

'De behoefte of de bekrachtigers'

Auteur

Sandra Reijenga
Relatienummer: 322679
Email: sandra.reijenga@student.stenden.com

Opdrachtgever

FPC Dr. S. van Mesdag
Adres: Helperlinie 2
Postcode: 9722 AZ
Plaats: Groningen
Telefoonnummer: 050-5221221

Opleiding

Stenden hogeschool
Adres: Rengerslaan 8
Postcode: 8917 NH
Plaats: Leeuwarden
Telefoonnummer: 058-2441441

Praktijkbegeleider: Marinus Spreen
Onderzoeksbegeleider: Lydia Pomp
Opleiding: Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Jaar: 4

Datum: 05-06-2017
Kans: 1
Plaats: Groningen



(Snel, 2017)

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek 'De behoefte of de bekrachtigers'. Het afstudeeronderzoek is geschreven in het kader van afstuderen aan de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) aan Stenden Hogeschool te Leeuwarden.

Het afstudeeronderzoek is deels uitgevoerd in opdracht van het Lectoraat Social Work & Art Therapies en het FPC Dr. S. van Mesdag. Vanaf september 2016 tot mei 2017 is de onderzoeker bezig geweest met de uitvoering van dit onderzoek. Naast het uitvoeren van dit onderzoek is de onderzoeker ook stage gaan lopen bij het bedrijf, FPC Dr. S. van Mesdag. Dit is een forensisch psychiatrisch centrum waar patiënten worden behandeld die terbeschikkingstelling (tbs) met dwangverpleging opgelegd hebben gekregen.

Er is door verschillende personen medewerking verleend aan dit afstudeeronderzoek. De onderzoeker wil een woord van dank uitspreken aan de respondenten die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek. Daarnaast wil de onderzoeker Edwin Landman en Marinus Spreen bedanken. Zij hebben het mogelijk gemaakt om dit onderzoek te analyseren met de Kojactool, een softwareprogramma voor het analyseren van N=1 onderzoeken.

Samenvatting

Het afstudeeronderzoek heeft plaatsgevonden in het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Dr. S. van Mesdag. In dit centrum worden patiënten behandeld die tbs met dwangverpleging opgelegd hebben gekregen.

In de praktijk is geconstateerd dat het nog onduidelijk is in hoeverre de Community Reinforcement Approach (CRA)-methode, recentelijk geïmplementeerd in het FPC, werkt bij deze complexe doelgroep. De 'afdeling onderzoek' van het FPC heeft daarom een pilot gestart, waarin de verschillende instrumenten uit de CRA-methode worden onderzocht op hun effectiviteit. De pilot meet of elementen uit de CRA op individueel niveau passend is voor deze patiëntenpopulatie.

Dit onderzoek heeft zich gericht op één patiënt, waarin specifiek gekeken werd in hoeverre een instrument van de CRA, gedrag positief veranderbaar maakt. Er is gekozen voor het instrument 'Plezierige Activiteiten Lijst' (PAL) met als uitgangspunt 'op zoek gaan naar een interesse, om verslavingsgedrag naar de achtergrond te laten verdwijnen'. De patiënt van dit onderzoek heeft een cannabisverslaving en heeft mogelijk hierdoor moeite met het structureren van zijn daginvulling. Door het inadequaat volgen van zijn programma wordt zijn behandeling belemmerd.

Op basis hiervan is de volgende hoofdvraag opgesteld: *"In hoeverre werkt de interventie PAL in het kader van de Community Reinforcement Approach-methode bij de patiënt die een inadequate daginvulling heeft op de doorstroomafdeling in het FPC?"*.

Het gedrag van de patiënt is gemeten aan de hand van een lijst met gedragingen gericht op de daginvulling van de patiënt. Netwerkleden beoordelen het gedrag van de patiënt in het kader van een systemische N=1 methode. Aan de hand van de PAL interventie hebben er twee metingen plaatsgevonden, een voor- en nameting. Daarnaast zijn er verschillende andere gegevens bijgehouden om de gedragsverandering te bevestigen. Dit zijn onder andere de aanwezigheid bij programmaonderdelen en het cannabisgebruik bij de patiënt.

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat het inzetten van activiteiten vaak een verbetering levert op verschillende verslavingen. Volgens Roozen (2013) zou het verslavingsgedrag moeten verminderen wanneer er een betere daginvulling plaatsvindt aan de hand van de zogenoemde bekrachtigers.

Uit onderhavig onderzoek is gebleken dat de patiënt enige vooruitgang heeft getoond wat betreft vermindering drugsgebruik en frequenter aanwezigheid op programmaonderdelen ten opzichte van voor de gepleegde interventie. Echter is de vraag wel of het gedrag specifiek is veranderd dóór de interventie. Ook is het mogelijk dat andere omgevingsfactoren een positieve invloed hebben uitgeoefend op het gedrag van de patiënt.

Een aanbeveling naar het FPC toe, is gericht op het algemene beleid in de kliniek. Deze staat omtrent drugs ambivalent tegenover de CRA-methode, waarin drugs wel zijn toegestaan. De onderzoeker vraagt zich af of patiënten in het gedwongen kader intrinsiek gemotiveerd zijn om te stoppen met drugs. Indien de patiënt intrinsiek gemotiveerd is de vervolgvraag: zijn er voldoende activiteiten in het FPC die het gedrag vervangen?

Keywords: Terbeschikkingstelling, Community Reinforcement Approach, Plezierige activiteitenlijst (PAL), daginvulling, verslaving.

Summary

The thesis took place in the Forensic Psychiatric Center (FPC) Dr. S van Mesdag. Here, tbs-patients with a Compulsory Treatment Order (CTO) are treated.

In practice, it has been observed that the Community Reinforcement Approach (CRA) - method has been implemented recently in the FPC. It still remains unclear whether the CRA works effectively on this complex target group. The 'research' department from the FPC has started a pilot, where different instruments from the CRA-method are measured on effectivity. This pilot measures whether the elements of the CRA are appropriate for the institution on an individual level and if it connects to this patient population.

The thesis focused on one patient, taking account to what extent an instrument of the CRA has a positive influence on behavioral change. In this case, the chosen instrument is the 'Pleasant Activities List' (PAL) developing towards the statement: 'looking for an interest or hobby, to make the addict behavior on the background'. The examined patient in this thesis deals with a cannabis addiction and is, therefore, experiencing difficulties with structuring his day time occupation. In consequence, his treatment is impeded.

On that basis, the main question has been formulated: *'To what extent does the intervention PAL work in the case of the Community Reinforcement Approach method with a patient who suffers from an inadequate day time occupation in the FPC?'*

The patient's behavior has been measured based on a code of conduct focused on the daily occupation of the patient. Members of the network assess the behavior of the patient based on a systematic N=1 method. On the basis of the PAL-intervention, two measurements took place and further data has been recorded to confirm the behavioral change. These data points include the presence at the activities and the patient's use of cannabis.

Literature study shows that participating in activities provides an enhancement on various addictions. According to Roozen (2013), addictive behavior decreases when patients have a better day time occupation using so-called 'exciters'.

Current research has shown that the patient has booked behavioral progress. The patient's cannabis use has declined and the patient's attendance at activities has increased, compared to the drug use and participation before the intervention. However, the question whether the behavior has changed because of the intervention remains unanswered. It is also possible that the environmental factors have had a positive influence on the patient's behavior.

A recommendation towards the FPC, is focused on the general policy of the clinic. The general policy regarding drugs is in complete juxtaposition to the CRA-method, where drugs are allowed. The researcher has questions about the target group where the CRA has been implemented: 'Is a patient really intrinsically motivated to stay off drugs. And if the patient is intrinsically motivated, are there sufficient activities at the FPC which lead to a behavioral change?'

Keywords: CTO, Community Reinforcement Approach, Pleasant Activities List (PAL), daily occupation, addicted.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	2
SAMENVATTING.....	3
SUMMARY	4
HOOFDSTUK 1 INLEIDING	6
HOOFDSTUK 2 LITERATUURSTUDIE.....	9
HOOFDSTUK 3 ONDERZOEK LOCATIE EN CASUS BESCHRIJVING	12
HOOFDSTUK 4 METHODE	18
HOOFDSTUK 5 RESULTATEN	23
HOOFDSTUK 6 CONCLUSIE	30
6.1 CONCLUSIE.....	30
6.2 DISCUSSIE	30
6.3 AANBEVELING	32
LITERATUURLIJST:	34
BIJLAGEN	
BIJLAGE A: GEDRAGS-INDICATORENLIJSTEN BART	
BIJLAGE B: AANGEPASTE PLEZIERIGE ACTIVITEITENLIJST.....	
BIJLAGE C: MEERVOUDIGE PROBLEMATIEK	
BIJLAGE D: VRIJHEDENBELEID FPC DR. S. VAN MESDAG.....	
BIJLAGE E: CRA ONTWIKKELINGEN.....	
BIJLAGE F: WOORDELIJKE TRANSCRIPTIE INTERVIEW	
BIJLAGE G: ADVIES ONDERZOEKSBEGELEIDER PRAKTIJK	
BIJLAGE H: HBO-KENNISBANK INVULFORMULIER	
BIJLAGE I: HBO-KENNISBANK TOESTEMMINGSFORMULIER.....	

Hoofdstuk 1 Inleiding

In FPC Dr. S. van Mesdag is sinds mei 2016 de methodiek Community Reinforcement Approach (CRA) geïntroduceerd. De CRA is een van oorsprong Amerikaans behandelprogramma dat gebaseerd is op de operante conditionering die Skinner (1938) heeft ontwikkeld. Operante conditionering is het proces waarin het gedrag van een mens verandert door de consequenties die dat gedrag heeft. Dit kan via het straffen van ongewenst gedrag (bestraffer) of het belonen van gewenst gedrag (bekrachtiger).

Roozen (2006) ziet gedrag als aangeleerd en geeft aan dat aangeleerd gedrag ook weer afgeleerd kan worden door het vervangen van oude negatieve interesses door positieve andere interesses. Wanneer de focus gelegd wordt op positief ander gedrag wordt dit ook wel een "bekrachtiger" genoemd. De bekrachtigers moeten vanuit de CRA zorgen voor evenwicht, structuur en de interesse in een andere, nieuwe "hobby". Het negatieve gedrag of de verslaving wordt vervangen door de nieuwe hobby, ook wel het nieuwe aangeleerde gedrag genoemd (Roozen, 2006).

De CRA-methode is gericht op het stimuleren van positief, gewenst gedrag in het contact met anderen. De CRA-methode werkt met een aantal levensgebieden zoals: relaties, wonen, werken, leren en vrije tijd. Het behandelteam gaat met deze levensgebieden samen met de patiënt op zoek naar de zingeving en verbeterpunten van de patiënt. Hieruit worden behandeldoelen opgesteld. De CRA-methode hanteert vijf stappen, namelijk: (1) afname tevredenheidslijst, (2) functieanalyse, (3) behandeldoelen, (4) behandeling en (5) evaluatie.

De tevredenheidslijst is een vragenlijst die in kaart brengt hoe tevreden de patiënt is per levensgebied. Dit instrument wordt gebruikt om behandeldoelen op te stellen. Vervolgens wordt er een functieanalyse gemaakt om zicht te krijgen in het gedrag dat zorgt voor problemen bij de behandeling. Een functieanalyse is een instrument van de CRA waarin specifiek wordt gevraagd naar situaties en factoren die verantwoordelijk zijn voor het gedrag dat de behandeling belemmert (Roozen, Meyers & Smith, 2013).

De behandeldoelen worden aan de hand van de tevredenheidslijst samen met de patiënt en het behandelteam opgesteld. Succeservaringen worden beloond en negatief gedrag, zoals grensoverschrijdend gedrag of verslaving, wordt op de achtergrond gezet. Een evaluatie van de CRA in het FPC wordt besproken tijdens de multidisciplinaire bespreking (MDB). Daarin bespreekt het team welke behandeldoelen behaald zijn, welke behandeldoelen een aanpassing krijgen en wat de vervolgstappen zijn in de behandeling.

Om een nieuwe leefstijl tot stand te brengen moet de patiënt wel interesse hebben in deze nieuwe leefstijl, dus intern gemotiveerd zijn. In de CRA wordt gebruik gemaakt van een Plezierige Activiteiten Lijst (PAL) om de interesses van de patiënt te achterhalen en om doelen op te stellen. De PAL is een lijst met activiteiten waarop de patiënt aangeeft hoe leuk hij een activiteit vindt en hoe vaak hij de activiteit uitvoert (Roozen, Meyers & Smith, 2013).

De CRA-methode wordt tot nu toe voornamelijk toegepast bij mensen met een verslavingsziekte. De behandeling richt zich op het ontwikkelen van een nieuwe leefstijl die zich richt op positieve bekrachtigers, als alternatief voor het middelengebruik (Roozen, 2013). In de Mesdag is voor deze methode gekozen omdat veel patiënten

gedragsproblemen hebben, in samenhang met een verslaving die de behandeling belemmert. Behalve dat de CRA-methode wordt toegepast bij patiënten met een verslaving, is het ook de bedoeling dat de patiënten in het algemeen positief worden benaderd in hun behandeling. Volgens Fielenbach, Feringa en de Jonge (2016), kan de CRA dienen als fundament voor een behandelklimaat van de patiënt. Zij hebben hier een drietal redenen voor. Ten eerste wordt de bejegening van de patiënt positief benadrukt. Ten tweede ligt er een sterke nadruk op het werken in een multidisciplinair team. Ten derde staan de behandeldoelen van de patiënten centraal in de behandeling.

Kortgeleden is er in het FPC Dr. S. van Mesdag kwantitatief onderzoek gedaan naar de effecten van CRA op de locatie. Deze studie richtte zich op de hoeveelheid positieve urinecontrole-uitslagen, verlof-onttrekkingen en beperkingen die er kliniek breed van juli 2015 tot juli 2016 zijn geweest, sinds de implementatie van de CRA (Nicolay & Lier, 2016).

Resultaten uit deze kwantiteitsstudie, wezen erop dat er geen verbetering is omtrent de beperkingen, verlof-onttrekkingen of positieve urinecontrole-uitslagen. Nicolay en Lier (2016) hebben op twee afdelingen specifiek onderzoek naar de implementatie van de CRA bij de medewerkers en de beperkingen die ingezet zijn. Uit hun resultaten bleek dat er bij een van deze afdelingen juist meer beperkingen ingezet waren en dat er een stijging te zien was in het aantal positief gescoorde urinecontrole-uitslagen op het gebruik van drugs. De onderzoekers concludeerden dat er nauwelijks sprake leek te zijn van implementatie van de CRA-methode op deze afdelingen. Respondenten gaven aan dat er onduidelijkheid bestaat over de methode en het toepassen hiervan in het FPC (Nicolay & Lier, 2016).

Er is dus nog weinig kennis omtrent effecten van CRA in een forensische psychiatrische instelling. Om meer zicht te krijgen op de effectiviteit van CRA op individueel niveau is de EBP-pilot uitgevoerd om elementen uit de CRA-methode te toetsen.

In deze scriptie wordt een onderdeel, namelijk het werken met de PAL, uit de CRA bij één patiënt geëvalueerd met behulp van de systemisch N=1 methode. De systemische N=1 methode is een methode waarin onderzoek wordt gedaan naar één persoon door middel van netwerkleden. In dit systemisch N=1 onderzoek beoordelen de netwerkleden het gedrag van de patiënt in verschillende metingen op gedragingen. De metingen in dit onderzoek vinden plaats op twee momenten. Aan de hand van beide metingen wordt geanalyseerd of er een gedragsverandering heeft plaatsgevonden op basis van de PAL interventie. De PAL wordt in de CRA ingezet om te achterhalen uit welke activiteiten patiënten zingeving halen zodat de dagindeling wordt gestimuleerd op een prosociale wijze.

Om het effect van de PAL bij een patiënt (Bart, fictieve naam) te evalueren, wordt er met de volgende globale doelstelling gewerkt:

In hoeverre heeft de interventie PAL in het kader van de Community Reinforcement Approach-methode invloed op het verslavingsgedrag en de daginvulling van Bart op de doorstroom afdeling in het FPC?

Deze doelstelling wordt onderzocht aan de hand van de volgende deelvragen:

- Wat is er in de literatuur bekend over de effectiviteit van de CRA-methode?
- Wat is er in de literatuur bekend over interventies voor het verbeteren van vrije tijd of een inadequate daginvulling in relatie tot verslaving?
- Welk effect heeft de PAL die aan de hand van de CRA-methode is toegepast op het verbeteren van zucht en de daginvulling van Bart?

De scriptie is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk twee wordt een overzicht gegeven van CRA onderzoeken alsmede literatuurbeschouwing over bekende interventies voor het verbeteren van vrije tijd ten aanzien van verslaving. Hiermee worden de eerste twee deelvragen beantwoord. In hoofdstuk drie wordt de onderzoeklocatie plus de casus Bart nader geïntroduceerd. Vervolgens gaat hoofdstuk vier over de gehanteerde methode. In hoofdstuk vijf worden de resultaten besproken. Tenslotte worden in hoofdstuk zes de conclusie, aanbevelingen en discussie besproken.

Hoofdstuk 2 Literatuurstudie

Wat is er in de literatuur bekend over de effectiviteit van de CRA-methode?

CRA Effectstudies in het buitenland

CRA is onderzocht en ontwikkeld door Nathan Azrin en Hunt (1973). Het is een methode gericht op verslavingsproblematiek. In Amerika zijn er verschillende onderzoeken en effectstudies gedaan naar de CRA. Het eerste onderzoek van Hunt en Azrin (1973) richtte zich op een groep respondenten die de CRA-behandeling ontving (experimentele groep) en een groep die deze behandeling niet ontving (controlegroep). Beide groepen waren verslaafd aan alcohol. Uit de resultaten is te lezen dat de experimentele groep minder dronk, meer werkte en tijd doorbracht met familieleden (Hunt & Azrin, 1973). Drie jaar later heeft Azrin (1976) het onderzoek herhaald. Hieruit kwamen vergelijkbare resultaten naar voren.

Een ander onderzoek van Azrin, Sisson, Meyers, Godley en Nova (1982), richtte zich op ambulante cliënten in drie verschillende behandelgroepen. De resultaten van dit onderzoek lieten zien dat de behandelgroep met een intensieve CRA-behandeling, wederom het minste alcohol dronk na zes maanden. De behandeling was gericht op interventies op werk, systeem en sociale contacten gecombineerd met een beloningsstelsel op abstinentie (Azrin, et al., 1982).

CRA in Nederland

In zorginstellingen in Nederland wordt er nog weinig gewerkt met de CRA-methode. Roozen (2006) betwijfelt of de zorginstellingen die gebruik maken van de CRA, deze op de juiste manier inzetten. Er zijn in Nederland in het verleden een drietal effectstudies naar CRA gedaan (Roozen, Kerkhof & van den Brink, 2000; De Jong, Roozen, Krabbe & Kerkhof, 2004; De Jong & Krabbe, 2002), waaronder onderzoek, gericht op abstinentie van verslaving naar opiatenmiddelen, nicotineverslaving en heroïneverslaving. De resultaten van de onderzoeken waren allen positief voor de CRA. In het eerste onderzoek, gericht op nicotinegebruik, waren twee groepen respondenten, de ene groep respondenten ontving de CRA-behandeling en de andere groep niet. Uit de resultaten bleek dat bijna de helft van de respondenten met CRA-behandeling was gestopt met het gebruik van nicotine, in vergelijking met de respondenten zonder CRA-behandeling, waarvan een kwart geen nicotine meer gebruikte (Roozen & Kerkhof, 2000). Het tweede onderzoek was een grootschalig landelijk onderzoek, waarbij 272 heroïnegebruikers werden behandeld met de CRA-behandeling. De gebruikers werden anderhalf jaar gevolgd en een kwart van deze heroïnegebruikers is in deze tijd abstant gebleven (De Jong et al., 2004; De Jong & Krabbe, 2002). Ten slotte is er onderzoek gedaan op abstant naar opiaten, waaruit bleek dat bijna de helft van de respondenten die de CRA-behandeling had gevolgd, minimaal een jaar abstant is gebleven (Roozen, Kerkhof & van den Brink, 2000).

Wat is er in de literatuur bekend over interventies voor het verbeteren van vrije tijd of een inadequate daginvulling in relatie tot verslaving?

Rattenonderzoek

Azrin deed in 1976 onderzoek naar cocaïneverslaving. In het artikel '*Reversal of cocaine addiction by environmental enrichment*' van Azrin is gebleken dat ratten die structuur aangeboden krijgen, minder cocaïne gebruiken. Het onderzoek met ratten is uitgevoerd met twee verschillende groepen ratten. De eerste groep ratten leefde in een kooi zonder

speeltjes waarin ze twee flessen water tot hun beschikking hadden: een gevuld met water en een ander gevuld met water en cocaïne. Het merendeel van de ratten dronk uit het flesje met cocaïne. De tweede groep ratten werd in een kooi geplaatst met speeltjes en hetzelfde soort water. Uit de resultaten bleek dat de groep ratten met speeltjes weinig tot niet het flesje met cocaïne gebruikte in tegenstelling tot de andere groep (Solinas, Chauvet, Thiriet, Rawas & Jaber, 2008). Hieruit blijkt het effect van de geboden activiteiten die de ratten krijgen. De speeltjes zorgen ervoor dat ratten een bezigheid hebben, waardoor het gebruik van cocaïne vermindert. De CRA heeft als doelstelling onderzoek gaan naar bekrachtigers en interventies om het gedrag van mensen te beïnvloeden.

Effectstudies gericht op activiteiten

Verschillende effectstudies geven aan dat activiteiten zorgen voor het minderen van middelengebruik. Een studie uitgevoerd door Sinyor, Brown, Rostant en Seraganian (1982), gericht op alcoholbehandeling en lichamelijke activiteiten, heeft de volgende uitkomst. Uit de resultaten bleek dat 69% van de deelnemers die naast behandeling een extra sportprogramma volgden, abstinente waren gebleven in vergelijking met 38% van de deelnemers die het sportprogramma niet volgden. Uit een andere effectstudie over adolescenten, die zich veel bezighouden met lichamelijke activiteiten, bleek dat er een verminderd alcohol-, tabak- en marihuana gebruik is bij de actieve adolescenten in vergelijking met niet-actieve adolescenten (Bardo & Compton, 2015). Read en Brown (2003) zeggen dat lichamelijke activiteiten als plezier ervaren kunnen worden en gebruikt kan worden als alternatief voor alcoholgebruik. Daarnaast zorgen de lichamelijke activiteiten ook voor het activeren van het dopamine versterkingsmechanisme, dat een verband houdt met het substantiegebruik.

De voornaamste oorzaak van terugkeer naar de gevangenis voor ex-gedetineerden is verslaving in middelengebruik (Moos, 2013). Moos (2013) stelt dat het inzetten van gewone dagelijkse activiteiten in de gevangenis nuttig kan zijn voor het voorkomen van middelenmisbruik en het voorkomen van terugval na behandeling. De kloof van de gevangenis en maatschappij is in zijn ogen groot. Dagelijkse activiteiten kunnen de structuur vereisen die het individu nodig heeft bij uitbehandeling of voorkoming van terugkeer naar de gevangenis (Baldwin & Duffy, 2013).

Er is weinig onderzoek gedaan naar de zelf ondernemende activiteiten van (ex)verslaafden in de nazorg, om te bepalen welke activiteiten nuttig kunnen zijn om het herstel te behouden. Volgens Simpson, Crandall, Savage en Pavia Krueger (1981), zijn personen die afhankelijk zijn aan opiaten, minder geïsoleerd wanneer zij hun vrijetijdsbesteding verhogen. De vrijetijdsbesteding wordt verhoogd wanneer activiteiten worden ingezet zoals lezen, sporten en televisiekijken.

Volgens een onderzoek van de gemeente Amsterdam, blijkt dat bezigheid het alcoholgebruik vermindert (Zonneveld, 2012). Een aantal daklozen die gehele dagen alcohol nuttigt en voor overlast zorgt in het park, deden mee aan een project. De daklozen kregen inruil voor het opruimen van het park tien euro. Dit had tot gevolg dat de daklozen minder alcohol dronken en minder overlast veroorzaakten. Daarnaast werd het park onderhouden. Het experiment is in 2012 gestart voor hardnekkige alcoholisten, als maatregel om de overlast in het park zoveel mogelijk te beperken (Zonneveld, 2012). Wederom minder gebruik van middelen door opvullen van de dagindeling.

Resumerend: Uit de verschillende effectstudies is gebleken dat bezigheden in vrije tijd zorgt voor mindering van middelengebruik. Lichamelijke activiteiten zorgen naast het opvullen van de dagindeling ook voor een versterkingsmechanisme wat de abstinentie bevordert (Read & Brown, 2013). Er kan dus geconcludeerd worden dat lichamelijke activiteiten en structuur, positief zijn voor stimuleren van abstinentie.

Hoofdstuk 3 Onderzoek locatie en casus beschrijving

Het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Dr. S. van Mesdag is een behandelkliniek in Groningen waar plaats is voor 260 mannelijke patiënten (Mesdag, 2016). De forensische psychiatrie is een geestelijke gezondheidszorg voor mensen die een ernstig strafbaar feit hebben gepleegd dat in verband staat met een psychische stoornis (Mesdag, 2016).

Patiënten die verblijven in het FPC zijn gedwongen opgenomen vanwege de maatregel "tbs met dwangverpleging". Wanneer er sprake is van een psychische stoornis ten tijde van het delict in combinatie met een misdrijf waar meer dan vier jaar gevangenisstraf op staat, kan de verdachte verminderd toerekeningsvatbaar of ontoerekeningsvatbaar verklaard worden. Het gepleegde delict wordt de persoon dan niet (volledig) aangerekend. Is de persoon ontoerekeningsvatbaar verklaard, dan wordt hij in een psychiatrische instelling geplaatst om verplicht behandeling te volgen voor zijn psychische stoornis en het delict.

De tbs-maatregel is in principe van onbepaalde duur, namelijk zo lang er nog sprake is van onaanvaardbaar gedrag dat zorgt voor hoog recidive risico bij terugkeer in de maatschappij. De tbs-maatregel wordt in het begin opgelegd voor twee jaar, maar kan zo nodig door de rechter verlengd worden met een of twee jaar. Wanneer de behandeling niet tot het gewenste resultaat heeft geleid, kan de patiënt niet terugkeren naar de maatschappij (van der Helm, Kröger, Schaftenaar & van Vliet, 2013).

In het FPC wordt een patiënt behandeld in vier verschillende fases: de instroom, doorstroom, uitstroom en ambulante fase. De instroomfase is de fase waar de patiënt binnen komt. Patiënten starten in deze fase met het diagnostische onderdeel van het zorgprogramma. Tijdens deze fase wordt vastgesteld voor welk zorgprogramma de patiënt geschikt is. Het is de eerste behandelfase voor een patiënt. Als een patiënt volgens zijn behandelaars naar de volgende fase mag, komt hij terecht in de doorstroomfase. Tijdens deze fase wordt er gewerkt aan het verminderen van het delict risico en het ontwikkelen van vaardigheden om te kunnen re-integreren in de maatschappij. Als de doorstroomfase is afgerond gaat de patiënt naar de uitstroomfase. In de uitstroomfase krijgt de patiënt meer verantwoordelijkheden voor zijn behandeling en wordt de patiënt nadrukkelijker voorbereid op het leven in de maatschappij. In deze fase zitten weer drie verschillende trajecten, waaronder begeleid wonen, zelfstandig-begeleid wonen en zelfstandig wonen. Wanneer de patiënt in de zelfstandig-begeleid of zelfstandig wonen traject terecht komt, dan is de behandeling erop gericht om te leren hoe je structuur aanbrengt en behoudt in het dagelijkse leven. De patiënt woont in deze fase buiten de kliniek, deels zelfstandig, heeft werk, volgt een opleiding of heeft een andere zinvolle daginvulling. Het doel van deze fase is dat de patiënt moet leren om te gaan met de eenzaamheid van het bestaan buiten de Mesdag en met de weerstanden die hij als tbs-gestelde zal tegenkomen in de samenleving (Mesdag, 2016).

Deze scriptie richt zich op een afdeling binnen het FPC Dr. S van Mesdag. De afdeling van dit onderzoek bevindt zich in de doorstroomfase en behandelt patiënten met een psychotische kwetsbaarheid. De patiënten hebben te maken met lichte tot ernstige psychotische stoornissen. Psychotische stoornissen zijn er in veel verschillende vormen. Mensen die te maken hebben met een psychotische stoornis hebben onder andere een verstoring van de waarneming, het denken of in het gedrag met de werkelijkheid.

De behandeling die patiënten krijgen, is gebaseerd op de diagnose die is vastgesteld tijdens de instroomfase. De patiënten op de afdeling hebben een meervoudige complexe stoornis.

Naast psychotische stoornissen spreekt men van persoonlijkheidsstoornissen, verslavingen gecombineerd met een verstandelijke beperking. Om de patiënten zich verder te laten ontwikkelen in de behandeling, is het mogelijk om naast de behandeling intern te gaan werken op diverse plekken, educatie te volgen en te sporten (Mesdag, 2016).

Casusbeschrijving

Deze patiënt heeft in dit onderzoek een gefingeerde naam Bart. Bart is een patiënt op een afdeling waarbij CRA geïntroduceerd is. Bart heeft een cannabisverslaving en staat positief om mee te werken aan dit onderzoek.

Bart is een jongvolwassene van Nederlandse afkomst. Bart heeft een verstandelijke beperking, is meerdere keren onderzocht en functioneert op licht zwakzinnig tot zwakbegaafd niveau. Er is onderzoek gedaan naar de sociaal-emotionele ontwikkeling. Hieruit blijkt, in samenhang met het dossieronderzoek, gesprekgegevens en testonderzoek, dat Bart op sociaal-emotioneel niveau lager functioneert dan zijn kalenderleeftijd. Volgens het handboek voor diagnoses en statistische classificering voor psychische stoornissen ook wel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) genoemd, heeft Bart de volgende diagnoses: aandachttekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), lichtzwakzinnigheid, Pervasieve ontwikkelingsstoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis met antisociale trekken (American Psychiatric Association, 2013). In bijlage C staat een beschrijving van de meervoudige problematieken.

Bart komt uit een gezin met vier gezinsleden. Hij heeft een broertje dat negen jaar jonger is. Zijn moeder heeft een ongelukkige jeugd gehad en werd seksueel misbruikt en mishandeld. Zijn vader kwam uit een gezin waar vermoedelijk veel criminele activiteiten hebben plaatsgevonden. De ouders van Bart zijn verslaafd, of verslaafd geweest en hebben een beperkt intellectueel vermogen. Bart zag met enige regelmaat zijn ouders ruziën met elkaar, ook fysiek. Zijn vader dronk en gokte regelmatig, wat vaak leidde tot agressief gedrag. Bart heeft een zeer onveilige en instabiele jeugd gehad met daarin forse affectieve, pedagogische verwaarlozing en mishandeling. Sinds Barts twaalfde levensjaar is hij in contact geweest met alcohol, roken en drugs.

Bart wordt gezien als een instabiele man met een lage zelfwaardering. Hij is impulsief in acties en laat grensoverschrijdend gedrag zien. Bart probeert met zijn cannabisverslaving zijn gevoelens te onderdrukken. Bart zijn stemmingsbeeld is te omschrijven als sterk wisselend. Zijn gedrag kan snel omslaan naar boosheid en spanning waardoor hij dwingend, bedreigend en driftig over kan komen bij anderen. In een conflict kan Bart na afloop een gesprek aangaan of zijn excuus aanbieden. De patiënt heeft moeite met het zien van zijn eigen aandeel in situaties. Hij is wel gemotiveerd om te werken aan zichzelf, maar heeft geen eigen signalering (Pro Justitia rapportage, 2010).

Bart heeft in zijn tienerjaren veel te maken gehad met agressie en criminele activiteiten. Bart is in verschillende instellingen geplaatst waaronder open en gesloten settings. Wegens bedreiging en zware mishandeling is hij op zijn vijftiende geplaatst in een jeugdinstelling vanwege Plaatsing in een Inrichting van Jeugden maatregel (PIJ-maatregel). Dit wordt ook wel jeugd-tbs genoemd. De jeugd-tbs wordt twee keer met twee jaar verlengd wanneer de behandeling nog niet is afgerond. Bart is op zijn achttiende overgeplaatst naar een penitentiaire inrichting, ook wel het penitentiair psychiatrisch centrum (PPC) genoemd. Dit is een afdeling in de gevangenis waar continu psychiatrische zorg aangeboden wordt. Door vele spanningen die Bart ervoer, heeft hij daar een medewerker aangevallen met een scherp voorwerp. Met als gevolg een overplaatsing naar het FPC Dr. S. van Mesdag.

Bart vertelt zelf dat hij voor zijn delict niet verslaafd was aan cannabis, maar wel dagelijks gemiddeld een of twee joints blowde. Sinds het plegen van zijn delict is de cannabis een verslaving geworden. Hij geeft aan dat de cannabis hem rust geeft van alle spanningen die hij ervaart, maar dat het ook een drang is geworden om dagelijks te gebruiken. Wanneer hij een mogelijkheid krijgt, gebruikt hij. De patiënt is hierdoor niet bewust bezig met zijn behandeling, dagindeling en het uitgeven van geld, waardoor er schulden ontstaan. Hij leent vaak van andere patiënten geld en kan dit vervolgens niet terugbetalen, wat ertoe leidt dat hij zich onveilig voelt en niet door de kliniek durft te lopen vanwege mogelijke bedreigingen. Bart vraagt daarnaast regelmatig familieleden en een vriend (ex-gedetineerde) om geld of shag.

De daginvulling van Bart wordt aangevuld door therapie en arbeid. Hij gaat drie á vier keer in de week een uur naar arbeid. Hij zit op de afdeling inpak en montage. Bart zijn spanningsboog is klein en hij heeft vaak zucht. Op de arbeid drinkt hij daarom vaak een kopje koffie, gaat roken, maakt een praatje en vervolgens vertrekt hij weer. Dat Bart op arbeid langs komt, is volgens de medewerkers van de arbeid een vooruitgang. In het verleden kwam Bart niet langs en melde hij zich geregeld ziek. Voor het werk ontvangt hij twee euro per uur. Bart is enorm veel bezig met zijn verslaving waardoor hij therapiesessies, werk of andere activiteiten, die centraal staan voor behandeling, afzegt en zichzelf niet kan en laat motiveren. Dit belemmert de vooruitgang in zijn behandeling. Bart volgt de neurofeedback behandeling dit is een experiment in de kliniek waar hij geld voor ontvangt. Hij zegt geregeld de behandelingen af, wat ertoe leidt dat hij zijn geld niet ontvangt, omdat de behandeling niet is afgerond.

Bart heeft dagelijks telefonisch contact met vader en broer, wekelijks met zijn moeder. Zijn moeder heeft Bart sinds zijn verblijf op het FPC, kortgeleden voor het eerst gezien. Hij geeft zelf als reden aan dat moeder ver weg woont. Volgens Bart is moeder sinds twee jaar clean van de harddrugs en heeft zij sinds drie jaar een "stabielere" relatie. Het contact met zijn broertje is goed, hij heeft volgens Bart geen problemen met drank, drugs of grensoverschrijdend gedrag. Sinds kort heeft Bart verschillende afspraken gemaakt om beter om te gaan met zijn drugsgebruik en het volgen zijn programma.

CRA-ontwikkelingen Bart

Het multidisciplinaire team heeft samen met Bart de CRA-methode opgestart. De ontwikkelingen zijn vooral gericht op het drugsgebruik. In het FPC wordt er met een vrijhedenbeleid gewerkt. Dit beleid is opgezet in vier fases. Patiënten krijgen meer vrijheden wanneer zij in een vervolgfase worden gezet. Elk half jaar is het mogelijk om in een volgende fase terecht te komen (zie bijlage D voor het vrijhedenbeleid van het FPC). Wanneer een patiënt drugs gebruikt, en dit zichtbaar is geworden door een positieve urinecontrole-uitslag, dan wordt de patiënt in beperking gezet. Dit betekent dat de patiënt zijn pasje in moet leveren en niet meer onbegeleid van de afdeling kan. De patiënt zijn vrijheden zijn dan tijdelijk ingenomen. Zodra de patiënt een negatieve urine-uitslag heeft, krijgt hij zijn vrijheden weer terug. Een nieuwe urinecontrole kan na twee weken weer worden uitgevoerd.

Bart heeft rondom het vrijhedenbeleid in het kader van CRA een andere afspraak gemaakt met het multidisciplinair team. Hij wordt niet meer in beperking gezet, maar heeft hiervoor wel een aantal afspraken gemaakt. Het team heeft voor deze afspraken gekozen, om dichterbij Bart te komen en een vertrouwensband op te bouwen. Bart is vanuit zijn regiem alleen maar gestraft voor verkeerd gedrag. Dit betekent in de kliniek dat hij niet leert van

zijn fouten en zijn copings-mechanisme niet verandert. De afspraak omtrent het CRA-beleid is gemaakt, met als voortvloeisel open en eerlijkheid tonen naar elkaar.

Bart komt niet in beperking mits hij open is over zijn drugsgebruik, dit is mogelijk door middel van een drugskalender. Wanneer hij wel gebruikt, wordt hij hier niet voor gestraft. Wel is het een vereiste dat hij dan drie uur op zijn kamer blijft, om anderen niet lastig te vallen en zijn verantwoordelijkheid te nemen voor het gebruiken. Dit houdt in dat hij zijn drugsgebruik moet gaan plannen. Naast deze afspraken heeft Bart afgesproken dat hij niet meer gaat dealen in de kliniek. Het doel achter deze afspraak is, meer verantwoordelijkheid nemen voor de behandeling.

Het stappenplan van Bart geeft aan dat hij anderen niet tot last mag zijn met zijn drugsgebruik, met als vervolgstap minder drugsgebruiken. Het stappenplan is gericht op een beloning. Wanneer Bart zich houdt aan de gemaakte afspraken, wordt er verlof voor hem aangevraagd. In de bijlage D bevindt een aantal stappenplannen van Bart. Hierbij moet wel het kliniekbeleid gehanteerd worden. Dit betekent dat de patiënt voor verloven schone urinecontroles levert en geen ernstige incidenten veroorzaakt. Dit is een lange termijn beloning. Bart wordt op korttermijn ook beloond voor zijn eerlijkheid en minderen van drugs. Door middel van de drugskalender is zichtbaar hoeveel cannabis Bart heeft gerookt. Wanneer hij zich aan het aantal joints heeft gehouden staat daar een beloning voor zoals koken met zijn mentor. Het doel hierachter is inzicht verwerven in eigen handelen en gebruik.

Het multidisciplinaire team richt zich naast het drugsgebruik ook op het leefgebied financiën. Bart heeft een eigen kasboek gekregen waar hij de betalingen van zijn schulden samen met zijn mentor moet bijhouden. Wanneer er schulden zijn, moet Bart dit eerst betalen voordat hij weer geld mag uitgeven. Dit is op deze manier is Bart open over zijn schulden en is de kans kleiner om extra schulden te creëren. Het bijhouden van het kasboek van Bart gebeurt echter niet volledig, omdat Bart zonder overleg toch geld leent van anderen en bij verschillende medewerkers probeert te onderhandelen over de afspraken. Ook zijn er vermoedens dat Bart nog dealt in de kliniek.

Het plannen van het drugsgebruik bij Bart gebeurt niet altijd. Wanneer hij interesse heeft voor activiteiten plant Bart zijn drugsgebruik. Terwijl Bart programmaonderdelen zoals therapie en arbeid wel kan afmelden om cannabis te gebruiken. Het stappenplan dat het multidisciplinaire team hanteert, is vooral gericht op het drugsgebruik. Zoals hierboven is omschreven, kan Bart goed plannen als het om activiteiten gaat waar hij zijn interesse voor heeft. Daarom wordt in dit onderzoek gekeken naar de interesses van Bart, om hem te prikkelen voor het volgen van zijn programma en het motiveren in zijn behandeling. In dit onderzoek wordt de drugsverslaving van Bart op de achtergrond gezet en wordt er nadruk gelegd op de structuur met een betere daginvulling.

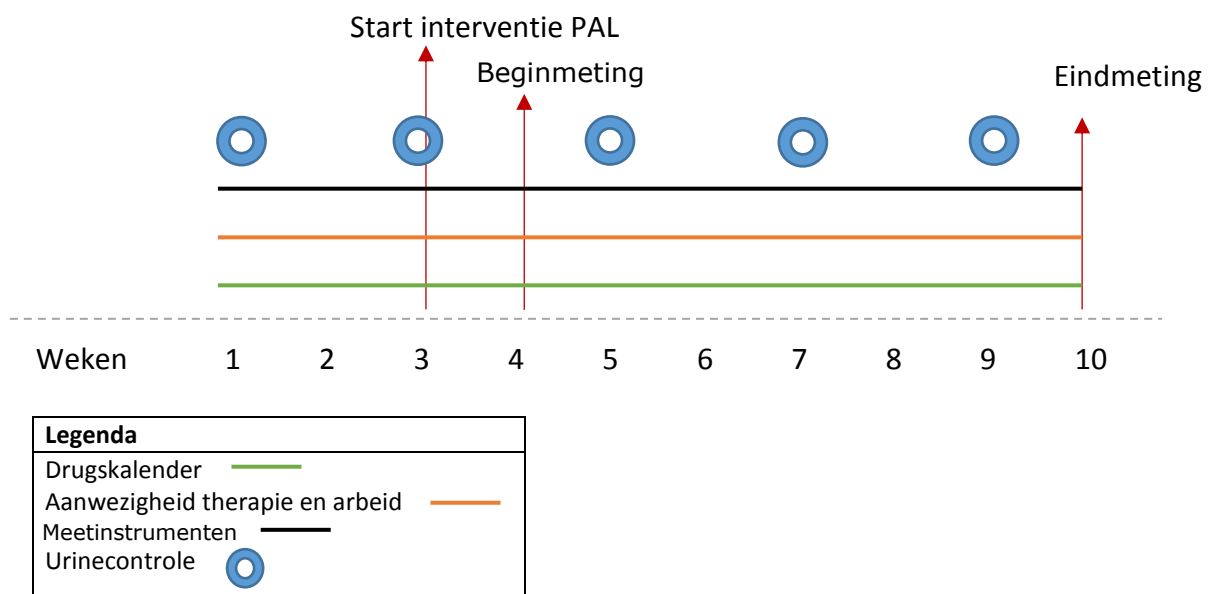
Bart is geplaatst op een afdeling die zich verdiept in psychotische kwetsbaarheid. Iemand met psychotische kwetsbaarheid, wordt in het FPC gezien als iemand die vaak weinig eigen initiatief neemt, een beperkte spontane inbreng in het gesprek heeft en een vlakke uitstraling heeft in emoties. Daarnaast kan iemand met een psychotische kwetsbaarheid zich kort concentreren en vergeet hij de inhoud van een gesprek of afspraken die met hem zijn gemaakt. Vaak is er sprake van een co-morbiditeit (persoonlijkheidsproblematiek, verslaving etc.). Dit alles hindert de patiënt in zijn dagelijkse contacten en functioneren (Mesdag, 2016).

Samenvattend is Bart veel bezig met het verkrijgen van het middel, wat ertoe leidt dat hij activiteiten afzegt en zijn verantwoordelijkheden laat liggen voor zijn behandeling. Bart is inadequaar in zijn dagbesteding, maar heeft wel een wens om te stoppen met cannabis. De interventie wordt samen met Bart gestart door het zoeken naar andere interesses en zijn dag meer te structureren.

Hoofdstuk 4 Methode

Er wordt in dit onderzoek gewerkt met de systemische N=1 methode. Dit is een onderzoek dat zich richt op één patiënt om de kwaliteit van de behandeling te evalueren door de gedragsverandering van het individu te laten observeren door het sociale netwerk. Door de actieve rol van het sociale netwerk, heeft de N=1 een belangrijk neveneffect: netwerkleden voelen zich meer betrokken en kunnen ondersteunen bij het behalen van het gewenste doel (Bootsma, Schaap & Tomey, 2016).

Het onderzoeksdesign is als volgt (zie afbeelding 4.1). De beginmeting wordt door vier netwerkleden ingevuld en start in week vier. De netwerkleden worden vooraf uitgekozen. Deze netwerkleden zien de patiënt regelmatig en willen meewerken aan het onderzoek om de kwaliteit van behandelen te verbeteren. Na het invullen van de gedrags-indicatorenlijst wordt de PAL interventie gestart. Zeven weken na de beginmeting wordt er een eindmeting gedaan. Bart en zijn netwerkleden vullen opnieuw de gedrags-indicatorenlijst in. Het onderzoek is betrouwbaar door gebruik te maken van dezelfde netwerkleden. De gegevens worden verzameld en verwerkt voor het onderzoek. Bart heeft toestemming gegeven om mee te werken aan het onderzoek. Naast de ingevulde gedrags-indicatorenlijsten, worden gegevens opgevraagd over de aanwezigheid van Bart zijn arbeid en therapie gedurende onderzoek. Deze gegevens dragen bij aan het beoordelen van de verbetering van Bart zijn dagindeling. Daarnaast wordt twee keer per maand een urinecontrole uitgevoerd op het gebruik van cannabis.



Afbeelding 4.1 Tijdsplan

Gedrags-indicatorenlijst

In dit onderzoek wordt er bij de begin- en eindmeting een gedrags-indicatorenlijst afgenomen. Relevante gedragingen gericht op de daginvulling van Bart, worden door vier netwerkleden gemeten op schaal van 1 tot 10 door middel van inzicht en observatie. Er is gekozen voor vier netwerkleden waaronder twee netwerkleden die zich dagelijks in de leefomgeving bevinden en twee netwerkleden die zich in de werkomgeving van Bart bevinden.

De gedrags-indicatorenlijst meet relevante gedragingen. Er worden vijf vragen aan Bart en de netwerkleden gesteld waarop ze met een waarde die tussen 1 en 10 kunnen aangeven in hoeverre Bart de relevante gedraging laat zien. Met de lijst wordt gemeten of Bart zijn dagbesteding verbeterd is en zijn verslaving verminderd. De gegevens van deze gedrags-indicatorenlijst worden weergegeven in tabellen en twee grafieken. In bijlage A bevindt zich de gedragsindicatorenlijst die gebruikt is om de gedragingen van Bart te beoordelen.

PAL interventie

De officiële PAL is gebruikt als uitgangspunt om een gepersonaliseerde lijst voor Bart te maken. De PAL is aangepast op de mogelijkheden in het FPC en het niveau van Bart. De lijst is korter en overzichtelijker. Bart kan door middel van markeren in kleur aangeven of hij interesse heeft voor een activiteit. Groen staat voor interesse, geel staat voor neutraal en rood staat voor geen interesse. Aan de hand van de interventie en het gesprek met Bart wordt er gekeken of het mogelijk is om doelen op te stellen voor het invullen van zijn dagbesteding. In bijlage B is de gepersonaliseerde PAL geplaatst met daarin de interesses van Bart, verlofdoelen voor toekomstdoelen en een verslag met hoe het gesprek is verlopen.

Drugskalender

Om te achterhalen of het verslavingsgedrag van Bart verandert, wordt er door hem wekelijks een drugskalender bijgehouden. De drugskalender is een weekschema waarin Bart per dag drie mogelijkheden krijgt om aan te geven of hij cannabis heeft gebruikt of niet. In een week heeft Bart 21 mogelijkheden. Hij plakt op elke mogelijkheid een sticker met daarop het pictogram drugs of geen drugs. Zie afbeelding 4.2 als voorbeeld. Bart maakt wekelijks een afspraak met zijn mentor over de maximale hoeveelheid van het cannabisgebruik.

Max. joints:*	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Zat	Zon
Ochtend							
Middag							
Avond							

Afbeelding 4.2 Voorbeeld drugskalender

De gegevens worden op twee verschillende manieren gemeten. De waarden van het drugsgebruik en de mogelijkheid worden per week gemeten. De waarden liggen tussen de 0 en 1. Het drugsgebruik per week wordt gemeten door de hoeveelheid drugs te delen door de mogelijkheden (21) van het gebruiken van drugs. Omdat het verslavingsgedrag gezien wordt als negatief gedrag wordt het percentage omgedraaid. Dit betekent wanneer Bart 20 procent van de mogelijkheden cannabis heeft gebruikt, zal dit normaal gesproken in percentage 0,2 is, maar dit wordt in de grafiek als 0,8 weergegeven.

De tweede meting is gericht op de begrenzing van de hoeveelheid cannabisgebruik die Bart samen heeft gesteld met zijn mentor. De mogelijke waarden zitten tussen de -1 en 1. De waarde 1 betekent dat Bart niet heeft geblowd en bij de waarde -1 is er sprake van een dubbele dosis meer dan de afgesproken hoeveelheid. De gegevens van de metingen worden weergegeven in een grafiek.

Urinecontrole-uitslagen

In het FPC worden er urinecontroles uitgevoerd. Voor Bart is twee keer per maand een urinecontrole gepland. De controle is bedoeld om te controleren of de patiënt cannabis gebruikt heeft. De cannabis-urinecontroles in het FPC zijn gericht op THC en creatinine. De uitslag van de hoeveelheid THC is gelimiteerd, met de waarden van minimaal 25 en maximaal 174. Wanneer de THC-waarden hoger liggen dan 174 is dit niet te meten. Wanneer men spreekt van een THC-waarde hoger dan 174, scoort de patiënt met zekerheid, positief op het gebruik van cannabis. Dit houdt in dat de patiënt binnen 24 uur

een gemiddeld gebruik van cannabis heeft gebruikt. Gemiddeld gebruik wordt gezien als één joint. Wanneer de THC-waarde lager is dan 25 is dit niet mogelijk om te meten. Er is dan sprake van een negatieve uitslag op cannabisgebruik.

Of het gebruik van Bart is toegenomen of afgenomen wordt gemeten in samenhang met de creatiniewaarden. Creatinine is een stof die vrijkomt bij spieractiviteit. Het wordt gezien als afvalproduct. Creatinine komt dan ook altijd bij ieder mens in de urine voor. De creatinineconcentratie is afhankelijk van de hoeveelheid vocht dat er is ingenomen (Dutch Laboratory on Drugs and Doping, 2017).

Door het berekenen van een ratio bij meerdere uitslagen van urinecontroles, wordt zichtbaar of het gebruik van cannabis is toegenomen of afgenomen. Een ratio is het gemiddelde van het THC en de creatine. Het is namelijk mogelijk dat de THC-waarde hoger is dan de vorige urinecontrole, maar wanneer de creatine waarde ook gestegen is, kan dit betekenen dat het gebruik van cannabis niet is toegenomen. De creatiniewaarde moet daarom ook altijd betrokken worden bij de urinecontrole-uitslagen. Om een ratio waarde te krijgen, wordt de THC-waarde gedeeld door de creatine waarde. Of het gebruik van Bart is toegenomen of afgenomen wordt zichtbaar in een tabel met daarin de THC-waarden, creatiniewaarden en de ratio (Dutch Laboratory on Drugs and Doping, 2017).

Aanwezigheid therapie en arbeid

In dit onderzoek wordt therapie en arbeid gezien als een onderdeel van de dagbesteding van Bart. Om te kijken of de PAL interventie ook effect heeft op zijn programma, is bijgehouden hoe vaak Bart wekelijks naar zijn arbeid en therapie gaat. Arbeid en therapie worden in dit onderzoek los van elkaar gemeten. De waarden worden in een grafiek geplaatst en aangegeven in percentages. Het percentage wordt berekend door het aantal keer dat Bart aanwezig is bij zijn programma gedeeld door het aantal keren dat Bart staat ingepland op het programma.

Methodologisch logboek

Om de kwaliteit van dit onderzoek te waarborgen is er een methodologisch logboek bijgehouden. In dit logboek worden specifieke incidenten beschreven. De incidenten kunnen eventueel invloed uitoefenen op het gedrag van de patiënt. Dit kan een verklaring geven. De gegevens die invloed uitoefenen op het onderzoek zullen omschreven worden in de resultaten en conclusie. Andere gegevens worden niet weergegeven in dit onderzoek vanwege privacy rechten.

Statistische analyse

De volgende analysemethoden worden toegepast in een programma genaamd, Kojactool, ter ondersteuning van de visuele inspectie op de grafiek.

De GLI is een analyse waarin de mate van overeenstemming tussen de patiënt en netwerkliden en netwerkliden onderling wordt gemeten (M. Spreen, persoonlijke communicatie, 10 december 2016). Dit laat zien of het onderzoek betrouwbaar is en in hoeverre er overeenstemming is met de verschillende netwerkliden. De GLI berekent door middel van de Kojactool het waargenomen verschil met het maximale mogelijke verschil. De gegevens worden verwerkt in de Kojactool, waarin de waarde van GLI tussen de 0 en 1 komt. Hoe dichter de waarde bij de 1 komt, hoe meer overeenstemming er is tussen de netwerkliden. Bij de GLI is er sprake van overeenstemming als de waarde groter is dan 0,7. In dit onderzoek wordt er gekeken naar de overeenstemming tussen de netwerkliden per gedragsvraag, maar het gemiddelde wordt ook meegenomen. Daarnaast wordt er in

de tabel weergegeven wat de gemiddelde cijfer score is van de netwerkliden. Dit laat cijfermatig zien wat voor cijfer de netwerkliden Bart geven per gedragsvraag.

NAP analyseert de mate van consistentie van verandering (Parker & Vannest, 2009). Hierdoor kun je weten of er sprake is van vooruitgang van gedrag tussen de meetmomenten. De gegevens worden verwerkt in de Kojactool. De NAP-waarde is een waarde tussen 0 en 1. Alle waarden onder 0,5 staan voor achteruitgang in gedrag en alle waarden boven 0,5 staan voor vooruitgang (M. Spreen, persoonlijke mededeling, 10 december 2016). Toch mag je niet zomaar de conclusie trekken dat iets voor- of achteruit is gegaan. Verschillen kunnen namelijk ook toevallig zijn ontstaan. Je mag pas spreken van betekenisvolle vooruitgang als de NAP groter is dan 0,65. Per gedragsvraag wordt er gekeken naar de score, om te zien op welk gedrag Bart vooruit is gegaan. Ook wordt er een gemiddelde gemeten van alle gedragingen, om te zien of er een algemene verbetering is in het gedrag. Wanneer gedrag hoger dan 0,65 heeft gescoord, wordt de analysemethode Cohen's D toegepast (M. Spreen, persoonlijke mededeling, 15 december 2016). De NAP-score wordt in twee verschillende grafieken weergegeven. In de eerste grafiek wordt het gemiddelde van de gedragingen gemeten. In de tweede grafiek staan de gedragingen los van elkaar.

De Cohen's D wordt gemeten in de Kojactool. De Cohen's D is een analyse die de sterkte van verandering weergeeft. De NAP zegt namelijk niets over de sterkte van de verandering, maar alleen of er een verandering plaats heeft gevonden. De Kojactool geeft zelf aan of de verandering in gedrag 'erg klein', 'klein', 'gemiddeld', 'groot' of 'erg groot' is. Het geeft de mogelijkheid om te concluderen of er verbetering is in de dagbesteding, gecombineerd met het verslavingsgedrag van Bart. In de resultaten van dit onderzoek wordt er in een tabel de NAP-score per deelvraag weergegeven. Wanneer deze groter is dan 0,65, wordt de Cohen's D-waarde ook geplaatst in de tabel, met daarin de waarden en de sterkte van verandering.

Hoofdstuk 5 Resultaten

Welk effect heeft de PAL die aan de hand van de CRA-methode is toegepast op het verbeteren van zucht en de daginvulling van Bart?

Om te meten wat voor effect de Plezierige Activiteiten Lijst heeft gehad op Barts cannabisverslaving, wordt het woord "effect" nogmaals uitgelegd. De PAL heeft effect wanneer het gebruik van cannabis minder is geworden, dit wordt zichtbaar door de uitslagen van de kalenders of de urinecontroles of een combinatie daarvan. Daarnaast wordt er gesproken van effect op de PAL interventie wanneer de netwerkkleden een gemiddeld betere score hebben op de eindmeting ten opzichte van de beginmeting. Als laatste wordt er gekeken of de PAL interventie effect heeft gehad op de aanwezigheid van het programma dat Bart volgt.

Kwalitatieve beschrijving van de gegeven PAL interventie

Om de PAL interventie op te starten met Bart is er een aangepast model gemaakt voor Bart. Het eerste gesprek vond plaats in week drie. Samen met Bart is er een begin gemaakt met de PAL. Bart is wisselend in zijn gedrag en verzet het gesprek naar een eerder moment. Een vervolggesprek maken om verder te gaan met de PAL gaat moeizaam. In week vijf heeft Bart dan toch ruimte gevonden om verder te gaan met invullen van de PAL. De rede van afwijzingen van een vervolgspraak is gericht op het ervaren van stress of zijn verslaving. Bart ervoer dan zucht of had cannabis gebruikt.

Nadat de lijst is ingevuld door Bart, is de vervolgstap: welke activiteiten we gaan uitproberen en wanneer. Het contact met de sociotherapeuten werd vanaf week vijf steeds moeizamer. In week vijf heeft Bart nog een uitgebreid gesprek met zijn mentor, waarin hij praat over zijn verleden. Hij geeft aan zich psychotisch te voelen wanneer hij meer dan vijf joints blout op een dag. In het methodologisch logboek is te lezen dat Bart vervolgens veel drugs gebruikt in de opvolgende weken, het contact ontwijkt en zijn verantwoordelijkheden niet meer neemt.

In week zeven wil Bart niet meer van de afdeling af. Hij ervaart meer stress. Dit komt onder andere door oplopende schulden, zijn toekomstige verlof en er zijn vermoedens dat Bart aan het dealen is. Na aandringen is hij met zijn mentor in gesprek gegaan. In het gesprek geeft Bart aan dat hij meer dan twaalf joints gerookt heeft gedurende de dag om een psychose te onderdrukken. Bart ervaart symptomen van psychoses in nuchtere toestand geeft hij aan. Een aantal dagen verder vindt Bart toch zijn afleiding bij medepatiënten en helpt hij met koken.

In week acht ervaart Bart veel agressie en stress. Dit is volgens sociotherapeuten ook te zien in zijn gedrag. Hij doet dreigende uitspraken naar de sociotherapeuten en gooit vanuit woede met spullen in zijn kamer. Tijdens een gesprek met zijn mentor geeft hij aan zich niet goed te voelen en te willen stoppen met de CRA-doelen die zijn opgesteld. Bart wil niet minderen of stoppen met het gebruiken van cannabis en vindt de afspraken zinloos. Tijdens de weken dat Bart veel stress ervaart (vanaf week vijf) en moeizaam in contact is, heeft de onderzoeker geen stappen ondernomen wat betreft de interventie. Bart wijst meerdere malen de gemaakte afspraken af.

De onderzoeker biedt meerdere malen aan om de interventie te vervolgen, maar het contact wordt voortdurend afgewezen. In week negen is de interventie vervolgd. In een

kortdurend gesprek, spreekt Bart af om tweemaal per week te gaan darten. Tijdens het gesprek met de onderzoeker lijkt het of Bart zich verplicht voelt om doelen te stellen. Bart lijkt het gesprek haastig te voeren met een nonchalante houding, waardoor hij ongeïnteresseerd over komt. Daarnaast is hij aangesproken door de sociotherapie en neurofeedbacktherapeut om zijn programma weer te gaan volgen.

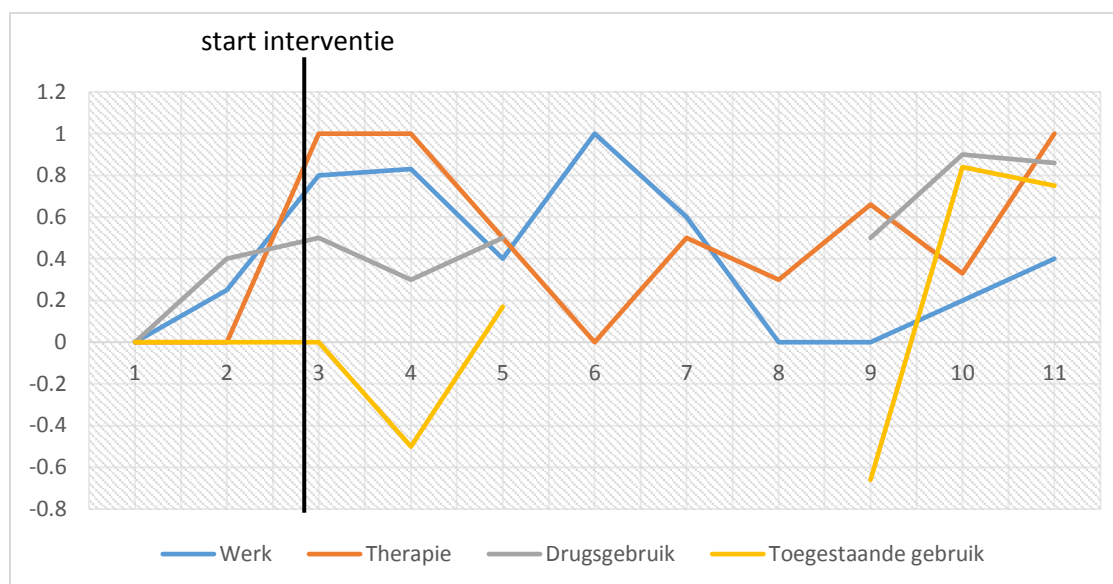
Wanneer Bart in week tien wordt gevraagd of hij hulp nodig heeft bij het behalen van zijn doelen, geeft hij aan dat hij tweemaal gedart heeft deze week. Wanneer de onderzoeker vraagt of er een vervolggesprek moet komen, vraagt hij zich af waarom. Hij vertelt hier geen behoefte aan te hebben.

Drugskalender

Om te beoordelen of het verslavingsgedrag van Bart minder is geworden gedurende de interventieperiode, zijn de drugskalenders geanalyseerd. De drugskalender die Bart heeft ingevuld staan in afbeelding 5.1. Er ontbreekt een aantal drugskalenders, waardoor er geen volledig beeld van het drugsgebruik is. Er zijn geen drugskalenders ingeleverd in de weken dat Bart slechter in het contact is met de sociotherapie.

Aan de grafiek is af te lezen dat Bart voor de interventie stabiel is in zijn gebruik en zich houdt aan de hoeveelheid joints dat afgesproken is. Vanaf week vijf zijn er geen drugskalenders ingevuld. Bart ervaart op verschillende gebieden stress. Volgens het methodologisch logboek kan Bart vanwege schulden niet bellen, heeft hij weinig cannabis gebruikt maar ervaart veel zucht. Drugsdealers zijn voorzichtig in de kliniek vanwege strengere controles waardoor er geen drugs beschikbaar is. Daarnaast ervaart de patiënt delictgerelateerde gevoelens door een bepaalde situatie. Ten slotte heeft Bart een ontsteking in zijn mond. De stress die hij ervaart op verschillende gebieden kan mogelijk zorgen voor moeizamer contact met de sociotherapie.

In het methodologisch logboek is te lezen dat Bart in week zeven en acht gemiddeld op één dag meer dan twaalf joints heeft gerookt. Bart heeft in week negen wel weer een drugskalender ingevuld, hierin is te lezen dat hij bijna het dubbele aantal joints dan het afgesproken aantal heeft gerookt. Vanaf week tien maakt Bart een enorme positieve sprong. Zijn gedrag in het drugsgebruik is veranderd. Hij heeft twee joints gerookt in week tien. In het methodologisch logboek is te lezen dat Bart zich positief laat beïnvloeden door een medepatiënt. Waardoor hij de drang lijkt te hebben om te stoppen met het cannabisgebruik.



Afbeelding 5.1 *Grafiek verslavingsgedrag en aanwezigheid programma*

Aanwezigheid arbeid en therapie

In afbeelding 5.1 staan ook de gegevens over de aanwezigheid van Bart in zijn therapie en werk. Deze gegevens zijn geanalyseerd om te kijken of de interventie effect heeft gehad op de daginvulling van Bart.

In de eerste vier weken gaat Bart vaak naar zijn werk. Hier is wekelijkse vooruitgang in. Vervolgens is Bart niet altijd aanwezig en zakt dit naderhand enorm. De patiënt is twee weken helemaal niet aanwezig op zijn werk. In het methodologisch logboek staat beschreven dat Bart stress ervaart vanwege verschillende omstandigheden. Er is een kleine stijging in aanwezigheid van zijn werk de laatste twee weken, ten opzichte van week acht en negen waar Bart volledig afwezig was. Als er gekeken wordt naar de start van de interventie lijkt Bart de eerste week stabiel te reageren. Vervolgens schommelt dit enorm. In week vijf zakt de aanwezigheid met vijftig procent en in week 6 stijgt het percentage op honderd procent.

Tot en met week vijf is de aanwezigheid van therapie gelijk aan die van de aanwezigheid bij arbeid. Vanaf week zes is hier een groot verschil in te zien. De therapie wordt volledig afgezegd en op arbeid is hij alle dagen aanwezig. Als je het methodologisch logboek bestudeert is de gemoedstoestand van Bart onrustig en ervaart hij veel spanning. Therapie is intensief. Dit kan een reden zijn voor afmelding volgens netwerkleden. Bart is in week 5 dagelijks te zien op de arbeid. Volgens netwerkleden wordt arbeid gezien als laagdrempelig werk. Hiermee wordt er bedoeld dat Bart na het ontvangen van koffie weer vertrekt en geen werkzaamheden uitvoert. In het methodologisch logboek is te lezen dat Bart deze weken moeizaam is in het contact met de onderzoeker en zijn mentor.

In week zes is Bart door de neurofeedbacktherapeut aangesproken op het feit dat hij zich voortdurend afmeldt voor zijn therapie. Dit gesprek lijkt effect te hebben gehad als er gekeken wordt naar de grafiek. Er is in de weken erop een verbetering te zien in de opkomst bij therapie. In week tien is Bart nogmaals aangesproken op de afmeldingen van zijn therapiesessies. In het gesprek geeft de neurofeedbacktherapeut aan hoeveel sessies er nog nodig zijn en wanneer hij hiervoor zijn geld ontvangt.

Urinecontroles

Om te beoordelen of het verslavingsgedrag van Bart verbeterd is, wordt er naast de drugskalender een ratio gemeten aan de hand van urinecontroles. In tabel 5.2 zijn vier verschillende metingen te lezen. De eerste meting vindt twee weken voor de interventie plaats. In de tweede en derde meting heeft Bart kortgeleden cannabis gebruikt waardoor de waarde van THC hoger is dan 174. In het FPC zijn deze waarden niet te meten. Dit zorgt ervoor dat de precieze waarden van de ratio onduidelijk zijn. Een minimale waarde is wel opgeschreven, maar dit zegt niets over de maximale waarden. Dit maakt de beoordeling van het verslavingsgedrag ongeschikt voor het onderzoek.

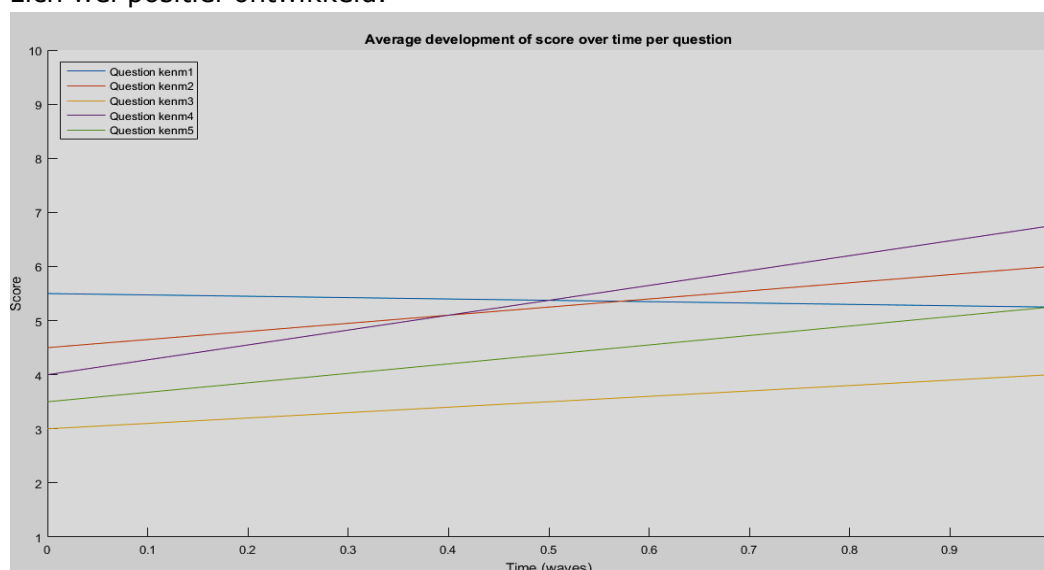
Datum	THC	Creatinine	Ratio
2-1-2017	170	31,4	5,4
16-1-2017	>174	24,3	>7.1z
30-1-2017	>174	19 ,9	>8,7
27-2-2017	171	16	10,6

Tabel 5.2 urinecontroles

Gedrags-indicatorenlijst

De ingevulde gedrags-indicatorenlijsten van de netwerkliden zijn geanalyseerd in de Kojactool. Aan de hand van de gegevens zijn tabellen gemaakt om een overzicht te creëren in hoeverre het gedrag van Bart is veranderd. In afbeelding 5.4 is de NAP en Cohen's D tabel te zien. De gemiddelde score van de NAP is 7.00. De Cohen's D laat zien dat de verandering in gedrag 'gemiddeld' is. Barts gedrag lijkt dus verbeterd te zijn volgens de beoordeling van zijn netwerkliden. Wanneer je de gedragingen los van elkaar bekijkt, scoren twee NAP-gedragskenmerken onvoldoende om in aanmerking te komen voor een Cohen's D waarde.

In afbeelding 5.3 is door middel van een lijngrafiek zichtbaar hoe de gedragingen van Bart volgens zijn netwerkliden is ontwikkeld. Volgens de netwerkliden is het gedrag "initiatief nemen in activiteiten" (Question kenm3) en "vrije tijdsinvulling gecombineerd met zijn programma" (Question kenm1) niet of nauwelijks verbeterd. Andere gedragingen hebben zich wel positief ontwikkeld.



Afbeelding 5.3 NAP-gedragingen volgens gedrags-indicatorenlijst

In Tabel 5.4 staan de statistische analyses ter ondersteuning van de visuele inspectie van afbeelding 5.3. Hierin is te lezen dat Bart een lagere score krijgt bij zijn eindmeting op de vrije tijdsinvulling gecombineerd met zijn programma (Question kenm1). Netwerkliden geven hierbij als reden op dat Bart vaak verveld lijkt, doelloos rondloopt in de kliniek maar zich vervolgens afmeldt voor verplichte programma momenten. Als er gekeken wordt naar de lage waarde in het initiatief nemen voor pro-sociaal gedrag (Question kenm3) is het volgende opvallend. Volgens de netwerkliden worden er activiteiten aangeboden voor Bart, maar heeft hij hier geen behoefte aan. Ondertussen geeft Bart wel aan zich te vervelen wat ambivalent staat met het aanbod dat afgewezen wordt.

Ondanks dat Bart zelf geen initiatieven neemt in het zoeken van prosociaal gedrag, beoordelen zijn netwerkliden hem wel beter in de contacten met anderen op prosociale wijze (Question kenm4). Netwerkliden geven als reden op dat Bart veel bij medepatiënten zit in plaats van zich te isoleren, waar bij de eerste meting meer sprake van was. Eén van zijn medepatiënten ondersteunt hem en probeert een positieve invloed uit te oefenen. De patiënt probeert te helpen met zijn verslavingsprobleem en hem te stimuleren in het volgen van zijn programma. Dit contact was geen eigen initiatief van Bart, maar zorgt wel voor een positieve beoordeling op zijn pro gedrag.

Het verslavingsgedrag (Question kenm5) heeft ten aanzien van de beginmeting een 'grote' verbetering gehad volgens de Cohen's D. In het methodologisch logboek is te lezen dat Bart al zes dagen niet heeft gebloed, maar op de dag van de meting een terugval heeft. De netwerkliden zien wel verslavingsgedrag. Dit uit zich in veel rondlopen in de kliniek en de onrust die hij uitstraalt op de afdeling. Bart wordt door zijn medepatiënt gesteund om niet te gebruiken en afleiding te zoeken bij hem. Samen met zijn medepatiënt brengt hij veel tijd door. Zijn medepatiënt probeert tevens te stoppen met het gebruiken van drugs en is een week lang abstinert.

Gedragingen	NAP Score	Cohen's D	Effect size
Vrije tijdsinvulling en programma	0,469	-0.165	X
Programma deelname afdeling	0,844	1.389	Erg groot
Initiatief pro sociale dagindeling	0,625	0.433	X
Pro sociale contact met anderen	0,844	1.479	Erg groot
Verslavingsgedrag	0,781	0.880	Groot
Dagindeling	0,700	0,733	Gemiddeld

Tabel 5.4 NAP en Cohen's D score

In tabel 5.5 zijn de GLI-waarden (overeenstemming tussen netwerkliden) gemeten. In de tabel staat per gedragsvraag beschreven in hoeverre er overeenstemming is gescoord. Een waarde boven de 0,7 wordt gezien als goede overeenstemming met elkaar. Het gemiddelde van beide metingen is hoger dan 0,7, dat wil zeggen dat de gegevens betrouwbaar genoeg zijn voor dit onderzoek. Om kritisch te kijken naar dit onderzoek wordt er gekeken naar de gedragingen waar de waarde lager is dan 0,7. Daarbij is het gemiddelde cijfer per gedragsvraag in tabel 5.6 toegevoegd. De netwerkliden hebben Bart zijn gedragingen kunnen beoordelen met de waarden tussen de 1 en 10. Het gemiddelde van deze cijfers bepaalt in hoe Bart scoort op de gedragingen volgens netwerkliden. Waarin 1 wordt gezien als negatief en 10 als positief.

Gedragingen	Beginmeting GLI	Gem. cijfer netwerkliden	Eindmeting GLI	Gem. cijfer netwerkliden
Vrije tijdsinvulling en programma (1-10)	0,815	5	0,759	4
Programma deelname afdeling (1-10)	0,815	4	0,889	5,5
Initiatief nemen voor dagindeling (1-10)	0,704	2,25	0,667	3,25
Pro-sociaal contact met anderen (1-10)	0,667	3,5	0,870	5,75
Verslavingsgedrag (1-10)	0,778	2,5	0,685	3,5
Dagindeling	0,756	3,45	0,796	4.4

Tabel 5.5 GLI-score en gemiddelde score netwerkliden

Als er gekeken wordt naar GLI in de beginmeting is er één gedraging opvallend. Er is sprake van een kleine onvoldoende bij het "prosociale contact met anderen". Wanneer de gedrags-indicatorenlijsten van de netwerkliden worden vergeleken, is het netwerklid dat alleen 's ochtends aanwezig is de persoon die het meest afwijkt van de rest. Het netwerklid geeft aan dat Bart moeizaam contact heeft met hem. Daarnaast is het netwerklid alleen in de ochtenden aanwezig waardoor hij weinig zicht heeft op de patiënt. Deze reden verklaart mogelijk het grote verschil met andere netwerkliden.

In de eindmeting is het gemiddelde GLI van alle gedragingen hoger dan de beginmeting. Wanneer er gekeken wordt naar de gedragingen los van elkaar, zijn er twee onvoldoendes. De gedragingen die onvoldoende zijn volgens de GLI zijn "het initiatief nemen voor dagindeling" en "verslavingsgedrag".

Bij de gedraging "initiatief nemen op dagindeling" is er één netwerklid die anders beoordeelt in vergelijking met de rest. Bart is volgens drie netwerkliden veel aan het rondlopen in de kliniek en heeft weinig contact met de sociotherapie of arbeidsmedewerkers. Het andere netwerklid scoort hoger en geeft hierbij als reden op dat hij positief in contact is met een medepatiënt en hierdoor minder cannabis gebruikt. Het

lijkt alsof de vraag anders is geïnterpreteerd. Maar hetzelfde netwerklid geeft wel aan dat Bart met de medepatiënt veel rondloopt in negatieve zin.

De gedraging "verslavingsgedrag" wordt onvoldoende gescoord volgens de GLI. Ook opvallend is dat hier één afwijkende score is van de netwerkliden. De afwijkende score is beoordeeld door de arbeidsmedewerker. Deze heeft het verslavingsgedrag extreem aanwezig gezien. Bart is volgens het netwerklid al weken niet of nauwelijks aanwezig op de arbeid. Bart meldt zich volgens dit netwerklid regelmatig af en loopt vervolgens rond in de kliniek. Dit wordt gezien als verslavingsgedrag en opzoek naar drugs. Andere netwerkliden zitten in zijn leefomgeving en zien dat Bart al meerdere dagen niet gebruikt heeft en zich positief laat beïnvloeden.

6.1 Conclusie

Aan de hand van de CRA-methode die kortgeleden geïmplementeerd is in het FPC Dr. S. van Mesdag en de vraag naar een systemische N=1 methode, is dit onderzoek ontstaan. Omdat de onderzoeker vanuit Stenden Hogeschool een N=1 onderzoek uitvoert, is het onderzoek gericht op één patiënt in het FPC. Vanuit de behandeling van Bart wordt er gemeten in hoeverre de inzet van CRA een positief effect heeft op de daginvulling ten aanzien van het drugsgebruik van de patiënt. Het PAL instrument is een onderdeel van de CRA die ondersteuning biedt bij het vinden van behandeldoelen en het zoeken naar nieuwe interesses. De verslaving van Bart leidt tot negatieve gevolgen voor zijn daginvulling. Dit is de reden waarom de PAL als interventie is ingezet. Het zou kunnen leiden voor een betere dag structurering bij Bart en het verminderen van cannabisgebruik. Hieruit is de centrale vraag voortgevloeid:

In hoeverre heeft de interventie PAL in het kader van de Community Reinforcement Approach-methode invloed op het verslavingsgedrag en de daginvulling van Bart op de doorstroom afdeling in het FPC?

Volgens de gegevens die zijn geanalyseerd in het hoofdstuk 5 resultaten, is het gedrag van Bart deels verbeterd ten opzichte van de beginmeting. Wanneer de eindmeting van de Kojactool wordt vergeleken met de tiende week van de gegevens in de grafiek in afbeelding 5.2, wordt het volgende geconcludeerd. Bart heeft volgens de Kojactool in een aantal gedragingen 'groot' tot 'erg grote' veranderingen. De gedraging gericht op het verslavingsgedrag heeft een grote verandering, wanneer je een verband legt met de laatste week van drugskalender lijken de netwerkliden dit juist te beoordelen. In principe zou je dus kunnen stellen dat de PAL interventie hierop invloed heeft gehad.

6.2 Discussie

Wanneer er kritisch gekeken wordt naar dit onderzoek, zijn er zwakke punten wat de validiteit van het onderzoek minder maakt. De interventie zou het gedrag van Bart moeten veranderen. De interventie heeft echter langer geduurd. Daarbij komt ook dat het contact met de onderzoeker moeizamer loopt. Zoals beschreven staat in de resultaten heeft Bart doelen opgesteld maar wijst hij het contact voortdurend af. Wat men zich af kan vragen is of de verbetering van het gedrag de oorzaak van de interventie is. Ten tweede is aan te raden om te onderzoeken in hoeverre de PAL interventie is uitgevoerd, waarvoor CRA oorspronkelijk bedacht is?

Anderzijds is het gedrag van de patiënt verbeterd toen in week negen doelen werden opgesteld. Bart heeft in week negen samen met de onderzoeker afgesproken tweemaal per week te gaan darten om zijn zucht te onderdrukken. Na deze interventie heeft een week later de eindmeting plaats gevonden. Ook in de grafiek is de daginvulling van Bart vanaf week negen verbeterd.

Volgens het methodologisch logboek is Bart de laatste twee weken van het onderzoek veel in contact met een medepatiënt. De netwerkliden geven aan dat dit contact positief wordt gezien ten behoeve van zijn drugsgebruik. Dit blijkt ook uit de drugskalender. Eveneens is zijn aanwezigheid bij programmaonderdelen deze weken ook verbeterd. In het methodologisch logboek staat beschreven dat het contact deze weken met zijn mentor weer is opgepakt en dat de patiënt is aangesproken op de noodzaak van het volgen van

zijn therapie. Deze omgevingsfactoren kunnen eventueel ook van belang zijn voor het positieve gedrag dat Bart laat zien.

Daarnaast zijn verschillende gegevens niet volledig of ongeschikt voor het onderzoek. De uitslagen van de urinecontroles zijn niet volledig genoeg om te kunnen spreken over een verbetering van het cannabisgebruik. De reden dat de uitslagen niet gebruikt kunnen worden, is omdat het FPC geen specifiekere THC meting heeft hoger dan 174. Ook de drugskalenders zijn niet alle tien weken ingevuld. Hierdoor ontstaat een ontbrekende lijn van een aantal weken, waarin het volgens het methodologisch logboek slechter gaat met Bart.

Tevens is in het theoretisch kader gesproken over de implementatie van de CRA-methode in het FPC. Hieruit resulteerde dat twee andere afdelingen op het FPC moeite hebben met het volledig toepassen van de methode. Ze geven aan niet voldoende kennis te hebben over de CRA gecombineerd met deze doelgroep. Ook Roozen spreekt over het onvoldoende overdragen van de methode in Nederland. Wat betekent dat de interventie PAL misschien niet op de juiste manier is overgebracht naar de patiënt. Daarnaast is de PAL niet gecreëerd voor mensen met een verstandelijke beperking. De onderzoeker heeft de PAL aangepast naar de mogelijkheden voor de kliniek en Bart. Dit is enerzijds goed. Anderzijds is het mogelijk dat de kern van de PAL hierdoor ontbreekt. Wat kan leiden tot een onjuiste interventie volgens de CRA-methode. Men moet zich dus afvragen of de doelgroep geschikt is voor de CRA en of de medewerkers voldoende kennis kunnen overdragen.

Het onderzoek was van betere kwaliteit geweest, als er meer metingen plaats hadden gevonden. In verband met het moeizame contact met Bart en het tijdsbestek dat de onderzoeker had, is er gekozen voor een begin- en eindmeting. Het lijkt erop dat Bart op een aantal momenten slecht is in contact, veel drugs gebruikt en zijn programma volledig laat liggen. Het vermoeden van de hoeveelheid drugsgebruik is niet geheel te bewijzen. Bart heeft niet alle weken zijn drugskalender ingevuld waardoor dit lastig te achterhalen is. Meerdere metingen zouden een betrouwbaarder beeld geven op het minderen van cannabis.

Het onderzoek geeft meer inzicht in de verslaving van Bart en in hoeverre Bart aanwezig is bij zijn behandelprogramma's. Bovendien wordt in dit onderzoek zichtbaar hoe snel Bart stress ervaart en wat zijn reactie is op het verwerken van de stress. De complexiteit van verslaving in combinatie met behandelen is zichtbaar geworden. De patiënt wil nauwelijks contact en wijst dit al snel af wanneer hij stress ervaart. Voor de sociotherapie wordt het gecompliceerder wanneer er geen mogelijkheid is om nabijheid te bieden.

6.3 Aanbeveling

Microniveau

In het onderzoek is zichtbaar geworden, dat de patiënt enige vooruitgang heeft geboekt. Door een aantal missende gegevens is het lastig te concluderen of het gedrag is veranderd door de interventie. De onderzoeker heeft het vermoeden dat de patiënt niet voldoende intrinsiek gemotiveerd is om te stoppen met het cannabisgebruik, waardoor de methode moeilijk in te zetten is. Bart staat ambivalent in zijn behandeling en is lastig te sturen. Er is zichtbaar geworden dat de patiënt financiële problemen heeft en zich met regelmaat afmeldt voor programmaonderdelen. De patiënt heeft een licht verstandelijke beperking, waardoor planning en inzicht op kortdurend niveau liggen. Een passende CRA-aanbeveling zou volgens de onderzoeker zijn: Laat de patiënt dagelijks of wekelijks zijn geld ontvangen voor het aantal werkuren dat de patiënt heeft gewerkt. Bart ontvangt dit nu maandelijks, waardoor de beloning voor werken niet of nauwelijks wordt ervaren.

Daarnaast beschikt de patiënt over weinig motivatie bij het zoeken naar nieuwe interesses. Hij lijkt niet of nauwelijks gemotiveerd voor nieuwe activiteiten. In het PAL-verslag staat omschreven dat Bart veel herinneringen ophaalt, wanneer hij op zoek gaat naar nieuwe interesses. Wanneer de sociotherapie iets probeert aan te bieden wordt dit vaak afgewezen. Een vervolgonderzoek zou kunnen zijn om te achterhalen wat de achterliggende gedachten zijn van afwijzing van de aangeboden activiteiten. Het zou mogelijk kunnen zijn dat Bart de activiteit te moeilijk vindt of zijn meervoudige problematiek dit belemmert.

Mesoniveau

Het FPC heeft verschillende doelgroepen waarbij de CRA gehanteerd wordt. De instelling heeft een andere visie op het hanteren van de methode dan waar de CRA oorspronkelijk voor bedoeld is. Zoals eerder benoemd is, hanteren Fielenbach, Feringa en de Jonge (2016) de CRA op het positief benaderen van gedrag. Roozen (2013) is net als Fielenbach, Feringa en de Jonge (2016) ook gefocust op het positieve gedrag benadrukken en op zoek naar interesses, maar heeft de focus vooral gelegd op het verslavingsgedrag. In het theoretisch kader is een ander onderzoek uit het FPC verwerkt, waarin beschreven staat dat de CRA onvoldoende is geïmplementeerd en er geen vooruitgang te zien is in het aantal beperkingen.

De onderzoeker heeft op aangepaste wijze de PAL interventie toegepast bij de patiënt. Het lijkt alsof de methode nog niet volledig aangepast is aan de verschillende complexe doelgroepen in het FPC. De patiënt van dit onderzoek heeft te maken met een verstandelijke beperking. De plezierige activiteitenlijst is voor hem onoverzichtelijk en uitgebreid. Daarom wordt aanbevolen om de CRA per doelgroep in het FPC aan te passen aan het niveau. Hiermee wordt bedoeld dat het ontwikkelen van een "eigen" CRA-methode per doelgroep kan zorgen voor meer passende uitkomsten.

Voor 'afdeling onderzoek' in het FPC zijn de knelpunten niet altijd zichtbaar. De onderzoekers die de methode geïmplementeerd hebben, bevinden zich niet op de werkvloer. Om de methode CRA zo consistent mogelijk te maken, is het een aanbeveling om medewerkers van 'Afdeling Onderzoek' mee te laten draaien op de afdeling. Op deze manier ontstaat er meer communicatie tussen 'Afdeling Onderzoek', sociotherapie en patiënten. Dit kan mogelijk zorgen voor een betere samenwerking en het optimaliseren van de methode, gericht op specifieke doelgroepen.

Daarnaast moet het FPC zich afvragen of de CRA geschikt is voor mensen die tbs met dwangverpleging hebben. Roozen (2006) heeft de methode ontwikkeld voor mensen die willen stoppen met drugsgebruik. De patiënt stond in het begin van dit onderzoek positief in de CRA-behandeling. Halverwege het onderzoek stond Bart ambivalent in het stoppen met cannabis, wat het uitvoeren van de interventie complex maakt.

In het vrijhedenbeleid dat is omschreven staan de beperkingen ambivalent tegenover de CRA-doelen die met Bart zijn afgestemd. De CRA maakt de behandeling van Bart individueler, terwijl medepatiënten worden gestraft wanneer zij drugs gebruiken. Hierdoor krijg je geen eenduidig beleid en is er een mogelijkheid dat patiënten druk uitoefenen of grensoverschrijdend worden naar de sociotherapie. Ook wordt er van de sociotherapie verwacht verantwoording af te leggen naar medepatiënten over het individuele beleid.

In het onderzoek staat beschreven dat Bart gedoogd drugs mag gebruiken onder een aantal voorwaarden. Het FPC verkoopt geen drugs en officieel zijn drugs niet toegestaan. Het beleid dat opgesteld is met Bart staat op deze manier wel ambivalent met het beleid van de kliniek. Bart moet in principe zelf op zoek gaan naar drugs. Dit lijkt te gebeuren in een illegaalcircuit. Hierdoor is het onzichtbaar hoe de schulden van Bart oplopen, hoeveel cannabis de patiënt eigenlijk in handen krijgt en of de patiënt deelt. Dit maakt het beleid complex. Daarnaast roept het veel vragen op bij buitenstaanders. Bovendien is het voor medewerkers een ethisch dilemma, als er gekeken wordt naar juist handelen en professionaliteit. De onderzoeker geeft als advies mee om een duidelijker uitgeschreven beleid te maken. De instelling zou moeten kiezen tussen twee opties: een legaal circuit voor het gebruik van cannabis of alle drugs helemaal niet te accepteren.

Macroniveau

Het is nog lastig te achterhalen of de CRA-methode passend is voor het FPC. Er is weinig onderzoek gedaan in het FPC en de CRA is nog volop in ontwikkeling in Nederland. Zodra meer klinieken een pilot starten door te gaan werken met de CRA, kan hierover meer duidelijkheid gegeven worden. Wat weer kan leiden tot een methode die zich aan kan passen tot de doelgroep. Het promoten van de CRA-pilot bij overeenkomstige instellingen biedt meer mogelijkheden voor effectstudies en onderzoeken.

Literatuurlijst:

Boeken:

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders DSM-IV*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Beer, Y. de. (2011). *De kleine gids mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.

Fielenbach, S., Feringa, L. & Jong, H. de. (2016). *Revisie beleid risicovol middelengebruik & behandelklimaat in het FPC Dr. S. van Mesdag*. Geraadpleegd van: Interne publicatie.

Helm, P. van der., Kröger, U., Schaftenaar, P. & Vliet, J. van. (2013). *Leefklimaat in de klinische forensische zorg*. Amsterdam: SWP.

Jong, C. A. J. de. & Krabbe, P. F. M. (2002). *Snelle detoxificatie van opiaten: wat voegt anesthesie toe? Korte termijn resultaten van een gerandomiseerde vergelijking tussen twee methoden van snelle detoxificatie bij afhankelijkheid van opiaten*. Sint Oedenrode: Novadic Kentron.

Jong, C. A. J. de., Roozen, H. G., Krabbe, P. F. M., & Kerkhof A. J. F. M. (2004). *Van detoxificatie naar abstinentie: eindrapportage*. Sint-Oedenrode: Novadic-Kentron.

Loth, C., Rutten, R., Huson-Anbeek, D. & Linde, L. (1999). *Verslaving en de verpleegkundige praktijk*. Maarssen: Elsevier/De Tijdsstroom.

Meyers, R. J. & Smith, J. E. (2014). *Handboek voor behandeling van alcoholverslaving: De Community Reinforcement Approach*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Roozen, H. G. & Kerkhof, A. J. F. M. (2000). *Stoppen met roken; een vijfgesprek model op basis van Community Reinforcement Approach*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Roozen, H. G., Meyers, R. J. & Smith J. E. (2013). *Klinische procedures voor de behandeling van alcohol en drugsverslaving Community Reinforcement Approach*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.

Artikelen:

Azrin, N. H. (1976). *Improvements in the Community Reinforcement Approach to alcoholism*. Behaviour Research and Therapy, 14, 339-348.

Baldwin, H. & Duffy, P. (2013). *Recovery post treatment: Plans, barriers and motivators*. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 8(1), 1-12.

Bardo, M. T. & Compton, W. M. (2015). *Does physical activity protect against drug abuse vulnerability?* Drug and Alcohol Dependence, 153, 3-13.

Bootsma, M., Schaap, R. & Tomey, S. (2016) *Handleiding voor het toepassen van de Systemische N=1 Methode*. (Lectoraat Social Work & Arts Therapies). Leeuwarden: Stenden Hogeschool.

Hunt, G. M. & Azrin, N. H. (1973). *A Community Reinforcement Approach to alcoholism*. Behaviour Research and Therapy, 11, 911-104.

Mesdag, FPC Dr. S. van. (2009). *Pro Justitia rapport*. Geraadpleegd van: Interne publicatie.

Mesdag, FPC Dr. S. van. (2016). *Teamsamenstelling*. Geraadpleegd van: Interne map Reitdiep 2.

Moos, R. H. (2013). *Social contexts: Transcending their power and their fragility*. American Journal of Community Psychology, 31(1 & 2), 1-13.

Olivier, E. J. F. L., Wijdeveld, A. G. M. & Wetering, B. J. M. van de. (2009). *In gesprek over: Verslaving*. Vleuten: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 3-11.

Read, J. P. & Brown, R. A. (2003). *The role of physical exercise in alcoholism treatment and recovery*. Professional Psychology: Research and Practice, 34(1), 49-56.

Roozen, H. G., Kerkhof, A. J. F. M. & Brink, W. van den. (2000). *Ervaringen met terugval preventieprogramma (CRA) gecombineerd met Naltrexon bij opiaatafhankelijkheid: effect op verslavingsgedrag en predatieve waarden van psychiatrische comorbiditeit*. Tijdschrift voor psychiatrie, 42, 307-318.

Simpson, D. D., Crandall, R., Savage, L. J. & Pavia-Krueger, E. (1981). *Leisure of opiate addicts at post treatment follow-up*. Journal of Counseling Psychology, 28(1), 36-39.

Sinyor, D., Brown, T., Rostant, L. & Seraganian, P. (1982). *The role of a physical fitness program in the treatment of alcoholism*. Journal of Studies on Alcohol, 43(3), 380-386.

Krantenartikel:

Zonneveld, J. (2012). *Alcoholisten Oosterpark krijgen 10 euro per dag om straat te vegen*. Amsterdam: Het Parool.

Websites document:

Dutch Laboratory on Drugs and Doping (2017). *Drugs onderzoeken: Creatine concentratie*. Geraadpleegd van: <http://www.dldd.nl/Kreatinine%20concentratie-ratio.htm>.

Forint Dr. S. van Mesdag (2016). *Behandeling en beveiliging: Behandelfases*. Geraadpleegd van: <https://www.vanmesdag.nl/behandeling-beveiliging/behandelfases/>.

Molemann Mental Health (2017). *Psychische klachten: Verslaving*. Geraadpleegd van: <http://www.molemann.nl/wie-wij-behandelen/psychische-klachten/verslavingen>.

Bijlagen

Bijlage A: Gedrags-indicatorenlijsten Bart

Allereerst hartelijk bedankt dat u wilt deelnemen aan het systemisch N=1 onderzoek. In dit onderzoek wordt er gekeken naar het gedrag van Bart (gefigeerdde naam). Om de behandeling van de patiënt te verbeteren aan de hand van Community Reinforcement Approach is dit onderzoek gestart. Voor dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van een gedrags-indicatorenlijst dit houdt in dat gedragingen worden gemeten met behulp van de beoordelingen van het netwerk en de patiënt.

De vragen worden in cijfers beoordeeld waarin 1 betekent dat het slecht of niet wordt uitgevoerd en 10 betekent dat het perfect wordt uitgevoerd.

Question kenm1:

Bart heeft de afgelopen week zijn vrije tijd op een adequate wijze ingevuld

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Question kenm2:

Bart heeft de afgelopen week actief deelgenomen aan groepsmomenten (denk aan eetmomenten, dagopening-afsluiting, wandelmoment en vergaderingen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Question kenm3:

Bart is de afgelopen week actief op zoek gegaan naar een pro sociale activiteit voor zijn vrije tijd

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Question kenm4:

Bart heeft de afgelopen week op pro-sociaal wijze met anderen zijn vrije tijd doorgebracht

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Question kenm5:

Bart heeft de afgelopen week verslavingsgedrag vertoond

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bijlage B: Aangepaste Plezierige ActiviteitenLijst

Wat vind je leuk om te (gaan) doen?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Grafity spuiten | ☐ Kaarten, pesten 31en | ☐ In een winkel werken |
| ☐ Drummen | ☐ Familie/vrienden op bezoek | ☐ Klussen |
| ☐ Praatje maken, medewerker | ☐ Monopoly | ☐ Tuinieren |
| ☐ Muziek luisteren | ☐ Samen eten | ☐ Meubels opknappen |
| ☐ Koffie drinken | ☐ Vrienden bezoeken | ☐ Zagen |
| ☐ Zingen | ☐ Voetballen | ☐ Dieren verzorgen |
| ☐ Tafeltennis | ☐ Schaatsen | ☐ Auto's repareren |
| ☐ Hardlopen | ☐ Naar theater/concert gaan | ☐ Groenvoorziening |
| ☐ Skeeleren/skaten | ☐ Koken, bakken & hapjes | ☐ Horeca |
| ☐ Zwemmen | ☐ Softtennis | ☐ In de kantine werken |
| ☐ Wandelen | ☐ Conditie trainen | ☐ Schoonmaken |
| ☐ Fietsen | ☐ Bellen | ☐ Fietsen repareren |
| ☐ Paardrijden | ☐ Badminton | ☐ Hout bewerken |
| ☐ Boksen | ☐ Wassen | ☐ Metaal werk |
| ☐ Films kijken actie/TV kijken | ☐ Regenwormen etc. | ☐ Nederlandse les volgen |
| ☐ Spelcomputer spelen | ☐ Biljarten, Sjoelen | ☐ Buitenlandse talen leren |
| ☐ Kruiswoordpuzzels | ☐ Naar de kerk gaan | ☐ Een cursus volgen |
| ☐ Fitnessen | ☐ Dammen/schaken | ☐ Bode |
| ☐ Kleien | ☐ Huishouden doen | ☐ Schrijven |
| ☐ Planten verzorgen | ☐ Krant lezen | |
| ☐ Brief schrijven | ☐ Musea bezoeken | |
| ☐ Lezen | ☐ Basketballen | |
| ☐ Schilderen | ☐ Hockey | |
| ☐ Dingen verzamelen | ☐ Turnen, ballet & dansen | |
| ☐ Hardlopen | ☐ Volleybal | |
| | ☐ Yoga | |

Recreatie

Dagbesteding (sociaal)

Arbeid

Verslag:

Tijdens het gesprek zijn er veel activiteiten die Bart leuk lijken. Ook zijn er een aantal dingen die opvielen. Zoals de behoefte aan een relatie. Wanneer er op door gevraagd werd miste Bart vooral het contact om te knuffelen en een motiveerde steun voor zijn behandeling. Bart is in het gesprek serieus en geeft aan dat hij zijn best wil doen voor zijn behandeling. Op het oog van zijn zitting, wil hij meer therapie volgen om ervoor te zorgen dat zijn tbs niet met twee jaar verlengd wordt. Bart was voorheen gelovig, en kwam weleens in de kerk. Wat opvallend was hij heeft dit als geel weergegeven omdat hij niet meer geloofd. In zijn ogen is het god zijn schuld dat er vorig jaar twee belangrijke familieleden zijn overleden. Zijn oom is overleden aan het gebruik van alcohol, dit vindt hij ook verschrikkelijk. Maar wanneer de onderzoeker dit terugkoppelt aan zijn verslaving zegt hij dat zijn cannabisverslaving niet zo schadelijk is. Verder vindt hij huishouden niet leuk, maar vertelt dit vroeger wel leuk te hebben gevonden. Toen hij dure meubels had was hij hier erg zuinig op en moesten mensen schoenen uit bij binnenkomst. Op een lachende manier zegt hij nu ben ik rommeliger. Een aantal spellen zijn groen gekleurd, hij geeft veel herinneringen hierbij aan. Ook verteld Bart dat hij graag spellen speelt als hij stoned is. Als hij geattendeerd wordt op het feit dat hij dan op zijn kamer hoort te zijn, lacht hij hierom. Hij vertelt dat hij tijdens de werkbijeenkomsten naar de woonkamer gaat voor spellen omdat er toch geen zicht op hem is. Met zijn vader heeft hij de hechtste band. Hij belt het liefst met hem. Als zijn vader niks van zich laat horen maakt hij zich zorgen. Zijn vader gebruikt nog steeds drugs volgens Bart. Maar vooral softdrugs en een enkele keer cocaïne. Opvallend is ook dat Bart aangeeft graag samen te eten maar vaak niet eet of op zijn kamer is. Als de onderzoeker hier op door vraagt vind hij een grote groep vaak te druk en eet hij liever met een kleiner groepje. Tijdens de werk gerelateerde activiteiten vindt Bart veel activiteiten leuk. Hij heeft vroeger bij Asito gewerkt, maar is hier weggestuurd omdat hij beschuldigd werd van dealen. Dit was volgens Bart om bepaalde pillen niet het geval, en degene die hem beschuldigde gaf dit volgens hem later nog toe. Er is bewust niet verder gevraagd over het verdere dealen tijdens zijn werk, de collega's daar vermoedde dat hij dit regelmatig deed. Bart vind de groenvoorziening erg leuk, dit lijkt iets waar hij graag wil werken. Tijdens de gesprekken kwamen veel herinneringen bij Bart naar boven. Bart associeert de interesse in een activiteit met de manier hoe hij de activiteit ooit ervaren heeft. Wanneer er een negatieve ervaring is over een activiteit vindt hij deze niet leuk. Om een goede dag invulling voor Bart te creëren is het van belang om nieuwe positieve herinneringen te creëren.

Dingen die je kan doen op verlof

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| — Vrienden/familie bezoeken | - Escaperoom |
| — Op het terras zitten | - Dierentuin bezoeken |
| — Naar de film gaan | - Grote feesten bezoeken |
| — Naar de kermis gaan | - Door het bos wandelen |
| — Naar een pretpark gaan | - Vliegtuigen bekijken |
| — Winkelen | - Honden uitlaten (asiel) |
| — Naar de bibliotheek (internetten) | - Bowlen |
| — Naar het zwembad gaan | - Wokken, uiteten |
| — Boodschappen doen | - Vissen |
| — Rond fietsen | |
| — Naar het strand | |
| — Naar de ijsbaan gaan | |
| — Karten | |

Bijlage C: Meervoudige problematiek

Meervoudige problematiek

Volgens de classificering van de DSM heeft Bart een licht verstandelijke beperking, gepaard met ADHD, Pervasieve ontwikkelingsstoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis met antisociale trekken. Deze classificering gepaard met een verstandelijke beperking, wordt ook wel een meervoudige problematiek genoemd.

Volgens Kluwen (2011) wordt een licht verstandelijke beperking vaak gezien als een beperking op het intelligentieniveau en een beperkt sociaal aanpassingsniveau. De bijkomende problematiek in de praktijk zijn de leerproblemen, psychiatrische stoornissen, medisch organische problemen en problemen in gezin en in de sociale context. De bijkomende problematiek uit zich vaak in ernstige gedragsproblemen. Er is sprake van meervoudige problematiek, wanneer mensen met een licht verstandelijke beperking ook gediagnostiseerd zijn met een psychiatrische stoornis.

Het denkvermogen van iemand met een licht verstandelijke beperking werkt anders. Men kan minder goed onthouden, heeft problemen met ordenen van wat geleerd moet worden en in welke volgorde. Op sociaal domein is er een achterstand in de vaardigheden en conformisme in regels. Men is vaak betrokken bij conflicten, heeft moeite met het sluiten en onderhouden van vriendschappen daarnaast lukt het verplaatsen in een situatie niet, als het gaat om empathisch vermogen. Op het emotionele gebied hebben mensen met een licht verstandelijke beperking, moeite met agressieregulatie en is de denkwijze zwart-wit. Daarnaast worden grappen vaak slecht begrepen en maakt het men onzeker. Het aanpassingsniveau is daardoor net als de groei naar autonomie niet volledig ontwikkeld (Kluwen, 2011).

Bart heeft verschillende bijkomende problematieken, met name door zijn licht verstandelijke beperking. ADHD wordt gezien als een aandachts- en concentratiestoornis gepaard met hyperactiviteit en impulsiviteit. Mensen met ADHD kunnen zich moeilijk richten op een taak en leiden zich af aan prikkels uit de omgeving. De onrust in het lichaam zorgt vaak voor frustratie en een opgewonden gevoel. Daarnaast zijn mensen met ADHD impulsief en denken niet na over gevolgen van het gedrag dat ze uiten (Kluwen, 2011).

Een Pervasieve ontwikkelingsstoornis ook wel PDD-NOS genoemd, is vaak een overlapping met ADHD. Een belangrijk verschil, is dat de impuls en de hyperactiviteit bij PDD-NOS een andere onderliggende oorzaak hebben. PDD-NOS is onderdeel van het autismespectrum. Men ervaart vaak bij mensen met PDD-NOS, problemen op het gebied van sociale vaardigheden. Vaak hebben mensen met PDD-NOS een preoccupatie of obsessie in specifieke interessegebieden. Orde aanbrengen op het dagelijkse leven lukt niet altijd even goed. Men heeft dus behoefte aan structuur. Een vaste dag planning helpt veiligheid bieden en zorgt voor minder stress en spanning (Kluwen, 2011).

Iemand die kampt met de persoonlijkheidsstoornis borderline gecombineerd met antisociale trekken, wordt gezien als enorm impulsief met een emotionele instabiliteit. Het antisociale gedeelte, uit zich vooral in de impulsiviteit, agressiviteit en het niet kunnen nemen van verantwoordelijkheden. De borderline zorgt voor extreem wisselen in stemming. Men kan bijvoorbeeld extreem kwaad worden uit het niets, wat gevolgd kan worden door somberheid of vrolijkheid. Zelden voelt men zich achtereenvolgend tevreden. Wanneer men last heeft van extreme borderline treden er psychotische verschijnselen op.

Deze psychotische verschijnselen uiten zich in het horen van stemmen, zien van beelden, overmatige achterdocht en het in de war zijn. Deze symptomen kunnen een aantal uur of een aantal dagen aanwezig (Kluwen, 2011).

Verslaving

Verslavingen komen op verschillende wijzen voor. Er zijn veel mensen die dagelijks meerdere kopjes koffie drinken of tientallen sigaretten per dag roken, maar is dit gelijk verslaafd? In de westerse wereld zijn alcohol en tabak geaccepteerd, drugs niet. Dagelijks afhankelijk zijn van middelen is theoretisch gezien verslaafd. In dit onderzoek gaat verslaving om het gebruik van cannabis. Cannabis is een softdrugs die is gelegaliseerd in Nederland, maar niet in het FPC (Loth, Rutten, Huson-Anbeek & Linde, 1999).

In een verslaving bestaat een lichamelijk en psychische afhankelijkheid van een bepaald middel. Onder lichamelijke afhankelijkheid worden de verschijnselen tolerantie, ontwenning en craving verstaan. Het menselijk lichaam ziet iedere drug als een gif en probeert er zo snel mogelijk vanaf te komen. Als een drug voortdurend wordt ingenomen, wordt het lichaam gedwongen zich aan de drug aan te passen. Het lichaam zal steeds meer drug nodig hebben om hetzelfde effect te ervaren, dit noemen we tolerantie. Doordat je lichaam gewend geraakt is aan het gebruik, zorgt acuut stoppen voor ontwenningverschijnselen. Dit kan zich uiten in verschillende lichamelijke reacties, waardoor men ontwenning ervaart. Reacties van ontwenningverschijnselen bij cannabis kunnen zijn: onrust in het lichaam, moeite met inslapen, zweten, hoofdpijn, trillen, gebrek aan eetlust, hitte aanvallen en gewichtsverlies.

Naast tolerantie en ontwenning is er een lichamelijke reactie die craving wordt genoemd. Craving komt voor bij mensen die al enige tijd abstinente zijn voor een bepaald middel, maar plots sterk de drang ervaren om te gebruiken. Het lichaam reageert door een bepaalde omgeving op lichte onthoudingsverschijnselen. Craving is deels de psychische afhankelijkheid van een middel. Het zijn voornamelijk de gedachten en de emotie die de zucht versterken. Een ander psychisch afhankelijkheid is het reduceren van emotie en somberheid. Het uitgangspunt om een middel te gebruiken richt zich op korte termijn prettiger functioneren.

Verslaving wordt omschreven als een ziekte waarin een persoon lichamelijke en/of geestelijk afhankelijk is van een bepaald middel. Er is sprake van een verslaving, als men zucht naar het middel of de gewoonte heeft en daardoor onbedwingbaar gebruikt. De ernst van een verslaving is vooral te zien in het gedrag van de persoon. Is de persoon voornamelijk gericht op het verkrijgen van het middel, ten koste van activiteiten, dan spreekt men van een ernstige verslaving. Wanneer een persoon het middel niet meer gebruikt, voelt het lichaam dat deze gewoonte/stof niet aanwezig is, wat leidt tot ernstige ontwenningverschijnselen. Een persoon die verslaafd is, laat vaak zijn activiteiten en verantwoordelijkheden zitten en is een groot deel van de dag bezig met het gebruik (Olivier, Wijdeveld & van de Wetering, 2009).

Vrijhedenbeleid FPC Dr. S. van Mesdag

Instroom		FASE 1		FASE 2		FASE 3		FASE 4	
- Nieuwe opnames worden altijd tot de eerste VCG (ca. 6 weken) in Fase 1 geplaatst. - Voor zijhetstromers (patiënten die vanuit een ander fpc in de Mesdag geplaatst worden), crisiscoronas (tenugralthm-curs) en overige titels beoordeelt het behandelteam in welke fase de patiënt geplaatst wordt.		Geïntegreermerken patiënt - Cedron aan zelfcontrole - Niet of overvloedige is fase eigen signalen te herkennen en/of aangestelde instrumenten toe te passen - Stiet afbreukelij van de structuur en de begeleiding van het behandelteam		Geïntegreermerken patiënt - Zichbare moet voor de behandeling - Ordonen met het verlgren van de zelfcontrole - Doet in fase eigen signalen te herkennen en/of aangestelde instrumenten toe te passen - Hoge mate van ondersteuning van het behandelteam		Geïntegreermerken patiënt - Tenmore eigen verantwoordelijkheid + positief gedrag - Er is sprake van zelfcontrole - In staat eigen signalen te herkennen en/of aangestelde instrumenten toe te passen - Behandelteam biedt doorgaan begeleiding en monitoring		Geïntegreermerken patiënt - Signaal van eigen behandeling - Groes mate van zelfverantwoordelijkheid en actieve verantwoordelijkheid - Zelfcontrole - Op eigen initiatief de zichzelf eigen gezamenlijke instrumenten toepassen	
Vrijheden	Vrijheden	Vrijheden		Vrijheden		Vrijheden		Vrijheden	
Bewegingsvrijheid overdag	Afgezien binnen het (behandel)programma worden begeleid (of begeleid) vanuit de unit	Afgezien binnen het (behandel)programma zijn onbegeleid, doelgericht en worden gecombineerd		Afgezien binnen het (behandel)programma zijn onbegeleid, doelgericht en worden gecombineerd		- Afgezien binnen het (behandel)programma zijn onbegeleid en controleerbaar op basis van afspraken met de locodienste - Beslissing over de afdelingspas		- Het (behandel)programma wordt op eigen initiatief gevolgd en niet tot gemene resultaten - Onbegeleid door het huis van uit- tot inleidingsgiden	
Bewegingsvrijheid avond (na 18.00u)		Tot 20.00u begeleidte deelname aan georganiseerde recreatieve activiteiten		Maatschappelijke twee keer per week bezoek (maatschappelijke drie uur per keer)		Bezoek in overleg met de ST		Als in fase 3	
Bezoek van buiten	Een keer per week maatschappelijke drie uur onbegeleid bezoek van geïntegreerde netwerkcontacten (regulier voor- en nabespreken)	Maatschappelijke twee keer per week bezoek (maatschappelijke drie uur per keer)		Bezoek in overleg met de ST		Onbegeleid door het huis van uit- tot inleidingsgiden		Als in fase 3	
Afbeeld/DAC	Afbeeld/DAC initiatief op de werkdagen, maar niet op de houte- en metawerkplaats	- Afbeeld/DAC op de werkdagen houte- en metawerkplaats zijn mogelijk, juni en coronadicties zijn mogelijk - Mogelijk individuele werkdag met direct toedre		Afbeeld/DAC een individuele werkdag met begeleiding (op afspraak) is mogelijk		Afbeeld/DAC alle werkdagen (ook zonder begeleiding) zijn mogelijk		Afbeeld/DAC alle werkdagen (ook zonder begeleiding) zijn mogelijk	
Wandelen	Begeleid (groep)wandelen minimaal één uur per dag op de eigen werkdag	Wandelen en recreëren overdag tot 17.00u op basis van locatie- en tijdspreek met de ST		Wandelen en recreëren in overleg met de ST		Wandelen en recreëren in overleg met de ST		Wandelen en recreëren naar eigen behoefte	
Winkel & bibliotheek	Maatschappelijke één keer per week (halen en brengen)	Op basis van tijdspreek binnen de reguliere openingstijden (onbegeleid)		Als in fase 2		Als in fase 2		Binnen de reguliere openingstijden	
Geschiedenis verzorging	Maatschappelijke één keer per week (halen en brengen)	Onbegeleid bezoek		Als in fase 2		Als in fase 2		Als in fase 2	
Inleiding kamer	Standaard (conform beleid), eigen TV/bedrukscherm is mogelijk in overleg met behandelteam	Standaard (conform beleid), eigen meubelschrijftafel, koelkast en klein huishoudelijk apparaat is mogelijk in overleg met behandelteam		Als in fase 2		Als in fase 2		Als in fase 2	
Extra								- Celruik internet met alle toegestane faciliteiten conform beleid (conformeerbaar) - Aanvraag computerapparatuur conform beleid	
Door- en Terugstroom - In de MDO of VCG wordt beoordeeld of een patiënt kan doortrinnen naar de volgende fase. De behandelcoördinator is eindverantwoordelijk. - Tenplaatsing in een eerdere fase wordt plaats wanneer beperkende maatregelen geen tot weinig effect hebben en/of wanneer de orde en veiligheid voor langere tijd in het gedrang komt. Dit besluit wordt genomen in een MDO, VCG, MDO of WVB. De behandelcoördinator of diens vervanger is eindverantwoordelijk.		Nieuw gedrag – Behandelresultaten De patiënt: - door zijn best het behandelprogramma te volgen - geeft o.a. openheid van zaken over vrienden en middelen - veroorzaakt geen alarmvrijdige incidenten - is in gesprek met het behandelteam - is aansprekbaar op zijn gedrag en volgt aanwijzingen op - heeft de verstandigheidsafstand afgevoerd, wat leidt tot een middelgebruik - komt met eigen behandelplannen en besprekt dit met het team - leert om te gaan met verantwoordelijkheden en maakt afspraken, die hij probeert na te komen		Nieuw gedrag – Behandelresultaten De patiënt: - volgt het behandelprogramma en toont onder andere meer met betrekking tot het signaleren- en middelen - heeft zich op zijn fundamen - komt geïntegreerd afspraken na - is aansprekbaar op zijn gedrag en volgt aanwijzingen op - veroorzaakt geen incidenten waarbij ingrijpen van de omgeving nodig is (veilig gedrag) - zet zich in om zijn dagprogramma (met ondersteuning) te volgen - veroorzaakt weinig ris met ongewenst gedrag, zoals handel		Nieuw gedrag – Behandelresultaten De patiënt: - geeft adequaat uitvoering aan zijn behandelprogramma (onder andere gebruik van het signaleringsplan, realiteits doen uit het middelenplan en vrienden richtbaar op orde) - stelt zijn gedrag ter discussie en stek zich hierin liend op - maakt een termijn in middelengebruik op eigen initiatief besprekbaar - veroorzaakt geen ris met ongewenst gedrag en/of hij neemt actief verantwoording voor de ris			

Als deze punten kunnen geen worden onbegeleid worden. De volgende niet van het vrijhedenbeleid te vinden in het eigen handboek.

WEEK: 33



Hoeveel drugs gebruikt

Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag



Programma gevolgd

Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag

Stappenplan Bart omgaan met drugs/financiën

- Bart moet zijn drugsschulden inzichtelijk maken/aflossen, dit kun je samen met het personeel doen of je moet wachten tot je uit beperkingen bent
- Bart maakt geen nieuwe schulden meer , wanneer dit toch gebeurt is en blijft het zijn eigen probleem en krijgt hij geen financiële ondersteuning meer van de afdeling
- Bart zal "zakgeld" ontvangen en moet gericht spullen gaan aanschaffen. Dit zal maximaal 6 euro zijn
- Bart houdt een kasboek bij, samen met zijn mentoren. Dit kasboek houd je dagelijks/wekelijks bij
- Als Bart weer positief is op het gebruik van drugs zal hij 14 dagen in beperkingen doorbrengen voordat hij een nieuwe UC mag doen
- Bart vraagt de hulp van het personeel (mentoren) bij last van zucht
- Bart verteld geen "zielige" verhalen om gebruik van drugs te verantwoorden
- Bart mag maandag 23 mei 2016 een UC inleveren, bij de eerst volgende positieve UC zullen er 14 dagen beperkingen volgen

Groningen 19 mei 2016

Bart

Fase 2

Betrokkene mag tijdens deze fase onbegeleid en doelgericht door de kliniek. Dit wil zeggen dat betrokkene onbegeleid mag naar de volgende zaken:

- Arbeid
- Therapie
- Patio
- Minisport (voetballen of wandelen)
- Kantine
- Winkel
- Bibliotheek
- Kerk

Betrokkene mag niet door de kliniek tijdens de volgende momenten:

- Arbeidsuren (van 8 tot 12) wanneer betrokkene niet naar de arbeid gaat.
- Eetmomenten
- Groepswandelen
- Groepsvergadering
- Groepsschoonmaak
- Overige groepsactiviteiten

Betrokkene heeft tijdens deze momenten twee opties, participeren of op zijn kamer verblijven.

Plan van aanpak om te stoppen met het gebruik van drugs:

- Ik wil de komende periode minderen/stoppen met het gebruik van drugs
- Ik bespreek mijn zucht naar drugs met mijn vertrouwenspersoon op Reitdiep 2 (mentor?)
- Ik bespreek mijn drugsgebruik/verlangens met mijn behandel coördinator van Reitdiep 2
- Ik ben open en eerlijk als het drugsgebruik betreft, ik ben transparant
- Ik werk mee aan urine controles
- Ik fungeer niet als dealer of loopjongen voor anderen die wel willen gebruiken
- Ik begrijp dat stoppen met drugs belangrijk is voor mijn voortgang
- Ik begrijp dat het gebruik van drugs schadelijk is voor mezelf en mijn behandeling
- Ik wil graag op een vaste dag een UC

Bijlage F: Woordelijke transcriptie interview

Sandra: Alvast bedankt dat je wilt meewerken aan dit interview. In het onderzoek wordt de patiënt Bart genoemd. Het onderzoek gaat over de CRA, daar heb ik al in vertelt door middel van literatuurstudie welke onderzoeken omtrent CRA er zijn in het buitenland en in Nederland, dat er sinds kort met deze methode wordt gewerkt in de kliniek. In de kliniek wordt gemeten hoe er al met CRA wordt gewerkt en of dit effectief is. Ik ben onderdeel van dit grote onderzoek. Door middel van een meting, ga ik kijken hoe effectief de CRA individueel werkt. Daar leek Bart mij een goede patiënt voor. Omdat jullie gezamenlijk bezig zijn met het doel en wij veel over dit onderzoek hebben gesproken, wilde ik dit interview startten. Het is mij nog onduidelijk hoeveel kennis Bart heeft over de CRA. Daar is mijn eerste vraag ook over, weet hij wat de CRA inhoudt, kan hij alles begrijpen met zijn verstandelijke beperking?

Aafke: Het is met zijn verstandelijke beperking voor hem heel lastig om echt de doelen van CRA in de methodiek te begrijpen. Dus ik heb met hem ook niet volgens het normale stappenplan gewerkt. Ik ben eerst gaan kijken, waar komt Bart vandaan? Hij komt uit een regiem en is ook niet anders gewend vanuit zijn opvoeding alleen maar straf te krijgen op verkeerd gedrag. Dat betekent in de kliniek als je kijkt naar de regels dat Bart alleen maar in beperkingen zit bij het verkeerde gedrag. Hij heeft op die manier nog nooit geleerd om een doel te stellen en dit te halen. Dus ik heb er bewust voor gekozen om eerst die beperkingen eraf te halen en eens te kijken, kun je op die manier werken op een basis van vertrouwen. En daarbij is het nodig dat je afspraken maakt want anders kun je het vertrouwen niet waarborgen. Dus zo zijn we begonnen.

Sandra: Ja. Dus als ik je goed begrijp, dan wordt hij niet meer in beperkingen gezet voor positieve score op UC, maar moet wel op zijn kamer als hij geblowd had.

Aafke: Dat is een van de afspraken ja.

Sandra: En wat zijn de andere afspraken?

Aafke: Hij heeft in totaal vijf afspraken. De eerste is dat hij stopt met dealen. We zijn begonnen met één afspraak per week, dus in de loop van de weken hebben we meerdere afspraken gemaakt. Die afspraken worden getoetst. En op basis van het toetsen kon hij laten zien dat hij betrouwbaar was.

Sandra: Hoe wordt dat getoetst dan?

Aafke: Door te vragen, we gaan de afsprakenkaart, heb ik intussen vanwege zijn verstandelijke beperking in pictokaart gezet. En hij wil laten zien dat hij het waard is. Ook ik wil aan hem laten zien dat ik betrouwbaar ben en dat ik niet in beperkingen zet. Het ging niet altijd goed, maar wat het opleverde is dat hij eerlijker werd, het volgde immers geen straf meer.

Sandra: Nee, oké en daardoor werd het voor hem betrouwbaarder.

Aafke: Ja. Hij werd eerlijker alleen hij kon nog niet zijn voordelen opgeven. Dat waren als ik heb gebruikt en ik ben wel op de groep vind ik dat gezellig want dan ben ik heel leuk. Hij kon niet geloven dat hij voor anderen niet leuk was. Dus dat koste hem wel wat, en het lastige daarmee is voor hem dat hij in het begin geen voordelen ondervindt van gedragsveranderingen.

Sandra: Maar jullie zien het wel? Zie jij dat bijvoorbeeld wel?

Aafke: Ja, Maar hij nu ook wel omdat hij vooruit wil. Bart zijn grootste doel was verlof krijgen en dat is nu aangevraagd.

Sandra: Oké, en waarom is dat nu aangevraagd? Wat heeft hij daarvoor gedaan?

Aafke: Zich houden aan die afspraken, hij heeft geen incidenten, naja twee kleine incidenten veroorzaakt. Hij is niet in de separeer geweest. Hij heeft zich echt ingezet om te laten zien dat hij het waard is en dat wordt dan beloond door de verlofaanvraag.

Sandra: En wanneer zag Bart nu in dat hij bijvoorbeeld niet gezellig is als hij geblowd heeft op de groep?

Aafke: Dat ziet hij niet in, hij heeft, ook wel onderdeel van zijn problematiek dat hij niet goed inzicht heeft in zichzelf. Dus dat is een vervolgafspraken als je gebruikt heb ga je drie uur in je eigen ruimte zitten. En door de betrouwbaarheid houdt hij zich aan de afspraak.

Sandra: Ja, dus dat zijn wel stappen die hij onderneemt, niet heel bewust.

Aafke: Het wordt een structuur op het moment dat jij bij overtredingen hem aanspreekt maar je straft niet. Dan is er een conflict maar uiteindelijk kiest Bart wel voor de afspraak. Omdat hij wist dat wanneer hij zich niet aan de afspraak houdt, dat betekent dat wij de afspraak niet geldig kunnen maken en dan moeten we die schrappen. Dan kunnen we dus geen afspraken in stand houden, en als er geen afspraak is dan kunnen we ook niet CRA doelen eigen maken. Dat snapt Bart heel goed, het kost hem dus iets.

Sandra: En dit zijn dan ook de interventies die hij gebruikt. Mijn volgende vraag sluit hier goed bij aan welke interventies zijn er gebruikt bij Bart ten aanzien van zijn verslaving of zijn dagindeling?

Aafke: Zijn verslaving is een cirkel, het heeft een rede, hij gebruikt niet voor niets. Zijn verslaving is bij Bart als zo fors dat het gewoontegebruik ook al heel erg op de voorgrond treedt. Dit betekent dat je in eerste instantie al duidelijk moet maken wat is de rede dat je nu gebruikt, was dat stress? Die stress ontstond weer door geld gebrek en schulden. Schulden heb je omdat je geen geld hebt omdat je niet werkt. Dus het was een visuele cirkel, het hebben van een goede dagbesteding is onlosmakelijk verbonden met het inkomen financieren van drugs. Met andere woorden ik omschrijf het vaak als hoe zorgde dat je onafhankelijk raakt van andere mensen.

Sandra: Dus dat was iedere keer een cirkeltje, wat is er nu gebeurd dat het cirkeltje minder groot is of veranderd?

Aafke: We hebben eigenlijk vanaf het moment dat hij kwam tot nu gewerkt met die afspraken met als doel vertrouwen wederzijds en een behandelrelatie opbouwen. Ook hebben we beide na elkaar uitgesproken dat de afspraken nu staan. Dat betekent dat we eigenlijk nu pas concreet verder gaan.

Sandra: Nu pas wordt er pas echt een interventie ingezet om de rest van gedrag te veranderen?

Aafke: De voorbereidende interventies waren dus de afspraak kaarten en de drugskalender. Want die drugskalender had tot nu toe het doel dat het overzichtelijk maakt wat zijn gebruik is. Eigenlijk ook een soort van nulmeting waar sta je nu, wat is je gebruik? Het vergt van hem een openheid, ik ga niet meer liegen maar ga eerlijk zijn. Dat was voor mij ook lastig want dat betekent dat ik weet iemand gaat nu blowen.

Sandra: Terwijl je dat gedrag eigenlijk niet wil zien, dat snap ik. Dan zijn nu de volgende stappen die worden gedaan, wat je voor het gesprek vertelt hebt uitbreiding van werken bij het DAC?

Aafke: Ja, we gaan eigenlijk nu pas aan de slag. Hij heeft kunnen oefenen met de afspraken met de kalender en met een aanbod van dagbesteding. De interne prikkel is onvoldoende, want de prikkel is nu alleen maar geld om mijn drugs te betalen. Het zal naïef zij om te denken dat je dat kunt laten verdwijnen. Dat betekent dat je aan de andere kant moet bouwen aan andere beloningen die hem ook zoveel opleveren dat de prikkel voor drugsgebruik minder wordt.

Dit is ook echt het CRA werken, maar vanuit een heel groot voorbereidend traject. De komende kalenders worden kortere doelen gesteld en we gaan dus nu bezig met beloningen. We gaan bezig om te kijken wat is voor jou een beloning, wat voelt voor jou als beloning. Tegelijkertijd kijken we ook naar lange termijn.

Sandra: Ja, dan sluit het inderdaad heel goed aan dat hij als beloning pannenkoeken krijgt of meer kan werken op het DAC en minder gebruikt. Wat er ook voor zorgt dat het de timing voor de PAL goed is en ga onderzoeken waar de interesse is bij hem.

Aafke: Ja dat klopt.

Sandra: Wat is volgens jou de beste omgang met Bart?

Aafke: Ik vind niet alleen specifiek voor hem dat je de autonomie van persoon heel erg voorop moet staan. Daarin moet je kijken naar wat is het niveau? wat is de sociale achtergrond? en wat is je eigen kernovertuiging? Met andere woorden je moet je dus eigenlijk gewoon heel erg plaatsen in de situaties en de sociale vaardigheden van de patiënt. Daar moet je ergens een aansluiting in vinden. Als je volgens je eigen kernovertuigingen iemand zijn doelen interpreteert dat betekent dat je veel hogere eisen stelt.

Dit kan bijvoorbeeld zijn in een vorm dat je een veel kortere tijd aan een doel stelt of dat je er automatisch vanuit gaat dat hij zich aan de afspraken houdt. Je zult je dus helemaal moeten aanpassen aan het niveau van de patiënt.

Sandra: Dus wat je bedoeld, is echt aansluiten bij wat de patiënt zegt en doet. Waar zit je en hem dat ook laten uitspreken? Dus als ik straks de PAL zal doornemen met hem dat ik het echt op zijn manier laat uitpraten.

Aafke: Je zult hele gesloten vragen moeten stellen en het hem laten herhalen. Dus als je concludeert, dat je dit nogmaals herhaald.

Sandra: En dat werkt voor Bart het beste dan?

Aafke: Ja, omdat hij het heel moeilijk vindt om eigenaar te zijn van zijn probleem.

Sandra: Dus Bart wil zijn problemen wegschuiven?

Aafke: Ja, je krijgt ook regelmatig te horen "maar ja jij zei dat ik dat moest doen".

Sandra: Oké en het is juist belangrijk dat hij zijn afspraken en dingen eigen maakt.

Aafke: Maar dat mag je nog niet verwachten, dat komt vanzelf.

Sandra: Dat hij er mee bezig is, is al het begin.

Aafke: Het inzicht heeft hij namelijk wel, want dat zegt hij vaak in een moment dat iets niet is gelukt of dat hij boos is, hij komt er altijd op terug.

Sandra: Ja, dat heb ik ook wel gemerkt dat bij situaties er mee terug komt, en als hij echt goed is gewoon zijn excuus kan aanbieden.

Aafke: Dat is een bewijs dat hij zich wil inzetten om de behandelrelatie goed te houden.

Sandra: De volgende vraag is iets wat we al behandeld hebben, misschien heb je nog toevoegingen. Wat zijn de positieve ontwikkelingen van Bart, sinds de CRA is toegepast bij hem?

Aafke: Openheid, eerlijkheid, ja een begin maken met een inzet. Ik zeg het een beetje voorzichtig. We kunnen namelijk niet verwachten dat hij intern al heel gemotiveerd is. Dat is het niet. Hij heeft dus in het begin heel veel geprobeerd om uitzonderingen te maken op de afspraken. Daarin moet je geheel consequent zijn als sociotherapeut. Je vertelt hem "nee, dit is een afspraak ook van jou, ik ben betrouwbaar, jij nu niet. Wat ga je daaraan doen"? Heel belangrijk, je moet daarin als sociotherapeut heel zwart wit zijn. Vooral ook bij licht verstandelijke beperkten, geen uitzonderingen dit is hoe het is en zo gaan we het doen.

Sandra: Dat heeft nu wel tot een positief effect geleid?

Aafke: Ja, want in het begin probeerde hij inderdaad allemaal via sluipweggetjes eronder uit te komen. Toen heb ik heel duidelijk gemaakt, dan hebben we dus geen afspraak, want dan betekent het niks voor jou?

Sandra: En hoe reageerde hij daar dan op?

Aafke: Eerst afwijzend, met een opmerking whatever, het is toch niet van mij. Later komt hij erop terug, en geeft aan dat wil ik eigenlijk ook niet. Ik wil mij wel aan de afspraken houden. En dat is een proces dat gaat heel lang duren. Het moet hem namelijk een gevoel van waarde geven, als in wat je kunt verliezen, en dat is het nog niet voor Bart.

Sandra: Nee, hij heeft nog niet echt een idee dat hij iets kan verliezen.

Aafke: Hij maakt nu juist winst op bepaalde vlakken. Ik heb het direct hoog neergezet van "ik ga je nu niet in beperkingen zetten, als jij je houdt aan de afspraken dan houd ik mij aan deze afspraken. Dat is een zakelijke samenwerking, jij hebt dat stuk ik heb dit stuk. Als jij je daaraan houdt, houd ik mij daaraan".

Sandra: En houdt hij zich nog steeds aan de afspraken?

Aafke: Ja, hoor maar dat gaat niet altijd goed, hij moet het echt gewoon leren. Maar bij Bart moet je altijd één onderwerp per gesprek houden. Normaal bespreken we wij in een weekgesprek al zijn kaarten, die leggen we naast elkaar op tafel. Waarop ik vraag hoe is het gegaan? En dan is hij eerlijk.

Sandra: Dus dan is hij ook open over zijn gebruik.

Aafke: Ik beloon de eerlijkheid, ook daar waar het fout gaat. Ik vraag er wel op door en vraag hoe kijk je er na en wat kun je beloven voor de volgende week? Dat betekent dat hij bewustwording creëert met het idee "ik word gezien want ik kan er niet onderuit, dus ik moet verbeteren".

Sandra: En je wordt niet gestraft?

Aafke: Klopt, je wordt niet gestraft als het niet lukt.

Sandra: Nee, dat is natuurlijk nu ook een hele positieve ontwikkeling voor hem omdat hij verder kan kijken. Ik ga door naar de volgende vraag: Heeft Bart ook positieve netwerkleden in zijn omgeving die hem kunnen helpen in zijn behandeling?

Aafke: Nu nog niet, ik denk dat dat pas komt op het moment dat hij zelf onafhankelijk wordt van zijn netwerk, financieel gezien.

Sandra: Daar zit hij nu heel erg in vast geklemd?

Aafke: Zijn familie wil natuurlijk wel dat hij stopt met blowen, alleen zijn familie voorziet hem anderzijds ook in de drugs.

Sandra: Ja, dan is het inderdaad lastig.

Aafke: Op het moment dat die afhankelijkheid er niet meer is dan zouden ze veel acuter en concreter kunnen zeggen op deze manier willen we er voor je zijn.

Sandra: Ja dat snap ik, en hoe zit het met de netwerkliden hier in de kliniek, andere patiënten bijvoorbeeld?

Aafke: Nee daar moet echt nog een start mee worden gemaakt en dat moet vanuit zichzelf komen. Dat begint ook met eerlijkheid. Hij heeft bijvoorbeeld toen zijn moeder kort geleden voor het eerst op bezoek kwam, al zijn kalenders en de afspraakkaarten weggehaald van zijn kamer, omdat hij bang was dat zijn moeder hem zou afwijzen. Op het moment dat moeder er was heeft hij besloten eerlijk te zijn over zijn drugsgebruik. Hij heeft er dus wel voor gekozen om het te zeggen en hij heeft alles aan haar laten zien. Uiteindelijk was ze super trots op hem. Op dat moment is een netwerkcontact steunend en bouwt Bart een nieuwe herinnering op. Maar het is zo complex dat je het in elke stap moet begeleiden.

Sandra: Die openheid die bij Bart naar boven komt is een ontwikkeling voor straks. Dus dat is iets waar hij later in moet groeien. Dan heb ik voor mijn onderzoek vier netwerkliden nodig. Dan worden wij, gezien als sociotherapeuten, die veel in contact met hem zijn en ook goed contact met Bart hebben. Wie zou je daarvoor kiezen of mij aan willen bevelen?

Aafke: Misschien zou het leuk zijn om ook iemand van het werkt te vragen.

Sandra: Ja of die hem vaak ziet

Aafke: Bijvoorbeeld van inpak en montage.

Sandra: Want het gaat om de dagbesteding, hoe hij deze besteedt, hoe vaak hij naar het werk gaat. En dan bij inpak montage zou ik iemand vragen of kan het Jelmer ook kunnen zijn?

Aafke: Jelmer werkt bij het DAC dus zou ik dat niet doen, maar alhoewel je ook zou kunnen zeggen ik doe Jelmer wel als voorbereiden dat Bart naar het DAC zou kunnen.

Sandra: Ja klopt, Jelmer zit hier ook op de afdeling.

Aafke: Ja, dan bereid je hem in die zin voor en Jelmer kent hem van hier, dus dat is nog niet eens zo heel raar. Dan zou ik daarnaast iemand doen van inpak en montage, Jelmer van het DAC en je kan Jessie of Janneke een andere discipline. Het is natuurlijk zijn Behandel Coördinator (BC).

Sandra: Ik heb het formulier hier ook bij mij. Ik heb nu drie vragen voorgesteld en dat gaat over: hoe vaak gaat hij naar werk, heeft hij zich ziekgemeld. Waarin de vraag in een schaalvorm wordt gesteld van 1-10, waarin 1 betekent dat hij zich niet heeft ziekgemeld en 10 is dat hij zich alleen maar heeft ziekgemeld. Naast deze vraag is ook de aanwezigheid van zijn therapie een vraag, waar hetzelfde voor geldt. En verder zit ik na te denken over een vraag hoe vult Bart zijn tijd in, pro-sociaal. Uiteindelijk wil ik voor de scorelijst zes

vragen hebben. De eerste meting vindt plaats voor dat ik de PAL heb ingevuld met hem. Hiervoor worden de vier netwerkliden en ook Bart zelf gevraagd om te scoren. Na zeven weken vraag ik diezelfde netwerkliden en doe ik weer een gesprek met Bart en dan kijken of hij zijn dagindeling beter ziet en of er nog andere mogelijkheden zijn.

Aafke: oké, ik weet niet of Janneke dan zo geschikt is, omdat die er natuurlijk verder vanaf staat dan de sociotherapeuten. Ik weet niet of het per se de mentoren moeten zijn.

Sandra: Nee dat hoeft niet. Het gaat er juist om wie goed in contact met Bart is en er met enige regelmaat is om te scoren. Zoals Thomas en kas zijn hier bijvoorbeeld niet regelmatig.

Aafke: Dus dan zou het Wijbe of Zwaan worden, er is niet zoveel aanbod op het moment.

Sandra: Nee op dit moment niet he. Ik kan ook niet garanderen dat ze er het gehele onderzoek aanwezig zijn. Ik neem in ieder geval mee dat ik inpak en montage zal vragen om ook een gelijksoortig scorelijst laat invullen.

Aafke: Dat is wel goed, want kijk we hebben natuurlijk ook veel te weinig contact, je hebt het risico dat, attente roepen altijd iets op. In de werkzaal worden natuurlijk hele andere doelen gesteld dan iemand die hier aan zijn doelen werkt. Terwijl het natuurlijk wel gewoon de bedoeling is dat je dat gewoon uniform hebt. Femme een medewerker van de werkzaal die probeert dat heel erg, die vraagt er ook altijd wel om, die snapt dat je daarin niet moet pushen en dat er in overleg heel veel mogelijk is. Als Femme maar begrijpt wat zijn doelen en waar is Bart mee bezig.

Sandra: Ja, maar dat wil ik dan wel met hem oppakken. Ik wil hem wel uitleggen waar ik mee bezig ben en dat ik voor het scoren wel langs kom met de lijst. Het lijkt mij wel een goede kandidaat om een beter beeld te ontvangen van de dagindeling van Bart. Wat ik verder dan wil vragen over de CRA heeft Bart de PAL al eens doorgenomen?

Aafke: Ik heb daar met hem nog nooit naar gekeken bewust.

Sandra: Nou dan is het voor mij helemaal mooi om dit met hem door te nemen en dat hij dit niet ziet van dit heb ik al gedaan. Hoe kan het bij Bart op de juiste wijze worden toegepast zodat het ook op zijn niveau?

Aafke: Dan zou je moeten kijken naar bepaalde. Het is bijvoorbeeld belangrijk dat hij nuchter is voor het gesprek. Hij moet er ook even echt voor willen zitten, want meestal is hij of moe of hij heeft heel veel zucht of hij heeft de aandachtboog heel kort. Je moet duidelijk uitleggen wat je gaat doen in korte heldere zinnen. Dus wat je van hem verwacht. Geef altijd een soort en met agenda voor het gesprek.

Sandra: Oké dat hij weet wat hij in het gesprek kan verwachten?

Aafke: Ja, zodat hij weet wat gaan we doen in het gesprek. Vervolgens zou ik het altijd wel even laten zien wat je wilt doen.

Sandra: Je bedoeld het PAL schema?

Aafke: Ja je kan het laten zien maar je kunt ook zeggen dit is hoe het er officieel uit ziet. Bijvoorbeeld ik wil het graag zo met je aan pakken en dan ga je uitleggen hoe je het wilt, en vraagt na wat vind je er van? en heb je nog andere ideeën. Je geeft hem dus heel veel autonomie en inspraken maar je bent wel duidelijk. Duidelijk in wat je verwacht en stuurt waar nodig bij, als je de indruk krijgt van hij begrijpt het op een verkeerde manier, dan leg je uit ik hoor dat je dit zegt dat is de bedoeling.

Sandra: Heel erg herhalen wat je zegt bedoel je?

Aafke: Niet per se maar je moet hem wel zoveel mogelijk laten uitspreken dat hij de dingen zegt. Als je met hem die lijst gaat maken, zou ik gewoon ergens beginnen en een soort voorbeeld maakt.

Sandra: Ja

Aafke: Van nou dit is de bedoeling snap je hoe het werkt, vind je het leuk, en zullen we er nog eens even eentje bij pakken, en zo bouw je uit en het kan best zijn dat je dat briefje in vijf keer doet, dat maakt niet uit.

Sandra: Ik moet denk ik gewoon even kijken hoe zijn concentratie is en het echt vertellen in voorbeelden.

Aafke: Maar niet uitbreiden, gewoon kort en ik zou gewoon beginnen met één. De afweer in dingen bestaat voornamelijk bij hem van ik snap het niet.

Sandra: Oké, dat is wel belangrijk om te weten.

Aafke: Van ik snap het niet, dus ik vind het stom, dit heeft geen zin, ik leer er niks van en wil dit niet. Dus als die ene goed gaat complimenteren, wat doe je dit slim, wat knap, zullen we eens kijken of we er nog eentje kunnen doen. Zo ga je gewoon de punten bij langs.

Sandra: Ja oké, want ik dacht zelf ook dat ik het wel kon aanpakken door te vragen van heb je vroeger weleens gesport welke sporten heb je gedaan, wat lijkt je leuk?

Aafke: Ja kan ook, zullen we daar eens bij beginnen, bij sport, dan kijk je naar de prestatie. Dan doe je eerst één en dan zeg je van begrijp je het en vind je het leuk? Ik vind dat je het goed doet. Dus complimenteren en vanuit de ik-vorm praten. Na het compliment vragen of Bart er nog eentje doen of vragen hoe zullen we het verder doen? Misschien stelt hij zelf voor om nog eentje te doen en zo bouw je het op. Er is altijd een samenspel, maar dat werkt met alle patiënten.

Sandra: Oké, hier kan ik wel wat mee, ik denk dat ik er gewoon voor moet gaan zitten met hem en dat ik dan kijk hoe het loopt.

Aafke: Zorg dat je het echt leuk hebt met elkaar want dat is wel zijn niveau.

Sandra: Ja, oké. Dan ga ik het zo proberen aan te pakken. Daarnaast heb ik nog een vraag, wat voor therapie heeft Bart gevolgd en welke is nog actueel?

Aafke: Goede vraag ik weet uit mijn hoofd niet welke therapie hij allemaal heeft gevolgd. Hij heeft de Vers training aangeboden gekregen en die heeft hij niet afgemaakt. Ook dat is waarschijnlijk omdat hij het te moeilijk vindt, wat dan heeft hij huiswerk en daar begrijpt hij volgens mij helemaal niks van. Daar heb ik ook eerst geen aandacht aan besteed, dat is gewoon niet afgerond. Daarnaast heeft hij individuele gesprekken met Tini Halberman maar hij vertrouwd die persoon niet meer dus dat is ook gestopt. Dat moet nog verder opgepakt worden met iemand anders. En op dit moment volgt Bart neurofeedback.

Sandra: Dat doet hij nog wel en vind hij het leuk?

Aafke: Nee, niet altijd, leuk is voor hem geen prikkel, geld is voor hem een prikkel. Hij heeft geld nodig om mijn drugs te kunnen betalen, dat speelt in zijn hersenen. Geld en drugs dat is zijn overlevingsstrategie, meer is er niet. Hij is al zo verslaafd dat is een hele

koker, meer is er niet. Dus daar moet je je ook niet in vergissen. Voor neurofeedback krijg je vijftig euro als de therapie is afgerond, dus dat ga ik afmaken denkt Bart.

Sandra: Ja oké, dat is dan wel iets, en jij zei net ook naar aanleiding van het gesprek dat je vandaag hebt gehad hij graag muziektherapie wil gaan volgen.

Aafke: Ja dat zou hij wel willen en ik zie hem daar ook graag naar toe gaan, maar goed daarvoor zal wel een wachtrij zijn.

Sandra: En heeft hij ook ooit psychomotorisch therapie gehad?

Aafke: Volgens mij wel, maar dat durf ik niet met zekerheid te zeggen dan moeten we even in zijn behandelkaart kijken.

Sandra: Want dat lijkt ook iets wat veel in de praktijk is.

Aafke: Je kunt trouwens in user daar heb je behandelkaarten, daar kun je zien wat hij gevolgd heeft.

Sandra: Oké, ga ik even goed kijken op user. Maar op dit moment volgt hij eigenlijk alleen maar neurofeedback als therapie.

Aafke: Nee maar goed als je elke dag blowt en je mag de unit niet af als je stoned bent, dan kan je niet zoveel.

Sandra: Nee dat is zeker waar. Verder had ik nog een vraag over zijn kasboek want is daar ontwikkeling in en hoe werkt dat bij hem?

Aafke: Nee, nog niet, dat hebben we wel geprobeerd, maar hij zit nog zo erg in de schulden en haalt bij verschillende mensen zonder onderlinge transacties geld, dat we op een gegeven moment weer de kluts kwijt waren. Zwaan deed dit met hem en iedereen ging zich er mee bemoeien. Toen dachten we gaan we hier heisa van maken, nee.

Sandra: Dus dat is nu ook niet een stap voor hem?

Aafke: Maar als hij op verlof gaat dan moet hij een kasboek bijhouden, dus ik denk vlieg het nu anders aan we gaan eerst zorgen dat er geld komt. Dus er moet een dag-structuur komen en minder blowen

Sandra: Ja oké dat klopt inderdaad, dat is iets dat een stap moet worden voor zijn behandeling.

Aafke: Ja het kasboek dat is iets dat weet hij ook, daar gaan we dan ook wel mee bezig.

Sandra: Heb je verder geldafspraken, dat hij niet geld op mag nemen of anders?

Aafke: Nee als het op is dan is het op.

Sandra: Dus je zegt eigenlijk daar is hij gewoon heel vrij in?

Aafke: Ja maar ik heb dat helemaal losgelaten, ik ben zelf sowieso niet iemand van de financiën, zwaan doet het altijd, maar zwaan doet het altijd wel heel strikt. Zodra iedereen zich er mee gaat bemoeien dan doet ze het niet meer. En dat was wel het geval, omdat hij bij iedereen ging proberen.

Sandra: Ja oké, mag hij wel geld lenen?

Aafke: Wat ik wel altijd doe is dat ik andere patiënten op het hart bind, leen deze jongen geen geld, want hij kan niets terugbetalen.

Sandra: Nee oké dat vind ik wel goed en geld lenen mag hij niet vanuit de unit?

Aafke: Nee. Maar wel onderling dat gebeurt, dus ik bevroeg hem daarin iets meer over. Ik vraag af en toe hoeveel schuld heb je nog lopen? Hij lost vaak de ene schuld op met een andere schuld op, dus ja daar komt hij nu helemaal niet uit. Ik vind het heel wat dat hij nu beseft ik moet werken want ik moet de vijftiende geld hebben.

Sandra: Ja dat is zijn niveau dan ook wel weer.

Aafke: Daarom is het belangrijk dat je je eigen kernovertuigingen even loslaat en dat je kijkt waar zit deze jongen.

Sandra: Ja hoe hij handelt, doet hij niet voor niets. Ik denk dat ik alles wel heb doorgenomen wat ik wil weten voor het onderzoek. Even een korte samenvatting. Dan kan ik beschrijven in het onderzoek welke therapie hij heeft gedaan en op welke wijze de CRA bij deze jongen wordt toegepast. Ook het leefgebied van financiën, maar dat deze nog niet in ontwikkeling is, op welke manier het onderzoek met Bart het beste kan aanpakken heb ik nu ook advies over gekregen. Wat hij nu ook heeft gedaan, want ik wist van de stappenplannen en de kalenders, maar het is nu wel duidelijker in beeld gekomen. Ik zal volgende week de netwerkliden benaderen, kijken welke netwerkliden zich open stellen voor het onderzoek.