzaamheid, inclusiviteit, etc. (RVZ, geciteerd in Vandevyvere, Dubourg, & Desoete, 2013). De ergotherapeutisch wetenschappelijke theorieën zijn op het handelen en de

context gebaseerd, cliëntgecentreerd en evidence-based. (Kinébanian & Logister-Proost, geciteerd in Vandevyvere, Dubourg, & Desoete, 2013).

Om de opleiding in Nederland aan te sluiten op de nieuwe ontwikkeling in de zorg, kan de opleiding zich specifiek richten op het gebied van functioneel herstel, met name de executieve functies. Ergotherapie kijkt wat er lukt tijdens een activiteit en wat er niet lukt en dat wordt geoefend. Hierdoor kunnen een aantal hogere functies hersteld worden die betrekking hebben op het verrichten van taken om te kunnen functioneren in het leven. Zo kan ergotherapie zich onderscheiden en profileren binnen de verslavingszorg en eventuele andere settingen. De cliënt wordt in staat gesteld om invloed uit te oefenen op zijn eigen cognitie, zodat hij kan functioneren in zijn eigen context. Een training gericht op vaardigheden is dan ook een toegevoegde waarde in de verslavingszorg, aldus Van der Stel.

Ergotherapie is sinds lang tijd actief op activiteiten, handelings- en participatie niveau (Polatajko, Townsend, & Craik, 2007). Binnen de gezondheidszorg komen executieve functies binnen de ergotherapie vaker aan bod. Executieve functies zijn belangrijk om te kunnen participeren in de samenleving. De snelle maatschappelijke evolutie vraagt alsmaar complexere handelingen. (Vandevyvere, Dubourg, & Desoete, 2013).

In de geestelijke gezondheidszorg zijn de uitgaven met maar liefst 12% ingekort ten opzichte van het jaar ervoor (Atlas van zorg & hulp, 2014). Dit zou moeten resulteren in het reduceren van de zorgkosten (Rijksoverheid. z.d. a). Tegenover kosten van een ergotherapeut staan baten, bijvoorbeeld in de vorm van hogere kwaliteit van leven van cliënten, besparing op overige zorgkosten en een hogere arbeidsproductiviteit (Lammers, Scholte & Berden, 2014). Naar aanleiding van deze gegevens is de vraag of het wegbezuinigen van ergotherapie binnen Tactus kostenbesparend is.

14.1 Suggesties voor vervolgonderzoek

De bevindingen uit dit onderzoek kunnen aanleiding zijn voor vervolgonderzoek. Hieronder worden suggesties gegeven voor vervolgonderzoek:

- Het betrekken van internationale onderzoeken en literatuur in het onderzoek naar de meerwaarde van ergotherapie. Dit om een betrouwbaarder beeld te krijgen van wat ergotherapie kan betekenen binnen de verslavingszorg.
- Aan de hand van de interviewguide uit het huidige onderzoeksrapport kunnen meer interviews afgenomen worden om verzadiging te bereiken.
- Onderzoeken wat ergotherapie kan betekenen op het gebied van functioneel herstel, met name de executieve functies. Gezien executieve functies zelfregulatie mogelijk maken, helpen deze om doelen te behalen (Van der Stel, 2015). De executieve functies spelen een grote rol om te kunnen participeren in de samenleving, wat zou passen onder de rol van ergotherapeut. Hier ligt dus potentie voor ergotherapie.
- De meerwaarde van ergotherapie beschrijven per klinische fasen: diagnostiek, behandeling en resocialisatie. Er kan dan bepaald worden wat de ergotherapeut per fase kan betekenen.
- De meerwaarde van ergotherapie inzichtelijk maken ambulant en poli-klinisch. Gezien dit onderzoek alleen klinisch gericht is.
- Een richtlijn ontwikkelen voor ergotherapie in de verslavingszorg. Er wordt aangeraden een richtlijn van ergotherapie en cliënten met verslavingsproblematiek te ontwikkelen, zodat het handelen van een ergotherapeut binnen de verslavingszorg beter onderbouwd kan worden. Daarnaast biedt een richtlijn handvatten om de ergotherapeutische behandelingen methodisch vorm te geven.
- Onderzoeken wat ergotherapie binnen de integrale behandeling van verslavingsproblematiek kan bieden bij de snelst groeiende en meest voorkomende doelgroep binnen Tactus: Licht verstandelijk beperkt (LVB), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) en ouderen met verslaving.

- Onderzoeken wat ergotherapie binnen de integrale behandeling van verslavingsproblematiek kan bieden in combinatie met overige psychiatrische stoornis.
- Onderzoeken welke ergotherapeutische interventies passend zijn bij cliënten met verslavingsproblematiek, rekening houdend met de fase van gedragsverandering.

15. Begrippenlijst

Executieve functies	“Executieve functies stellen ons in staat onze emoties te reguleren en onze gedachten te monitoren, zodat we efficiënter en effectiever kunnen functioneren. Eenvoudig gezegd helpen deze functies om ons gedrag te reguleren” (Dawson & Guare, 2015).
Zelfregulatie	“Is een verzamelterm voor alle psychische processen waarmee mensen afstand kunnen nemen van zichzelf én invloed kunnen uitoefenen op hun emoties, motivaties, cognities en hun gedrag (om doelen te behalen)” (Stel, 2015).
Occupation-based	“Is op het handelen gericht. De toegenomen focus op het handelen is het kerndomein van ergotherapie, waarbij het handelen zowel middel als doel is van de ergotherapie” Hartingsveldt et al (2010)
Context-based	“Is in de context gesitueerd. De context waarin de cliënt handelt, ergotherapie richt zich op het handelen in de fysieke en in de sociale omgeving” Hartingsveldt et al (2010).
Holistisch	“Het beschouwen van de mens als fysiek, emotioneel, cognitief, sociaal en cultureel geheel” (Kielhofner,2010) Holisme oriënteert ergotherapeuten naar het erkennen van de manier waarop fenomenen in onderlinge relatie staan. Het biedt een visie op de wereld als een ruim geïntegreerd netwerk van componenten waarin delen tot gehelen ingelijfd worden (Kielhofner, 2010).
Metacognitieve vaardigheden	“Het vermogen om een stapje terug te doen om jezelf en de situatie te overzien, om te bekijken hoe je een probleem aanpakt. Het gaat daarbij om zelfmonitoring en zelfevaluatie” (Dawson & Guare, 2015).
Functioneel herstel	“Verbeteren van het lichamelijk, psychisch & sociaal- cultureel functioneren. Hierdoor kan de persoon de voor hem relevante rollen weer spelen. Impliceert veelal gerichte activiteiten door betrokken te leren of te oefenen. Hierbij gaat het om het herstellen of verbeteren van de door aandoening benadeelde of niet goed gerijpte functies” (Stel, 2013).
Persoonlijk herstel	“Het ontwikkelen van de persoonlijke voorwaarde om het eigen leven in al zijn facetten weer op orde te krijgen, waaronder regie nemen over de ontvangen zorg, acceptatie van de aandoening/ omstandigheden. Persoonlijk herstel fungeert als motor om gemotiveerd met de andere vormen van herstel aan de slag te gaan. Betreft een voor elk individu uniek proces, het veronderstelt een geschikte sociale & culturele context” (Stel, 2013).
Klinisch herstel	“Het door behandeling verminderen van symptomen, liefst genezing”(Stel, 2013).
Zelfmanagement	“Het vermogen van chronisch zieken om zelf te kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan de beschikbare zorg wordt ingezet, om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden”(Baardman, Booy, Helder, & Meulmeester, 2009).
Occupational performance	“Het handelen (occupational performance) is de betekenisvolle, doelgerichte uitvoering van dagelijkse activiteiten die gerelateerd zijn aan persoonlijke leven van mensen en die context gebonden zijn. Het daadwerkelijk handelen heeft drie elementen: de cliënt, de activiteiten en de context” (Hartingsveldt, et al 2010).

Tabel 4: Begrippenlijst

16. Literatuurlijst

ADHD medicatie. (z.d.). *ADHD en verslaving*. Geraadpleegd op 16 april 2015, van <http://www.adhdmedicatie.nl/leven-met-adhd/verslaving>

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author

Ardila, A. (2008). *On the evolutionary origins of executive functions*. In P., Dawson, & R., Guare (2010). hoofdstuk 2: executieve functies bepalen. In P. Dawson, & R. Guare, *executieve functies bij kinderen en adolescenten: een praktische gids voor diagnostiek en interventie*. (p. 23-40). Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Atlas van zorg & hulp. (2014). *Gevolgen miljoenennota 2015 voor zorg & welzijn*. Geraadpleegd op 30 april 2015, van <http://www.zorghulpAtlas.nl/zorghulpnieuws/politiek-en-zorg/gevolgen-miljoenennota-2015-voor-zorg-welzijn/>

Baardman, J., Booys, M. de, Heldoorn, M., & Meulmeester, M. (2009). *Visiedocument zelfmanagement 2.0. Over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealt er aan kan bijdragen*. Utrecht: NPCF.

Bakkum, M., Helm van der, A., Invernizzi, N., & Winkelmolen, I. (2005). *PEO in de praktijk*. Hogeschool Zuyd & Hogeschool van Amsterdam. Geraadpleegd op 17-06-2015, van <http://kennisbank.hva.nl/document/219343>

Centraal bureau voor de Statistiek (2014a). *Bevolkingspiramide: leeftijdsopbouw Nederland* [online afbeelding]. gedownload op 13 mei 2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/vergrijzing/cijfers/extra/piramide-fx.htm>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2014b). *Gezondheid en zorg in cijfers 2014*. Geraadpleegd op 27 juli 2015, van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/571A1F05-566D-4AD2-A43C-869D4280BC11/0/2014c156pub.pdf>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2015). *Begrippen*. Geraadpleegd op 28 juli 2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=3530>

Davies, R. (2006). *According to the models of care for the treatment of drugsmisusers, does occupational therapy have role in the treatment of drug misuse?*. British journal of occupational therapy, 69, 575-77.

Dawson, P., & Guare, R. (2010). *Hoofdstuk 2: executieve functies bepalen*. In P. Dawson, & R. Guare, *executieve functies bij kinderen en adolescenten: een praktische gids voor diagnostiek en interventie*. (pp. 23-40). Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Dawson, P., & Guare, r. (2011). *Hoofdstuk 1: overzicht van executieve functies*. In P. Dawson, & R. Guare, *Executieve functies bij kinderen en adolescenten: een praktische gids voor diagnostiek en interventie*. (p. 13-22). Amsterdam: Hogrefe Uitgevers

Dawson, P., Guare, R. (2015). *Executieve functies bij kinderen en adolescenten. Een praktische gids voor diagnostiek en interventie*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers

Donk, C. van., & Lanen, B. van. (2011). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho b.v.

Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, van der B., Kroon, H., Muusse, C., Rooijen, S., Schoevers, R., Wamel, A. (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom

Geerts, G. & Heestermans, H. (1992). *Van Dale: Groot Woordenboek der Nederlandse Taal: 3 Dl.* Utrecht: Van Dale Lexicografie

GGZ. (2015) AWBZ. Geraadpleegd op 20 juni 2015, van <http://www.ggznederland.nl/themas/awbz>

Granse, M. le., Hartingsveldt, M. van. & Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed Elsevier.

Gutman. (2006). *Why addiction has a Chronic, Relapsing Course. The neurobiology of addiction: implications for occupational therapy practice*. Occupational Therapy in Mental Health.

Hamilton, T. B. (2004). Occupations and places. In: C. H. Christansen & E. A. Townsend. (Ed.), *Introduction to occupation: The art and science of living*. (p. 173-196). Upper Saddle River (NJ): Pearson Prentice Hall.

Hartingsveldt, M. van., Logister-Proost I. & Kinébanian, A., (2010). *Beroepsprofiel ergotherapeut*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Hassel, van D.T.P., & Kenens, R.J. (2015). *Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten; peiling 1 januari 2014*. Geraadpleegd op 9 juli 2015, van <http://ergotherapie.nl/wp-content/uploads/2015/06/Cijfers-uit-de-registratie-van-ergotherapeuten-peiling-2014-DEF.pdf>

Hoogland, A. (1998). *Ergotherapie en de behandeling van chronisch verslaafden met meervoudige problematiek*. NVE. jaargang 26, 46-51.

Kerssemakers, R., Meerten, R., Noorlander, E. & Vervaeke, H. (2008). *Drugs en alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kinébanian, A., Granse & Hartingsveldt, M. le. (2013). *Grondslagen van de ergotherapie*. (3e druk). Amsterdam: Reed Business Education.

Kielhofner, G. (2010). *Grondbeginselen van de ergotherapie*. Leuven/Apeldoorn: Garant- Uitgevers.

Kinébanian, A., Satink, T. & Nes, van E. (2006). *Architectuur van kwalitatief wetenschappelijk onderzoek*. In R.Ostelo, A. Verhagen, & H. de Vet. *Onderwijs in de wetenschap. Lesbrieven voor paramedici*. (p. 50-59) (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kotler, P. & Keller, K. (2011). *Marketing Management*, (14e editie), Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

Lammers, M., Scholte, R., & Berden, C. (2014). *Ergotherapie doet er toe*. Geraadpleegd op 3 juli 2015, van http://www.seo.nl/uploads/media/2014-51_Ergotherapie_doet_er_toe.pdf

Marktonderzoekbureau MWM2. (2012). *Nederlander wil zelf arts, ziekenhuis of kliniek kiezen*. Geraadpleegd op 25 mei 2015, van <http://www.zkn.nl/consumenten/nieuws/persbericht-nederlander-wil-zelf-arts-ziekenhuis-of-kliniek-kiezen/>

Miller, W. & Rollnick, S. (2010). *Motiverende gespreksvoering*. (7e druk). Gorinchem: Ekklesia

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Ik heb een psychische aandoening en woon in een zorginstelling. Wat verandert er voor mij in 2015?* Geraadpleegd op 17 juli 2015, van http://www.dezorgverandertmee.nl/uploads/campagne/7871_folder_algemeen_a4_web_1.pdf

Nagel, J. van der., Kiewik, M., & Didden, R. (2013). *Iedereen gebruikt toch?* Amsterdam: Boom.

Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC- UVA. (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek*. Geraadpleegd op 01 juli 2015, van http://www.emgo.nl/kc/preparation/research%20design/Richtlijnen%20Kwalitatief%20Onderzoek_AmCOGG.pdf

Open Universiteit.(z.d.). *TiP: Toolkit instrumenten Praktijkonderzoek*. [Mobile application software]. Geraadpleegd van <http://itunes.apple.com>

Ouwehand, A., Kuijpers, W., Wisseling, D.,& Delden, E. van. (2010). *Kerncijfers verslavingszorg 2009*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Outer, J. den & Idzinga, R. (2002). *Ergotherapie, ook in de verslavingszorg!* NVE jaargang 30.

Polatajko, H.J., Townsend, E.A. & Craik, J. (2007). *The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)*. Gedownload op 24 juni 2015 van https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/Framework_2/pdf/The%20Canadian%20Model%20of%20Occupational%20Performance%20and%20Engagement.pdf

Rijksoverheid (z.d. a). *Betaalbaarheid van de zorg*. Geraadpleegd op 22 juni 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/betaalbaarheid-van-de-zorg/de-zorg-hoeveel-extra-is-het-ons-waard>

Rijksoverheid (2012). *De zorg: Hoeveel extra is het ons waard?* geraadpleegd op 22 april 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/betaalbaarheid-van-de-zorg/de-zorg-hoeveel-extra-is-het-ons-waard>

Rijksoverheid. (z.d. b). *Hoe is de zorg en ondersteuning per 2015 georganiseerd?* Geraadpleegd op 30 april 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/veranderingen-zorg-en-ondersteuning/veranderingen-in-de-langdurige-zorg>

Rijksoverheid. (2014a). *Ik heb een psychische aandoening en woon in een zorginstelling*. Gedownload op 22 juni 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2014/10/20/ik-heb-een-psychische-aandoening-en-woon-in-een-zorginstelling-voor-volwassenen.html>

Rijksoverheid. (2013a). *Jeugdwet*. Geraadpleegd op 22 juni 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/07/01/jeugdwet.html>

Rijksoverheid. (2013b). *Miljoenennota 2014*. Gedownload op 22 juni 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/begrotingen/2013/09/17/miljoenennota-2014.html>

Rijksoverheid. (2014b). *Miljoenennota 2015*. Gedownload op 22 juni 2015, van www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/begrotingen/2014/09/16/miljoenennota-2015/miljoenennota-2015.pdf.

Rijksoverheid. (2015a). *Participatiewet*. Geraadpleegd op 23 juni 2015, van http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/participatiewet?utm_campaign=sea-t-subsidies-a-participatiewet&utm_term=participatiewet&gclid=CjwKEAju3uWuBRD_s-3a8-_h6j0SJAC-qgtHrjyugeQq6PjKCL5LjXzD1Dtv3albw0XGsPI0JNzwdBoCKv3w_wcB

Rijksoverheid. (2015b). *Wet Langdurige Zorg (Wlz)*. Geraadpleegd op 25 juni 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/wet-langdurige-zorg-wlz>

Rijksoverheid. (z.d. c). *Zorgverzekering*. Geraadpleegd op 28 juli 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/basisverzekering>

Solutions center. (z.d.). *Dubbele diagnose: Een psychische aandoening en verslaving*. Geraadpleegd op 21 augustus 2015, van http://www.solutions-center.nl/verslavingen/dubbele_diagnose#730558-een-psychische-aandoening-en-verslaving

Stel, van der J. (2012). *Wat elke professional over verslaving moet weten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Stel, J. van der. (2013). *Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel: Verbetering en herstel van cognitie, emotie, motivatie en regulatie van gedrag*. Amsterdam: Uitgeverij SWP

Stel, J. van der. (2015). Functioneel herstel en zelfregulatie in de psychische gezondheidszorg. De rol van verpleegkundige? *Nurse Academy GGZ*, 1, 18-23. Gedownload op 28 mei 2015, van <http://www.nurseacademy.nl/tijdschrift>

Stehmann-Saris, J.C., Heugten, C.M. van., Kinébanian, A., & Dekker, J. (2003). *Ergotherapie richtlijn voor diagnostiek en behandeling van apraxie bij CVA-cliënten*. NVE en de HvA. Geraadpleegd op 4 augustus 2015, van http://ergotherapie.nl/wp-content/uploads/2014/04/Richtlijn_apraxie.pdf

Tactus Verslavingszorg. (2015, 12 juli). *Tactus Verslavingszorg* [Online afbeelding]. Gedownload op 22 april 2015, van https://www.tactus.nl/tactus_shared/images/logo_tactus-groot.jpg

Tactus verslavingszorg. (z.d.). *Over tactus*. Geraadpleegd op 8 april 2015, https://www.tactus.nl/teksten/item/bekijk/id/156#.VUC_xWscSUK

Transitiebureau. (2015). *Wmo in het kort*. Geraadpleegd op 22 juni 2015, van <http://www.invoeringwmo.nl/wmo/wmo-het-kort>

Trimbos instituut (z.d.). *Verslaving. Wat is verslaving?* Geraadpleegd op 4 april 2015, van <http://www.drugsinfo.nl/publiek/verslaving>

Ven, P. van de (2009). *Reflecteren: het belang van kennis. Tijdschrift voor lerarenopleiders*, 30 (1), p.22-27.

Tweedekamer Der staten- Generaal. (2014). *Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving*. Geraadpleegd op 23 juni 2015, van http://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/verzorgingsstaat

Van Rijn, M.J. (2014, 28 maart). *Transitie hervorming langdurige zorg*. Kamerbrief.

Vandevyvere, I., Dubourg, V., & Desoete, A. (2013). *Hoe nuttig is het testen van executieve functies voor de ergotherapeutische praktijk?* In W. van Handhoven (Red.), *Jaarboek ergotherapie*. (p.69-90). Leuven: Uitgeverij Acco.

Verslavingszorg Noord Nederland (2015). *Wat is verslaving?* Geraadpleegd op 15 april 2015, van <http://www.vnn.nl/meer-weten-over/verslaving/>

Zorgwijzer. (2015a). *AWBZ in 2015: alle wijzigingen op een rij*. Geraadpleegd op 24 juni 2015, van <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>

Zorgwijzer. (2015b). *Marktwerking in de zorg of terug naar het ziekenfonds?*. Geraadpleegd op 24 juni 2015, van <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/marktwerking-zorg-of-terug-naar-ziekenfonds>

17. Bijlagen

Bijlage 1: Doelgroepen

Binnen Tactus is de opnameduur verkort en de simpelere casussen worden ambulant behandeld, waardoor in de kliniek alleen de complexere verslavingen overblijven. De grootste en snelst groeiende doelgroepen met een complexere problematiek waar Tactus mee te maken heeft, zijn:

- **Mensen met Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).**
Mensen met ADHD zijn vaak impulsief en gebruiken middelen zonder de gevolgen ervan te overdenken. Daarnaast zijn mensen met ADHD opzoek naar steeds weer nieuw impulsen. Inname van verslavende middelen hoort daar ook bij. Ook doen veel jongeren met ADHD aan zelfmedicatie; zij ontdekken dat ze, door het gebruik van verslavende middelen, rustiger worden, maar ook dat ze zich beter kunnen concentreren. Dit gebeurt meestal al voordat de diagnose ADHD is gesteld. (ADHD medicatie, z.d.)
- **Mensen met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB).**
Mensen met LVB maken steeds meer deel uit van de maatschappij. Dit houdt in dat zij ook in toenemende mate in aanraking komen met middelen als alcohol en drugs. Mensen met LVB die middelen gebruiken, overzien van te voren niet wat de consequenties van het middelengebruik kunnen zijn. Daarnaast zijn er mensen met LVB die het gebruik van middelen als 'normaal' zien, met het idee: 'iedereen gebruikt toch?' (Nagel, Kiewik, & Didden, 2013).
- **Ouderen van 55+.**
Ouderen worden door de maatschappij gestimuleerd om steeds langer zelfstandig thuis te blijven wonen. Bij met name vereenzaamde ouderen is ook een verslavingsgroei zichtbaar. Dit vooral op het gebied van alcohol en medicatie. In 2008 hebben in totaal 9.816 ouderen (55+) een beroep gedaan op de verslavingszorg. Wat meer dan het dubbele is ten opzichte van het aantal in 1996 (Ouweland, Kuijpers, Wisseling & Delden, 2009). Ouderen kunnen hun verslaving vaak jarenlang verborgen houden. Uiteindelijk komen zij vaak vanuit een ziekenhuisopname pas binnen bij de verslavingszorg.

Bijlage 2: Informatiebrief respondenten

Beste meneer/mevrouw,

Wij zijn Dian Kleijn, Tessa Boonman, Lisette Zoeteman en Marit Reinsma en volgen de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Momenteel zijn wij bezig met onze afstudeeropdracht, waarin wij onderzoek doen naar de specifieke waarde van ergotherapie binnen de verslavingszorg. Doel van dit onderzoek is: in kaart brengen wat ergotherapie kan betekenen binnen de verslavingszorg.

Wij zijn erg benieuwd naar uw mening, ervaringen en werkzaamheden en willen daarom graag een interview bij u afnemen, gedurende 60 minuten. De gegevens zullen uitsluitend worden gebruikt voor onze afstudeeropdracht en zullen niet worden vrijgegeven zonder uw toestemming.

Wij hopen dat u een bijdrage wilt leveren aan ons onderzoek en kijken uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet,

Dian Kleijn, Tessa Boonman, Lisette Zoeteman en Marit Reinsma

Bijlage 3: Interviewguides

Bijlage 3a: Interviewguide Bea van Bodegom

Bea van Bodegom

Datum: vrijdag 5 juni

Tijd: 14.00 -15.00 uur

Onderzoeksdoel

Op 28 augustus (onder voorbehoud) wordt middels een onderzoeksopzet bekend wat de specifieke waarde van ergotherapie is binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

Onderzoeksvraag

Wat is de specifieke waarde van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

Deelvragen

1A. Wat is het kerndomein van ergotherapie?

1B. Wat is de specifieke waarde van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

(Eerst wat is de overlap?).

2A. Wat zijn de meest voorkomende participatieproblemen bij mensen met verslavingsproblematiek binnen de klinische verslavingszorg?

2B. Wat kan ergotherapie hierin betekenen?

Introductie (5 minuten)

Voorstellen: Wij zijn Tessa Boonman, Dian Kleijn, Marit Reinsma en Lisette Zoeteman. Wij studeren Ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Wij doen praktijk onderzoek naar: Wat de specifieke waarde van ergotherapie is binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek.

Kader van het interview:

Tactus Verslavingszorg is aan reorganisatie onderhevig. Wegens bezuinigingen ten gevolge van de veranderde wetgeving, zijn een aantal specifieke disciplines verdwenen, waaronder ergotherapie. De enige ergotherapeut die werkzaam is binnen Tactus, werkt al 20 jaar voor Tactus. Zij voert naast ergotherapeutische werkzaamheden ook andere werkzaamheden uit en wordt door collega's meer gezien als 'Riet' dan als ergotherapeut. De vraag vanuit de opdrachtgever is om middels onderzoek zichtbaar te maken wat een ergotherapeut te bieden heeft binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek.

Doel van het interview: Het kerndomein van ergotherapie achterhalen en achterhalen wat ergotherapie kan betekenen binnen de veel voorkomende participatiegebieden van mensen met een verslaving.

De duur van het interview: Het interview gaat ongeveer 60 minuten duren

Structuur van het interview: We hebben het interview onderverdeeld in 3 hoofdonderwerpen waarbij we bij elk onderwerp verschillende vragen stellen.

De reden van geluidsopname/transcriberen: Tijdens het interview zullen geluidsopnames gemaakt worden, zodat we het gesprek naderhand kunnen transcriberen. Dit doen we zodat de analyse van het gesprek zo goed mogelijk gedaan kan worden en de resultaten van het onderzoek betrouwbaar zijn.

Wat gebeurt er met de interviewresultaten: De interviewresultaten worden uitgetypt, geanalyseerd en vergeleken met elkaar.

Betrouwbaarheid informatie: De informatie uit het interview wordt geanonimiseerd en alleen gebruikt voor dit onderzoek.

Informed consent tekenen.

Hoofdonderwerpen

- Kerndomein
- Omgeving
- Participatie

Introductie Bea van Bodegom

Van 1976 tot 1981 is Bodegom werkzaam geweest als Ergotherapeut en Manager ergotherapeut afdeling kinderen en jeugd.

Van 1981 tot 1998 is Bodegom werkzaam geweest als Management OT Department, Manager Innovatieve Projects and Occupational Therapist.

Van 1998 tot 2011 is Bodegom werkzaam geweest als Manager Kwaliteit en innovatie bij Ergotherapie Nederland. In 2011 is zij hier nog 9 maanden lang Executive director a.i. geweest.

Vanaf 2005 is Bodegom eigenaar van haar eigen advies bedrijf 'Van Bodegom Advies'.

Sinds 2012 is Bodegom werkzaam als docent en projectleider bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN).

2012 – heden: Promovendus Critical Organization Studies (DBA) - University of Humanistics

Kerndomein

1. Wat vindt u de 'kern' van ergotherapie?

- Met welke andere disciplines heeft dit kern domein een overlap?
- Waar onderscheid ergotherapie zich in?

Bent u bekend met ergotherapie in de verslavingszorg?

ja:

- Ziet u een toegevoegde waarde van ergotherapie binnen de klinische verslavingszorg? **Ja?**
Ga door naar **1.Ja of 1.Nee!**

Nee:

- Ga door naar vraag 2!

1.Ja:

- Wat kan ergotherapie specifiek toevoegen binnen de klinische verslavingszorg?
- Wat vindt u het belangrijkste wat er gedaan moet worden als ergotherapeut binnen de klinische verslavingszorg? (focus, kwaliteit)
- Wat zijn volgens u de belangrijkste gevolgen nu er geen ergotherapie meer gegeven wordt in de klinische behandeling? (duur, kwaliteit)
- Wat is de meerwaarde voor de cliënt (micro) wanneer ergotherapie bijdraagt in de klinische behandeling?
- Wat is de meerwaarde voor Tactus en andere verslavingsklinieken (meso) wanneer ergotherapie bijdraagt in de klinische behandeling?
- Wat is de meerwaarde voor de overheid (macro) wanneer ergotherapie bijdraagt klinische behandeling?

1.nee:

- Waarom niet?
- Kunt u dit toelichten?

2. Davies (2006) benoemt dat ergotherapie een meerwaarde heeft, omdat de ergotherapeut met een holistische visie kijkt. Dit is volgens haar belangrijk, omdat verslaving lichamelijke, psychische en sociale problemen kan veroorzaken. Onder holisme wordt verstaan dat er een onderlinge samenhang is tussen lichaam, geest en gevoel (Kinébanian, 2006). Deze holistische blik is belangrijk omdat bij verslaving een circulaire interactie is tussen fysieke, psychische en sociale problematiek.

- Wat is het verschil tussen de holistische blik van ergotherapeuten en de blik van andere disciplines (binnen de klinische verslavingszorg)?
- Waarom is deze holistische blik een meerwaarde volgens u?

“Ergotherapie is een beroep dat zich inzet om de gezondheid en het welzijn van de mens te bevorderen met als aangrijpingspunt het mogelijk maken van het dagelijks handelen” (Hartingsveldt, Logister-Proost & Kinébanian, 2010, p.15).

3a. Ergotherapie is cliënt-centered

“De cliënt staat centraal. De ergotherapeut en de cliënt werken in bondgenootschap samen; in deze samenwerking ligt de focus op ondersteuning van de cliënt in het mogelijk maken van zijn handelen” (Hartingsveldt, et al., 2010).

- Wat is de kracht van cliënt-centred werken (in de klinische verslavingszorg)?

3b. Ergotherapie is occupation-based

“Hierbij ligt de focus op het handelen, waarbij het handelen zowel een middel als doel is van de ergotherapie” (Hartingsveldt et al., 2010).

- Wat is de kracht van occupation-based werken (in de klinische verslavingszorg)?

3c. Ergotherapie is context-based

“Dit is de context waarin de cliënt handelt. De ergotherapeutische interventie is gericht op het handelen in de fysieke en in de sociale omgeving, inclusief de maatschappelijke omgeving” (Hartingsveldt et al., 2010).

- Wat is de kracht van context-based werken (in de klinische verslavingszorg)?
- Ziet u één of meerdere van bovenstaande drie aspecten als onmisbaar binnen de klinische verslavingszorg?
- Waarom?

Bent u bekend met sociotherapie?

Ja: Ga door naar vraag 4

nee: Ga door naar vraag 5

4. Wat is het belangrijkste verschil tussen ergotherapie en sociotherapie?

- Waarin **onderscheiden** deze twee disciplines zich van elkaar?
 - Wat is er anders?
 - Waarom anders?
 - Hoe doet u dat anders? (t.o.v sociotherapeut)
- Waarin **vullen** deze twee disciplines elkaar **aan**?
 - Wat is de toegevoegde waarde daarvan?
- Waarin **concurreren** ergotherapie en sociotherapie met elkaar?
- Wat betekent het voor de behandeling van een sociotherapeut, wanneer ergotherapie weg valt?

5. Ziet u één of meerde van de onderstaande uitgangspunten een toegevoegde waarde binnen de klinische verslavingszorg?

- *De mens is een handelend wezen: Voor mensen is het een noodzaak om bezig te zijn met de dagelijkse handelingen. Dit is net zo belangrijk voor gezondheid en welzijn als eten en drinken. ieder mens heeft recht op de mogelijkheid tot betekenisvol handelen en/ of betrokken te zijn bij het uitvoeren van het dagelijks handelen (occupational justice)*
- *Handelen beïnvloedt gezondheid en welzijn: Een goede balans in het handelen leidt tot fysiek en psychosociaal welzijn. Het vervullen van de behoefte aan betekenisvol handelen bevordert gezondheid en welzijn.*
- *Handelen regelt de tijd en structureert het leven: Het uitvoeren van de dagelijkse handelingen geeft mensen een dagritme en geeft daardoor ordening in hun tijd. Consistente uitvoering van dagelijkse handelingen leidt tot de vorming van gewoonten en routines.*
- *Handelen geeft betekenis aan het leven: De betekenis die een persoon geeft aan zijn handelen is persoonlijk en elke handeling is uniek voor de persoon in kwestie. Dit kan begrepen worden door te luisteren naar de persoon die over de betekenis van zijn handelen vertelt én door de handelende persoon te observeren.*

- *Handelen is een persoonlijke ervaring: De specifieke handelingen die de persoon uitvoert en zijn betrokkenheid zijn zeer persoonlijk en voor iedereen anders.*
- *Handelen is het resultaat van de dynamische interactie van de cliënt, de activiteiten en de context.*
- *Handelen heeft therapeutische potentie: Het handelen stelt de persoon in staat om adequaat te reageren op zijn omgeving en zijn persoonlijke doelen te realiseren. Veranderen door handelen staat centraal in de ergotherapie (Hartingsveldt, et al., 2010, p. 63).*

ja:

- Welke? en waarom moet een ergotherapeut dit doen (en niet een sociotherapeut)?

Nee:

- Waarom niet?

Omgeving

6. Wat is de toegevoegde waarde voor de cliënt om (op micro niveau) het cliëntsysteem te betrekken bij de behandeling?

- Hoe zou u dit cliëntsysteem betrekken in de ergotherapeutische behandeling?

7. Als er geen sprake is van een cliëntsysteem, hoe belangrijk is het dan om een cliëntsysteem te creëren?

- Als er geen sprake is van een cliëntsysteem, wat is het gemis hiervan?
- Zou u proberen om een systeem te creëren?
- Zo ja, hoe?

Participatieproblemen

8. De meest voorkomende participatieproblemen van cliënten met verslavingsproblematiek zijn op het gebied van:

Riet, ergotherapeut = X

Jannie, sociotherapeut = V

- maatschappelijk problemen(dakloosheid) V
- wonen X / V
- arbeid X / V
- scholing
- geld X / V
- gedrag V
- relaties X / V
- hantering van schade en conflicten(Stel, 2012 p.83)
- Wat kan een ergotherapeut betekenen op deze gebieden?
- Wat is hier specifiek ergotherapeutisch aan?

Volgens van der Stel kun je herstel onderscheiden in vier vormen: klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk.

1. Klinisch herstel. Het door behandeling verminderen van symptomen, liefst genezing

2. Functioneel herstel. Verbeteren van het lichamelijk, psychisch & sociaal- cultureel functioneren.

Hierdoor kan de persoon de voor hem relevante rollen weer spelen. Impliceert **veelal gerichte activiteiten** door betrokken te leren of te oefenen. Hierbij gaat het om het herstellen of verbeteren van de door aandoening benadeelde of niet goed gerijpte functies.

3. Maatschappelijk herstel. Betreft het verbeteren van de maatschappelijke positie van degenen die een ernstige psychische stoornis hebben of hebben gehad. Het na een ziekteperiode weer op de rails krijgen van het sociale leven- arbeid en opleiding, wonen, relaties.

4. Persoonlijk herstel. Het ontwikkelen van de persoonlijke voorwaarde om het eigen leven in al zijn facetten weer op orde te krijgen, waaronder regie nemen over de ontvangen zorg, acceptatie van de aandoening/ omstandigheden. Persoonlijk herstel fungeert als motor om gemotiveerd met de andere vormen van herstel aan de slag te gaan. Betreft een voor elk individu uniek proces, het veronderstelt een geschikte sociale & culturele context. (Stel, 2013)

9. “Bij persoonlijk herstel gaat het om de eigen wil tot herstel en het zelf doelen stellen. De cliënt maakt zelf uit wat voor hem belangrijk is of juist niet”(Stel, 2015a).

- In hoeverre vindt u het belangrijk dat er gekeken naar wat de cliënt belangrijk vindt?
- Waarom is het belangrijk om hier naar te kijken?

10. Wordt er binnen ergotherapie een onderscheidt gemaakt tussen de verschillende vormen van herstel? (klinisch, maatschappelijk, persoonlijk, functioneel)

- Waarin ziet u overlap tussen ergotherapie en functioneel herstel?
- Wat kan specifiek ergotherapie hierin bijdragen volgens u?

Bijlage 3b: Interviewguide Jaap van der Stel

Jaap van der Stel

Datum: 9 juni 2015

Tijd: 14.00-15.00 uur

Onderzoeksdoel

Op 28 augustus (onder voorbehoud) wordt middels een onderzoeksrapport bekend wat de specifieke waarde van ergotherapie is binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek.

Onderzoeksvraag

Wat is de specifieke waarde van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

Deelvragen

1A. Wat is het kerndomein van ergotherapie?

1B. Wat is de toegevoegde waarde van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek? (*Wat is de overlap met sociotherapie?*).

2A. Wat zijn de meest voorkomende participatieproblemen bij mensen met verslavingsproblematiek binnen de klinische verslavingszorg?

2B. Wat kan ergotherapie hierin betekenen?

Introductie (5 minuten)

Voorstellen: Wij zijn Tessa Boonman, Dian Kleijn, Marit Reinsma en Lisette Zoeteman. Wij studeren Ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Wij doen praktijk onderzoek naar: Wat de specifieke waarde van ergotherapie is binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek.

Kader van het interview:

Tactus Verslavingszorg is aan reorganisatie onderhevig. Wegens bezuinigingen ten gevolge van de veranderde wetgeving, zijn een aantal specifieke disciplines verdwenen, waaronder ergotherapie. De enige ergotherapeut die werkzaam is binnen Tactus, werkt al 20 jaar voor Tactus. Zij voert naast ergotherapeutische werkzaamheden ook andere werkzaamheden uit en wordt door collega's meer gezien als 'Riet' dan als ergotherapeut. De vraag vanuit de opdrachtgever is om middels onderzoek zichtbaar te maken wat een ergotherapeut te bieden heeft binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek.

Doel van het interview: Wat is

de toegevoegde waarde van functioneel herstel binnen de klinische behandeling van verslaving?

De duur van het interview: Het interview gaat ongeveer 60 minuten duren

Structuur van het interview: We hebben het interview onderverdeeld in 3 hoofdonderwerpen waarbij we bij elk onderwerp verschillende vragen stellen.

De reden van geluidsopname/transcriberen: Tijdens het interview zullen geluidsopnames gemaakt worden, zodat we het gesprek naderhand kunnen transcriberen. Dit doen we zodat de analyse van het gesprek zo goed mogelijk gedaan kan worden en de resultaten van het onderzoek betrouwbaar zijn.

Wat gebeurt er met de interviewresultaten: De interviewresultaten worden uitgetypt, geanalyseerd en vergeleken met elkaar.

Betrouwbaarheid informatie: De informatie uit het interview wordt geanonimiseerd en alleen gebruikt voor dit onderzoek.

Informed consent tekenen.

Hoofdonderwerpen

- Kerndomein
- Omgeving
- Participatie

Introductie Jaap van der Stel

“Jaap van der Stel, andragoloog, werkte van 1981 tot 1991 in de verslavingszorg. Van 1991 tot 1999 was hij hoofdpreventie bij de Riagg in Haarlem. Sindsdien is hij als senior onderzoeker werkzaam bij de Geestgronden, nu GGZ in Geest, partner VUmc. Hiernaast is hij vanaf 2009 verbonden aan de hogeschool Leiden; sinds 2010 in de functie van Lector geestelijke gezondheidszorg. In 1995 promoveerde hij cum laude tot doctor in de sociale wetenschappen op het proefschrift *Drinken, drank en dronkenschap; vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland*. In 2009 promoveerde hij tevens tot doctor in de geneeskunde op wetenschapsfilosofische studie over de zoektocht naar de determinanten en mechanismen van psychopathologie. Hij publiceert regelmatig over uiteenlopende onderwerpen in de GGZ en verslavingszorg” (Stel van der, 2012).

Kerndomein

1. Bent u bekend met ergotherapie?

Ja:

- Wat vindt u de ‘kern’ van ergotherapie?
- Met welke disciplines heeft dit kern domein een overlap?
- Waar onderscheidt ergotherapie zich in?
- Ziet u een toegevoegde waarde van ergotherapie in de klinische verslavingszorg? **Ja** ga door naar **1.Ja!**

Nee:

Beroepsprofiel: “Ergotherapie is gericht op het mogelijk maken van het handelen, zodat participatie - het deelnemen van mensen aan het dagelijks en maatschappelijk leven - gerealiseerd wordt ten behoeve van gezondheid en welzijn. Dit wordt bereikt door de mogelijkheden van personen met betrekking tot het handelen te benutten en te vergroten, dan wel door de omgeving aan te passen en/of te gebruiken”. (Hartingsveldt, Logister & Kinebanian, 2010)

- Als u kijkt naar het beroepsprofiel. Ziet u een toegevoegde waarde van ergotherapie in de klinische verslavingszorg?

Ja:

- ga door naar **1.Ja!**

Nee:

- Waarom niet?
- Kunt u dit toelichten?

1.Ja:

- Wat kan ergotherapie specifiek toevoegen binnen de klinische verslavingszorg?
- Wat vindt u het belangrijkste wat er gedaan moet worden als ergotherapeut binnen de klinische verslavingszorg? (kwaliteit, focus)
- Wat zijn volgens u de belangrijkste gevolgen nu er geen ergotherapie meer gegeven wordt in de klinische behandeling? (duur, kwaliteit)
- Wat is de meerwaarde voor de cliënt (micro) wanneer ergotherapie bijdraagt in de klinische behandeling?
- Wat is de meerwaarde voor Tactus en andere verslavingsklinieken (meso) wanneer ergotherapie bijdraagt in de klinische behandeling?
- Wat is de meerwaarde voor de overheid (macro) wanneer ergotherapie bijdraagt klinische behandeling?

2. Davies (2006) benoemt dat ergotherapie een meerwaarde heeft, omdat de ergotherapeut met een holistische visie kijkt. Dit is volgens haar belangrijk, omdat verslaving lichamelijke, psychische en sociale problemen kan veroorzaken. Onder holisme wordt verstaan dat er een onderlinge samenhang is tussen lichaam, geest en gevoel (Kinébanian, 2006). Deze holistische blik is belangrijk omdat bij verslaving een circulaire interactie is tussen fysieke, psychische en sociale problematiek.

- Ziet u een meerwaarde van deze holistische blik?

Ja:

- Wat ziet u als meerwaarde?

Nee:

- Waarom ziet u dit niet als meerwaarde?

“Ergotherapie is een beroep dat zich inzet om de gezondheid en het welzijn van de mens te bevorderen met als aangrijpingspunt het mogelijk maken van het dagelijks handelen” (Hartingsveldt, et al., 2010, p.15).

3a.Ergotherapie is cliënt-centered

“De cliënt staat centraal. De ergotherapeut en de cliënt werken in bondgenootschap samen; in deze samenwerking ligt de focus op ondersteuning van de cliënt in het mogelijk maken van zijn handelen” (Hartingsveldt, et al., 2010).

- Wat is de kracht van cliënt-centred werken in de klinische verslavingszorg?

3b.Ergotherapie is occupation-based

“Hierbij ligt de focus op het handelen, waarbij het handelen zowel middel als doel is van de ergotherapie”(Hartingsveldt et al., 2010).

- Wat is de kracht van occupation-based werken in de klinische verslavingszorg?

3c.Ergotherapie is context-based

“Dit is de context waarin de cliënt handelt. De ergotherapeutische interventie is gericht op het handelen in de fysieke en in de sociale omgeving, inclusief de maatschappelijke omgeving”(Hartingsveldt et al., 2010).

- Wat is de kracht van context-based werken in de klinische verslavingszorg?
- Ziet u één of meerdere van bovenstaande drie aspecten als onmisbaar binnen de klinische verslavingszorg?
- Waarom?

4. Ziet u één of meerde van de onderstaande uitgangspunten een toegevoegde waarde binnen de klinische verslavingszorg?

- *De mens is een handelend wezen: Voor mensen is het een noodzaak om bezig te zijn met de dagelijkse handelingen. Dit is net zo belangrijk voor gezondheid en welzijn als eten en drinken. Ieder mens heeft recht op de mogelijkheid tot betekenisvol handelen en/of betrokken te zijn bij het uitvoeren van het dagelijks handelen (occupational justice)*
- *Handelen beïnvloedt gezondheid en welzijn: Een goede balans in het handelen leidt tot fysiek en psychosociaal welzijn. Het vervullen van de behoefte aan betekenisvol handelen bevordert gezondheid en welzijn.*
- *Handelen regelt de tijd en structureert het leven: Het uitvoeren van de dagelijkse handelingen geeft mensen een dagritme en geeft daardoor ordening in hun tijd. Consistente uitvoering van dagelijkse handelingen leidt tot de vorming van gewoonten en routines.*
- *Handelen geeft betekenis aan het leven: De betekenis die een persoon geeft aan zijn handelen is persoonlijk en elke handeling is uniek voor de persoon in kwestie. Dit kan begrepen worden door te luisteren naar de persoon die over de betekenis van zijn handelen vertelt én door de handelende persoon te observeren.*
- *Handelen is een persoonlijke ervaring: De specifieke handelingen die de persoon uitvoert en zijn betrokkenheid zijn zeer persoonlijk en voor iedereen anders.*
- *Handelen is het resultaat van de dynamische interactie van de cliënt, de activiteiten en de context.*
- *Handelen heeft therapeutische potentie: Het handelen stelt de persoon in staat om adequaat te reageren op zijn omgeving en zijn persoonlijke doelen te realiseren. Veranderen door handelen staat centraal in de ergotherapie (Hartingsveldt, et al., 2010, p. 63).*

ja:

- Welke? en waarom?

Nee:

- Waarom niet?

Omgeving

5. Wat is de toegevoegde waarde voor de cliënt om (op micro niveau) het cliëntsysteem te betrekken bij de behandeling?

- waarom?

6. Als er geen sprake is van een cliëntsysteem, hoe belangrijk is het om een cliëntsysteem te creëren in de klinische behandeling?

- Als er geen sprake is van een cliëntsysteem, wat is het gemis hiervan?
- Zou er geprobeerd moeten worden om een systeem te creëren, in de klinische behandeling?
- Zo ja, hoe?

Participatieproblemen

7. De meest voorkomende participatieproblemen van cliënten met verslavingsproblematiek zijn op het gebied van:

Riet = X

Jannie = V

- maatschappelijk problemen(dakloosheid) V
- wonen X / V
- arbeid X / V
- scholing
- geld X / V
- gedrag V
- relaties X / V
- hantering van schade en conflicten(Stel, 2012 p.83)
- Aan welke gebieden van participatieproblemen wordt gewerkt tijdens de klinische behandeling? Kunt u deze aanvinken.
- Door welke discipline(s) wordt gewerkt aan deze gebieden?
- Aan welke gebieden wordt volgens u niet of onvoldoende gewerkt tijdens de klinische behandeling?
- (Wat kan de bovengenoemde discipline betekenen op deze gebieden)?
- (Wat is hier specifiek aan voor die discipline)?

Volgens van der Stel kun je herstel onderscheiden in vier vormen: klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk.

1. Klinisch herstel. Het door behandeling verminderen van symptomen, liefst genezing

2. Functioneel herstel. Verbeteren van het lichamelijk, psychisch & sociaal- cultureel functioneren.

*Hierdoor kan de persoon de voor hem relevante rollen weer spelen. Impliceert **veelal gerichte activiteiten** door betrokken te leren of te oefenen. Hierbij gaat het om het herstellen of verbeteren van de door aandoening benadeelde of niet goed gerijpte functies.*

3. Maatschappelijk herstel. Betreft het verbeteren van de maatschappelijke positie van degenen die een ernstige psychische stoornis hebben of hebben gehad. Het na een ziekteperiode weer op de rails krijgen van het sociale leven- arbeid en opleiding, wonen, relaties.

4. Persoonlijk herstel. Het ontwikkelen van de persoonlijke voorwaarde om het eigen leven in al zijn facetten weer op orde te krijgen, waaronder regie nemen over de ontvangen zorg, acceptatie van de aandoening/ omstandigheden. Persoonlijk herstel fungeert als motor om gemotiveerd met de andere vormen van herstel aan de slag te gaan. Betreft een voor elk individu uniek proces, het veronderstelt een geschikte sociale & culturele context. (Stel, 2013)

8. Wordt er binnen de klinische verslavingszorg een onderscheidt gemaakt tussen de verschillende vormen van herstel? (klinisch, maatschappelijk, persoonlijk, functioneel)

- Waarin ziet u overlap tussen ergotherapie en functioneel herstel?
- Wat kan specifiek ergotherapie hierin bijdragen volgens u?

9. Door functioneel herstel te onderscheiden (klinisch, persoonlijk, maatschappelijk en functioneel), worden nieuwe kansen voor herstel duidelijk.

- Waarom wordt dit onderscheid gemaakt? (behalve kansen zien).
- Hoe worden er met het onderscheid nieuwe kansen gecreëerd?
- Wat levert functioneel herstel op voor de cliënt? (micro) (bijvoorbeeld, helpt dit om terugval te voorkomen, zelfstandig te wonen?)
- Wat levert functioneel herstel op het meso niveau op (instelling) (bijvoorbeeld kostenbesparend?)
- Wat levert functioneel herstel op macro niveau op? (overheid) (bijvoorbeeld kostenbesparend?)

10. “Bij persoonlijk herstel gaat het om de eigen wil tot herstel en het zelf doelen stellen. De cliënt maakt zelf uit wat voor hem belangrijk is of juist niet”(Stel, 2015).

- In hoeverre wordt binnen de klinische verslavingszorg gekeken naar wat de cliënt belangrijk vindt om aan te werken?
- Waarom is het belangrijk om in de klinische verslavingszorg hier naar te kijken?

“In de psychische gezondheidszorg maar ook in andere sectoren, wordt vaak onvoldoende nagegaan of mensen voldoende tot zelfregulatie in staat zijn” (Stel, 2013).

In deze tijd waarin mensen meer op zichzelf aangewezen worden, zou de aandacht voor executieve functies en wat de betekenis daarvan is voor de zelfregulatie, als punt van aandacht gezien moeten worden binnen de psychische zorgverlening (Stel, 2015a).

11. Wordt er in de klinische verslavingszorg nagegaan of mensen voldoende executieve functies beheersen waardoor ze tot zelfregulatie (functioneel herstel) in staat zijn?

ja:

- Op welke wijze wordt nu nagegaan of mensen voldoende executieve functies beheersen waardoor ze tot zelfregulatie (functioneel herstel) in staat zijn?
- Welke discipline(s) richt(en) zich daar nu op?
- Welke discipline vindt u daarvoor het meest geschikt en waarom?

nee:

“Het thema zelfregulatie is voor de verslavingszorg om twee redenen interessant

- Het richt de aandacht op het zelf doen
- Focust op de psychische processen die nodig zijn om daartoe in staat te zijn.

Beide zaken zijn cruciaal voor herstel, in het bijzonder- *functioneel herstel*”(Stel, 2015a).

- welke gevolgen heeft dit voor de cliënt als dit niet in de behandeling wordt meegenomen?
- Is het volgens u van belang om ook in de klinische setting aan functioneel herstel te werken? Zo ja, waarom?

Volgens van der Stel bestaat functioneel herstel uit executieve functies die zelfregulatie mogelijk maken. Definitie:

Executieve functies zijn functies op zichzelf gericht handelen, om op basis daarvan effectiever te kunnen zijn. Zoals het omgaan met tijd, ruimte en sociale processen

Zelfregulatie is een verzamelterm voor alle psychische processen waarmee mensen afstand kunnen nemen van zichzelf én invloed kunnen uitoefenen op hun emoties, motivaties, cognities en hun gedrag (om doelen te behalen). (Stel, 2015)

12. Bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening zijn er vaak tekorten in 1 of meer executieve functies*. Hebben mensen met verslavingsproblematiek ook vaak tekorten in executieve functies?

- Zijn de executieve functies nog goed te herstellen bij mensen met een verslaving (én psychiatrische problematiek)?

ja:

- ja, hoe?
- Vindt u een ergotherapeut daar geschikt voor? waarom wel/ waarom niet

nee:

- waarom niet?

Bijlage 3c: Interviewguide Riet Idzinga

Riet Idzinga

Datum: donderdag 4 juni

Tijd: 15:00- 16:00 uur

Onderzoeksdoel

Op 28 augustus (onder voorbehoud) wordt middels een onderzoeksopzet bekend wat de specifieke waarde van ergotherapie is binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

Onderzoeksvraag

Wat is de specifieke waarde van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

Deelvragen

1A. Wat is het kerndomein van ergotherapie?

1B. Wat is de toegevoegde waarde van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

(Eerst wat is de overlap?).

2A. Wat zijn de meest voorkomende participatieproblemen bij mensen met verslavingsproblematiek binnen de klinische verslavingszorg?

2B. Wat kan ergotherapie hierin betekenen?

Introductie (5 minuten)

Voorstellen: Wij zijn Tessa Boonman, Dian Kleijn, Marit Reinsma en Lisette Zoeteman. Wij studeren Ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Wij doen praktijk onderzoek naar: Wat de specifieke waarde van ergotherapie is binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek.

Kader van het interview:

Tactus Verslavingszorg is aan reorganisatie onderhevig. Wegens bezuinigingen ten gevolge van de veranderde wetgeving, zijn een aantal specifieke disciplines verdwenen, waaronder ergotherapie. De enige ergotherapeut die werkzaam is binnen Tactus, werkt al 20 jaar voor Tactus. Zij voert naast ergotherapeutische werkzaamheden ook andere werkzaamheden uit en wordt door collega's meer gezien als 'Riet' dan als ergotherapeut. De vraag vanuit de opdrachtgever is om middels onderzoek zichtbaar te maken wat een ergotherapeut te bieden heeft binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek.

Doel van het interview: Wat denkt Riet als ergotherapeut te kunnen betekenen binnen de klinische verslavingszorg. De werkzaamheden die naar uw inzien niet ergotherapeutisch zijn, maar betrekking hebben op 'Riet', worden achterwege gelaten.

De duur van het interview: Het interview gaat ongeveer 60 minuten duren.

Structuur van het interview: We hebben het interview onderverdeeld in 3 hoofdonderwerpen waarbij we bij elk onderwerp verschillende vragen stellen.

De reden van geluidsopname/transcriberen: Tijdens het interview zullen geluidsopnames gemaakt worden, zodat we het gesprek naderhand kunnen transcriberen. Dit doen we zodat de analyse van het gesprek zo goed mogelijk gedaan kan worden en de resultaten van het onderzoek betrouwbaar zijn.

Wat gebeurt er met de interviewresultaten: De interviewresultaten worden uitgetypt, geanalyseerd en vergeleken met elkaar.

Betrouwbaarheid informatie: De informatie uit het interview wordt geanonimiseerd en alleen gebruikt voor dit onderzoek.

Informed consent tekenen.

Hoofdonderwerpen

- Kerndomein

- Omgeving
- Participatie

Introductie Riet Idzinga

Idzinga heeft veel ervaring als senior en coach voor hulpverleners in de zorg en het werken met moeilijke doelgroepen als ergotherapeut en in arbeidsintegratie en sociaal- maatschappelijke dienstverlening.

Van februari 1989 tot november 1989 heeft Idzinga als ergotherapeut gewerkt bij een algemeen ziekenhuis (geriatrie en dagbehandeling) in Leicester, Verenigd Koninkrijk.

Van april 1990 tot september 1992 heeft Idzinga gewerkt in Nijmegen bij de Sint Maartenskliniek als ergotherapeut door de behandeling te doen van volwassen revalidatie (neurologie, dwarslaesie, handletsels).

Van maart 1995 tot februari 1998 heeft zij de ergotherapeutische behandeling gedaan op verblijfs-afdelingen, revalidatie en dagbehandeling.

Van februari 1997 tot februari 1998 heeft zij in Warnsveld een onderzoeksproject gedaan over ergotherapie en chronische psychiatrie.

Van mei 1993 tot heden is Idzinga ergotherapeut/senior binnen Tactus Verslavingszorg te Zutphen. Hier behandelt en begeleidt zij cliënten met meervoudige problematiek (verslaving, psychiatrie, verstandelijke en sociale beperkingen) in het kader van Rehabilitatie en Maatschappelijk Herstel.

Kerndomein

1. Wat vindt u de 'kern' van ergotherapie?

- Ziet u een toegevoegde waarde van ergotherapie binnen de klinische verslavingszorg?

ja:

- Wat kan ergotherapie specifiek toevoegen binnen de klinische verslavingszorg?
- Wat vindt u het belangrijkste wat er gedaan moet worden als ergotherapeut binnen de klinische verslavingszorg? (kwaliteit, focus)
- Wat zijn volgens u de belangrijkste gevolgen nu er geen ergotherapie meer gegeven wordt in de klinische behandeling? (duur, kwaliteit)
- Wat is de meerwaarde voor de cliënt (micro) wanneer ergotherapie bijdraagt in de klinische behandeling?
- Wat is de meerwaarde voor Tactus en andere verslavingsklinieken (meso) wanneer ergotherapie bijdraagt in de klinische behandeling?
- Wat is de meerwaarde voor de overheid (macro) wanneer ergotherapie bijdraagt klinische behandeling?

Nee:

- Waarom niet?
- Kunt u dit toelichten?

2. (U heeft gewerkt met een sociotherapeut binnen de klinische verslavingszorg). Wat is het belangrijkste verschil tussen ergotherapie en sociotherapie?

- Waarin **onderscheiden** deze twee disciplines zich van elkaar?
 - Wat is er anders?
 - Waarom anders?
 - Hoe doet u dat anders? (t.o.v sociotherapeut)
- Waarin **vullen** deze twee disciplines elkaar **aan**?
 - Wat is de toegevoegde waarde daarvan?
- Waarin **concurreren** ergotherapie en sociotherapie met elkaar?
- Wat betekent het voor de behandeling van een sociotherapeut, wanneer ergotherapie weg valt?

3. Wat gebeurt er NIET in de klinische verslavingszorg (Tactus) als ergotherapie als discipline wegvalt?

- Wat gebeurt er anders?

- Wat gebeurt er minder?

4. Als u kijkt naar de uitgangspunten van ergotherapie, welke uitgangspunten komen overeen met sociotherapie?

- *De mens is een handelend wezen: Voor mensen is het een noodzaak om bezig te zijn met de dagelijkse handelingen. Dit is net zo belangrijk voor gezondheid en welzijn als eten en drinken. Ieder mens heeft recht op de mogelijkheid tot betekenisvol handelen en/ of betrokken te zijn bij het uitvoeren van het dagelijks handelen (occupational justice)*
- *Handelen beïnvloedt gezondheid en welzijn: Een goede balans in het handelen leidt tot fysiek en psychosociaal welzijn. Het vervullen van de behoefte aan betekenisvol handelen bevordert gezondheid en welzijn.*
- *Handelen regelt de tijd en structureert het leven: Het uitvoeren van de dagelijkse handelingen geeft mensen een dagritme en geeft daardoor ordening in hun tijd. Consistente uitvoering van dagelijkse handelingen leidt tot de vorming van gewoonten en routines.*
- *Handelen geeft betekenis aan het leven: De betekenis die een persoon geeft aan zijn handelen is persoonlijk en elke handeling is uniek voor de persoon in kwestie. Dit kan begrepen worden door te luisteren naar de persoon die over de betekenis van zijn handelen vertelt én door de handelende persoon te observeren.*
- *Handelen is een persoonlijke ervaring: De specifieke handelingen die de persoon uitvoert en zijn betrokkenheid zijn zeer persoonlijk en voor iedereen anders.*
- *Handelen is het resultaat van de dynamische interactie van de cliënt, de activiteiten en de context.*
- *Handelen heeft therapeutische potentie: Het handelen stelt de persoon in staat om adequaat te reageren op zijn omgeving en zijn persoonlijke doelen te realiseren. Veranderen door handelen staat centraal in de ergotherapie (Hartingsveldt, Logister & Kinébanian, 2010, p. 63).*

“Ergotherapie is een beroep dat zich inzet om de gezondheid en het welzijn van de mens te bevorderen met als aangrijpingspunt het mogelijk maken van het dagelijks handelen” (Hartingsveldt, et al 2010, p.15).

5a.Ergotherapie is cliënt-centered

“De cliënt staat centraal. De ergotherapeut en de cliënt werken in bondgenootschap samen; in deze samenwerking ligt de focus op ondersteuning van de cliënt in het mogelijk maken van zijn handelen” (Hartingsveldt, et al., 2010).

- Is sociotherapie cliënt- centered?
- Wat is de kracht van cliënt-centered werken (in de klinische verslavingzorg)?

5b.Ergotherapie is occupation-based

“Hierbij ligt de focus op het handelen, waarbij het handelen zowel een middel als doel is van de ergotherapie”(Hartingsveldt et al., 2010).

- Is sociotherapie client- centered?
- Wat is de kracht van occupation-based werken(in de klinische verslavingzorg)?

5c.Ergotherapie is context-based

“Dit is de context waarin de cliënt handelt. De ergotherapeutische interventie is gericht op het handelen in de fysieke en in de sociale omgeving, inclusief de maatschappelijke omgeving”(Hartingsveldt et al., 2010).

- Is sociotherapie cliënt- centered?
- Wat is de kracht van context-based werken(in de klinische verslavingzorg) ?
- Welke van bovenstaande drie aspecten ziet u als onmisbaar binnen de klinische verslavingszorg?
- Waarom?

Omgeving

6. Wat is de toegevoegde waarde voor de cliënt om (op micro niveau) het cliëntsysteem te betrekken bij de behandeling?

- Hoe zou u dit cliëntsysteem betrekken in de ergotherapeutische behandeling?

7. Als er geen sprake is van een cliëntsysteem, hoe belangrijk is het dan om een cliëntsysteem te creëren?

- Als er geen sprake is van een cliëntsysteem, wat is het gemis hiervan?
- Wordt er geprobeerd een systeem te creëren?
- Zo ja, hoe?

Participatieproblemen

8. De meest voorkomende participatieproblemen van cliënten met verslavingsproblematiek zijn op het gebied van: (aanvinken)

- maatschappelijk problemen(dakloosheid)
- wonen
- arbeid
- scholing
- geld
- gedrag
- relaties
- hantering van schade en conflicten(Stel, 2012 p.83)
- Aan welke gebieden van participatieproblemen wordt gewerkt tijdens de klinische behandeling?
- Door welke discipline(s) wordt gewerkt aan deze gebieden?
- Aan welke gebieden wordt volgens u niet of onvoldoende gewerkt tijdens de klinische behandeling?
- Wat kan een ergotherapeut betekenen op deze gebieden?
- Wat is hier specifiek ergotherapeutisch aan?
- Wat kan een sociotherapeut betekenen op deze gebieden?
- Wat is hier specifiek sociotherapeutisch aan?

Volgens van der Stel kun je herstel onderscheiden in vier vormen: klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk. Definitie:

1. Klinisch herstel. Het door behandeling verminderen van symptomen, liefst genezing

2. Functioneel herstel. Verbeteren van het lichamelijk, psychisch & sociaal- cultureel functioneren. Hierdoor kan de persoon de voor hem relevante rollen weer spelen. Impliceert **veelal gerichte activiteiten** door betrokken te leren of te oefenen. Hierbij gaat het om het herstellen of verbeteren van de door aandoening benadeelde of niet goed gerijpte functies.

3. Maatschappelijk herstel. Betreft het verbeteren van de maatschappelijke positie van degenen die een ernstige psychische stoornis hebben of hebben gehad. Het na een ziekteperiode weer op de rails krijgen van het sociale leven- arbeid en opleiding, wonen, relaties.

4. Persoonlijk herstel. Het ontwikkelen van de persoonlijke voorwaarde om het eigen leven in al zijn facetten weer op orde te krijgen, waaronder regie nemen over de ontvangen zorg, acceptatie van de aandoening/ omstandigheden. Persoonlijk herstel fungeert als motor om gemotiveerd met de andere vormen van herstel aan de slag te gaan. Betreft een voor elk individu uniek proces, het veronderstelt een geschikte sociale & culturele context.

(Stel, 2013)

9. “Bij persoonlijk herstel gaat het om de eigen wil tot herstel en het zelf doelen stellen. De cliënt maakt zelf uit wat voor hem belangrijk is of juist niet”(Stel, 2015).

- In hoeverre wordt er op dit moment binnen Tactus gekeken naar wat de cliënt belangrijk vindt om aan te werken?
- Hoe zou u dit willen zien?
- Wat vindt u hier belangrijk in?

Volgens van der Stel bestaat functioneel herstel uit executieve functies die zelfregulatie mogelijk maken. Definitie:

Executieve functies zijn functies op zichzelf gericht handelen, om op basis daarvan effectiever te kunnen zijn. Zoals het omgaan met tijd, ruimte en sociale processen

Zelfregulatie is een verzamelterm voor alle psychische processen waarmee mensen afstand kunnen nemen van zichzelf én invloed kunnen uitoefenen op hun emoties, motivaties, cognities en hun gedrag (om doelen te behalen). (Stel, 2015)

10. Wordt er binnen Tactus onderscheidt gemaakt tussen de verschillende vormen van herstel? (klinisch, maatschappelijk, persoonlijk, functioneel)

- Hoe wordt het functioneel herstel nu vorm gegeven? (zelfregulatie en executieve functies)
- Door welke disciplines wordt hieraan gewerkt?
- Waarin ziet u overlap tussen ergotherapie en functioneel herstel?
- Wat kan specifiek ergotherapie hierin bijdragen volgens u?

Extra vraag

11. Kunt u in het kort een casus omschrijven waarbij de ergotherapeutische behandeling een toegevoegde waarde is geweest binnen de klinische verslavingszorg?

- Wat heeft u als ergotherapeut precies gedaan?
- Waarom was ET een toegevoegde waarde?
- Waarom kon dit niet gedaan worden door andere disciplines?
- Wat was er gebeurd als hier geen ergotherapeut bij betrokken was?

Bijlage 3d: Interviewguide Jannie de jong

Jannie de Jong

Datum: donderdag 4 juni

Tijd: 16:00- 17:00 uur

Onderzoeksdoel

Op 28 augustus wordt middels een onderzoeksopzet bekend wat de specifieke waarde van ergotherapie is binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

Onderzoeksvraag

Wat is de specifieke waarde van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

Deelvragen

1A. Wat is het kerndomein van ergotherapie?

1B. Wat is de toegevoegde waarde van ergotherapie binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek?

(Eerst wat is de overlap?).

2A. Wat zijn de meest voorkomende participatieproblemen bij mensen met verslavingsproblematiek binnen de klinische verslavingszorg?

2B. Wat kan ergotherapie hierin betekenen?

Introductie (5 minuten)

Voorstellen: Wij zijn Tessa Boonman, Dian Kleijn, Marit Reinsma en Lisette Zoeteman. Wij studeren Ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Wij doen praktijk onderzoek naar: Wat de specifieke waarde van ergotherapie is binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek.

Kader van het interview:

Tactus Verslavingszorg is aan reorganisatie onderhevig. Wegens bezuinigingen ten gevolge van de veranderde wetgeving, zijn een aantal specifieke disciplines verdwenen, waaronder ergotherapie. De enige ergotherapeut die werkzaam is binnen Tactus, werkt al 20 jaar voor Tactus. Zij voert naast ergotherapeutische werkzaamheden ook andere werkzaamheden uit en wordt door collega's meer gezien als 'Riet' dan als ergotherapeut. De vraag vanuit de opdrachtgever is om middels onderzoek zichtbaar te maken wat een ergotherapeut te bieden heeft binnen de klinische behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek.

Doel van het interview: Het verschil tussen ergotherapie en sociotherapie inzichtelijk maken en wat de toegevoegde waarde is (van samenwerking met) ergotherapie binnen de klinische verslavingszorg.

De duur van het interview: Het interview gaat ongeveer 60 minuten duren

Structuur van het interview: We hebben het interview onderverdeeld in 3 hoofdonderwerpen waarbij we bij elk onderwerp verschillende vragen stellen.

De reden van geluidsopname/transcriberen: Tijdens het interview zullen geluidsopnames gemaakt worden, zodat we het gesprek naderhand kunnen transcriberen. Dit doen we zodat de analyse van het gesprek zo goed mogelijk gedaan kan worden en de resultaten van het onderzoek betrouwbaar zijn.

Wat gebeurt er met de interviewresultaten: De interviewresultaten worden uitgetypt, geanalyseerd en vergeleken met elkaar.

Betrouwbaarheid informatie: De informatie uit het interview wordt geanonimiseerd en alleen gebruikt voor dit onderzoek.

Informed consent tekenen.

Hoofdonderwerpen

- Kerndomein
- Omgeving
- Participatie

Introductie Jannie de Jong

Kunt u zich introduceren?

- Werkzaamheden
- Werkervaring
- Hoelang werkzaam binnen Tactus?
- Hoelang samenwerking met ergotherapie?

Kerndomein

1. Bent u bekend met het beroep ergotherapie?

Ja:

- Wat vindt u de 'kern' van ergotherapie?
- Ziet u een toegevoegde waarde van ergotherapie in de klinische verslavingszorg? **Ja?** ga door naar **1.Ja!**

Nee:

***Beroepsprofiel:** "Ergotherapie is gericht op het mogelijk maken van het handelen, zodat participatie - het deelnemen van mensen aan het dagelijks en maatschappelijk leven - gerealiseerd wordt ten behoeve van gezondheid en welzijn. Dit wordt bereikt door de mogelijkheden van personen met betrekking tot het handelen te benutten en te vergroten, dan wel door de omgeving aan te passen en/of te gebruiken". (Hartingsveldt, Logister & Kinebanian, 2010)*

- Als u kijkt naar het beroepsprofiel. Ziet u een toegevoegde waarde van ergotherapie in de klinische verslavingszorg?

1.Ja:

- Wat kan ergotherapie specifiek toevoegen binnen de klinische verslavingszorg?
- Wat vindt u het belangrijkste wat er gedaan moet worden als ergotherapeut binnen de klinische verslavingszorg? (kwaliteit, focus)
- Wat zijn volgens u de belangrijkste gevolgen nu er geen ergotherapie meer gegeven wordt in de klinische behandeling? (duur, kwaliteit)
- Wat is de meerwaarde voor de cliënt (micro) wanneer ergotherapie bijdraagt in de klinische behandeling?
- Wat is de meerwaarde voor Tactus en andere verslavingsklinieken (meso) wanneer ergotherapie bijdraagt in de klinische behandeling?
- Wat is de meerwaarde voor de overheid (macro) wanneer ergotherapie bijdraagt klinische behandeling?

1.Nee:

- Waarom niet?
- Kunt u dit toelichten?

2. Wat is het belangrijkste verschil tussen ergotherapie en sociotherapie?

- Waarin **onderscheiden** deze twee disciplines zich van elkaar?
 - Wat is er anders?
 - Waarom anders?
 - Hoe doet u dat anders? (t.o.v ergotherapeut)
- Waarin **vullen** deze twee disciplines elkaar **aan**?
 - Wat is de toegevoegde waarde daarvan?
- Waarin **concurreren** ergotherapie en sociotherapie met elkaar?
- Wat betekent het voor de behandeling van een sociotherapeut, wanneer ergotherapie weg valt?

3. Wat gebeurt er NIET in de klinische verslavingszorg (Tactus) als ergotherapie als discipline wegvalt?

- Wat gebeurt er anders?

- Wat gebeurt er minder?

4. Als u kijkt naar de uitgangspunten van ergotherapie. Welke uitgangspunten komen overeen met sociotherapie?

- *De mens is een handelend wezen: Voor mensen is het een noodzaak om bezig te zijn met de dagelijkse handelingen. Dit is net zo belangrijk voor gezondheid en welzijn als eten en drinken. Ieder mens heeft recht op de mogelijkheid tot betekenisvol handelen en/ of betrokken te zijn bij het uitvoeren van het dagelijks handelen (occupational justice)*
- *Handelen beïnvloedt gezondheid en welzijn: Een goede balans in het handelen leidt tot fysiek en psychosociaal welzijn. Het vervullen van de behoefte aan betekenisvol handelen bevordert gezondheid en welzijn.*
- *Handelen regelt de tijd en structureert het leven: Het uitvoeren van de dagelijkse handelingen geeft mensen een dagritme en geeft daardoor ordening in hun tijd. Consistente uitvoering van dagelijkse handelingen leidt tot de vorming van gewoonten en routines.*
- *Handelen geeft betekenis aan het leven: De betekenis die een persoon geeft aan zijn handelen is persoonlijk en elke handeling is uniek voor de persoon in kwestie. Dit kan begrepen worden door te luisteren naar de persoon die over de betekenis van zijn handelen vertelt én door de handelende persoon te observeren.*
- *Handelen is een persoonlijke ervaring: De specifieke handelingen die de persoon uitvoert en zijn betrokkenheid zijn zeer persoonlijk en voor iedereen anders.*
- *Handelen is het resultaat van de dynamische interactie van de cliënt, de activiteiten en de context.*
- *Handelen heeft therapeutische potentie: Het handelen stelt de persoon in staat om adequaat te reageren op zijn omgeving en zijn persoonlijke doelen te realiseren. Veranderen door handelen staat centraal in de ergotherapie (Hartingsveldt, et al, 2010, p. 63).*

“Ergotherapie is een beroep dat zich inzet om de gezondheid en het welzijn van de mens te bevorderen met als aangrijpingspunt het mogelijk maken van het dagelijks handelen” (Hartingsveldt, et al., p.15).

5a.Ergotherapie is cliënt-centered

“De cliënt staat centraal. De ergotherapeut en de cliënt werken in bondgenootschap samen; in deze samenwerking ligt de focus op ondersteuning van de cliënt in het mogelijk maken van zijn handelen” (Hartingsveldt, et al., 2010).

- Is sociotherapie cliënt- centered?
- Wat is de kracht van cliënt-centered werken (in de klinische verslavingszorg)?

5b.Ergotherapie is occupation-based

“Hierbij ligt de focus op het handelen, waarbij het handelen zowel een middel als doel is van de ergotherapie”(Hartingsveldt et al., 2010).

- Is sociotherapie cliënt- centered?
- Wat is de kracht van occupation-based werken?

5c.Ergotherapie is context-based

“Dit is de context waarin de cliënt handelt. De ergotherapeutische interventie is gericht op het handelen in de fysieke en in de sociale omgeving, inclusief de maatschappelijke omgeving”(Hartingsveldt et al., 2010).

- Is sociotherapie cliënt- centered?
- Wat is de kracht van context-based werken?
- Welke van bovenstaande drie aspecten ziet u als onmisbaar binnen de klinische verslavingszorg?
- Waarom?

Omgeving

6. Wat is de toegevoegde waarde voor de cliënt om (op micro niveau) het cliëntsysteem te betrekken bij de behandeling?

- Hoe zou u dit cliëntsysteem betrekken in de sociotherapeutische behandeling?

7. Als er GEEN sprake is van een cliëntsysteem, hoe belangrijk is het dan om een cliëntsysteem te creëren?

Nee:

Als er geen sprake is van een cliëntsysteem, wat is het gemis hiervan?

- Wordt er geprobeerd een systeem te creëren?
- Zo ja, hoe?

Participatieproblemen

8. De meest voorkomende participatieproblemen van cliënten met verslavingsproblematiek zijn op het gebied van: (aanvinken)

- maatschappelijk problemen(dakloosheid)
 - wonen
 - arbeid
 - scholing
 - geld
 - gedrag
 - relaties
 - hantering van schade en conflicten(Stel, 2012 p.83)
-
- Aan welke gebieden van participatieproblemen wordt gewerkt tijdens de klinische behandeling?
 - Door welke discipline(s) wordt gewerkt aan deze gebieden?
 - Aan welke gebieden wordt volgens u niet of onvoldoende gewerkt tijdens de klinische behandeling?
 - Wat kan een sociotherapeut betekenen op deze gebieden?
 - Wat is hier specifiek sociotherapeutisch aan?
 - Wat kan een ergotherapeut betekenen op deze gebieden?
 - Wat is hier specifiek ergotherapeutisch aan?

Volgens van der Stel kun je herstel onderscheiden in vier vormen: klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk. Definitie:

1. Klinisch herstel. Het door behandeling verminderen van symptomen, liefst genezing

2. Functioneel herstel. Verbeteren van het lichamelijk, psychisch & sociaal- cultureel functioneren.

Hierdoor kan de persoon de voor hem relevante rollen weer spelen. Impliceert veelal gerichte activiteiten door betrokken te leren of te oefenen. Hierbij gaat het om het herstellen of verbeteren van de door aandoening benadeelde of niet goed gerijpte functies.

3. Maatschappelijk herstel. Betreft het verbeteren van de maatschappelijke positie van degenen die een ernstige psychische stoornis hebben of hebben gehad. Het na een ziekteperiode weer op de rails krijgen van het sociale leven- arbeid en opleiding, wonen, relaties.

4. Persoonlijk herstel. Het ontwikkelen van de persoonlijke voorwaarde om het eigen leven in al zijn facetten weer op orde te krijgen, waaronder regie nemen over de ontvangen zorg, acceptatie van de aandoening/ omstandigheden. Persoonlijk herstel fungeert als motor om gemotiveerd met de andere vormen van herstel aan de slag te gaan. Betreft een voor elk individu uniek proces, het veronderstelt een geschikte sociale & culturele context.

(Stel, 2013)

9. “Bij persoonlijk herstel gaat het om de eigen wil tot herstel en het zelf doelen stellen. De cliënt maakt zelf uit wat voor hem belangrijk is of juist niet”(Stel, 2015a).

- In hoeverre wordt er op dit moment binnen Tactus gekeken naar wat de cliënt belangrijk vindt om aan te werken?
- Hoe zou u dit willen zien?
- Wat vindt u hier belangrijk in?

Volgens van der Stel bestaat functioneel herstel uit executieve functies die zelfregulatie mogelijk maken. Definitie:

Executieve functies zijn functies op zichzelf gericht handelen, om op basis daarvan effectiever te kunnen zijn. Zoals het omgaan met tijd, ruimte en sociale processen

Zelfregulatie is een verzamelterm voor alle psychische processen waarmee mensen afstand kunnen nemen van zichzelf én invloed kunnen uitoefenen op hun emoties, motivaties, cognities en hun gedrag (om doelen te behalen). (Stel, 2015)

10. Wordt er binnen Tactus onderscheidt gemaakt tussen de verschillende vormen van herstel? (klinisch, maatschappelijk, persoonlijk, functioneel)

- Hoe wordt het functioneel herstel nu vorm gegeven? (zelfregulatie en executieve functies)
- Door welke disciplines wordt hieraan gewerkt?
- Waarin ziet u overlap tussen sociotherapie en functioneel herstel?
- Wat kan specifiek sociotherapie hierin bijdragen volgens u?

Extra vraag!

11.Kunt u in het kort een casus omschrijven waarbij de ergotherapeutische behandeling een toegevoegde waarde is geweest op uw behandeling binnen de klinische verslavingszorg?

- Waarom was ergotherapie een toegevoegde waarde?
- Waarom kon dit niet gedaan worden door andere disciplines?
- Wat was er gebeurd als hier geen ergotherapeut bij betrokken was?
- Wat heeft u als sociotherapeut precies gedaan?

Bijlage 4: Informed consent

Titel onderzoek: Specifieke waarde van ergotherapie binnen de verslavingszorg.

Verantwoordelijke onderzoekers:

Dian Kleijn, Tessa Boonman, Lisette Zoeteman en Marit Reinsma

In te vullen door de respondent

Hierbij verklaar ik op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aanleiding, methode en doelstelling van het onderzoek. Ik ben op de hoogte dat de gegevens en resultaten van het onderzoek anoniem en vertrouwelijk verwerkt zullen worden.

Ik begrijp dat audiomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor data-analyse gebruikt zal worden.

Ik stem vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder verantwoording mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening deelnemer:.....

In te vullen door de uitvoerende onderzoekers:

Er is een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Alle vragen over het onderzoek zullen naar vermogen worden beantwoord. De respondent zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Namen onderzoekers:

Datum: Handtekeningen onderzoekers:

Bijlage 5: Zoekverslag literatuuronderzoek

Om tijdens het literatuuronderzoek gericht te kunnen zoeken is een begrippenkader opgesteld:

Deelvraag 1: Wat is het kerndomein van ergotherapie?			
Nederlands	Synoniemen	Engels	Synoniemen
kerndomein	domein	core domain,	domain
ergotherapie	1. ET 2. Ergotherapeut	occupational therapy	occupational therapist
Deelvraag 2: Aan welke kwaliteitseisen moet de verslavingszorg voldoen?			
Nederlands	Synoniemen	Engels	Synoniemen
kwaliteitseisen	kwaliteitswet	quality requirements	quality law
Richtlijnen	1. protocol 2. Voorschrift 3. Regel	directive	1. protocol 2. prescription 3. rule
verslavingszorg	1. verslavingskliniek 2. afkickkliniek	addiction care	1. addiction clinic 2. rehab clinic
Deelvraag 3: Wat zijn de meest voorkomende participatieproblemen bij mensen met verslavingsproblematiek binnen de klinische verslavingszorg?			
Nederlands	Synoniemen	Engels	Synoniemen
Participatie problemen	problemen in: 1. deelname 2. betrokkenheid	participation problems	-
middelengebruik	gebruik van middelen	substance use	-
middelenafhankelijk	gebonden aan middelen	dependent on drugs	-
middelenmisbruik	wangebruik van middelen	substance abuse	drug abuse
Deelvraag 4: Wat is de prognose voor de groei van de doelgroep verslaving?			
Nederlands	Synoniemen	Engels	Synoniemen
Prognose	1. verwachting 2. voorspelling	forecast	1. expectation 2. prediction 3. prognosis 4. prophecy, 5. prognostication 6. prognostic
Groei	1. ontwikkeling 2. beloop 3. stijging 4. toename	growth	1. increase 2. development 3. expansion 4. elaboration 5. rise

Doelgroep	-	Target	-
Verslaving	1. verslaafdheid 2. gewenning	Addiction	1. Enslavement