

Mei
2014



IRISZORG

“Ik stop er mee, ik ga weg...”

Over het voortijdig uitvallen uit de
behandeling in de Jeugdkliniek in Tiel

Studenten maatschappelijk werk en dienstverlening:

Jasmijn Kostelijk (M4D, 100952) & Marjolein Luyken (M4T, 090100)

IrisZorg:

Floor Bakker (werkveldbegeleider)
&
Annette Dunkerbeck (opdrachtgever)

Christelijke Hogeschool Ede

Jaap de Jong (afstudeerbegeleider)
&
Chris Stroo (eerste beoordelaar)



Voorwoord

Ter afsluiting van onze opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede voeren wij een praktijkgericht afstudeeronderzoek uit. Naar aanleiding daarvan onderzoeken wij de oorzaak van voortijdige uitval bij de Jeugdkliniek van IrisZorg.

Wij voeren dit onderzoek in een tweetal uit. Samen met IrisZorg zijn wij een samenwerkingsverband aangegaan, om dit product tot stand te brengen.

Ten aanzien van ons afstuderen bedanken wij een aantal personen voor hun inzet en coaching bij het uitvoeren van dit onderzoek:

- Mevrouw L. van der Pol van de Christelijke Hogeschool Ede, coach bij het opstellen van het plan van aanpak van dit afstudeeronderzoek.
- De heer J. de Jong van de Christelijke Hogeschool Ede, afstudeerbegeleider.
- Mevrouw A. Dunkerbeck, manager bij de Jeugdkliniek van IrisZorg en opdrachtgever van dit afstudeeronderzoek.
- Mevrouw F. Bakker, psycholoog bij de Jeugdkliniek van IrisZorg en werkveldbegeleider gedurende het afstudeeronderzoek.
- De heer H. Roozen, expert op het gebied van de ACRA in Nederland.
- De medewerkers van IrisZorg, jongeren die in behandeling zijn of waren bij IrisZorg en hulpbronnen die wij mochten inschakelen als respondent, vraagbaak of die op een andere manier een actieve rol bij hadden bij de totstandkoming van dit onderzoek product.

Hartelijk bedankt voor jullie coaching, feedback en medewerking.

Jasmijn Kostelijk & Marjolein Luyken

Samenvatting

In het kader van ons afstuderen deden wij een afstudeeronderzoek bij de Jeugdkliniek van IrisZorg in Tiel. Wij onderzochten de vraag:

Welke factoren dragen bij aan het besluit van jongeren tussen 12 en 23 jaar met verslavingsproblematiek, die zijn opgenomen in de jeugdkliniek van IrisZorg en die behandeld worden volgens de ACRA methode, om de behandeling af te ronden of om de behandeling voortijdig te verlaten?

Om deze vraag te beantwoorden deden wij in eerste instantie een literatuurstudie naar de ontwikkelingstaken en fasen van jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar. Wij keken ook naar gedragspatronen die jongeren met verslavingsproblematiek laten zien. Daarnaast hebben wij de ACRA methode nader bekeken en zochten wij naar wat er al bekend is over voortijdige uitval.

Om een antwoord te vinden op de vraag gingen wij in gesprek met vier medewerkers en tien jongeren. Wij vroegen de medewerkers welke oorzaken zij zien voor het besluit van jongeren om de behandeling voortijdig te verlaten of af te ronden. Daarnaast vroegen wij de jongeren welke redenen zij hebben om de behandeling voortijdig te verlaten of de behandeling af te ronden. Hieruit bleek dat jongeren vaak zelf de troef in handen hebben om de behandeling te laten slagen. Het ligt voornamelijk aan hun houding en motivatie. Een ander belangrijk aspect in het kader van voortijdige uitval zijn de belangrijke anderen, het netwerk van de jongeren. Dit netwerk kan heel erg stimulerend zijn, maar wordt evengoed als belemmerend ervaren.

De factoren die de medewerkers zien, zijn naast de houding van de jongeren ook de aansluiting van de medewerkers zelf. Daarnaast is de veiligheid in de groep een belangrijk aspect dat belemmerend kan werken in de behandeling. De medewerkers zeggen dat de regels in de kliniek ook een belemmering vormen in de behandeling.

De jongeren beamen dat de regels een belangrijk belemmerend aspect is in de behandeling. Een aantal jongeren missen de vrijheid en wilden de behandeling daardoor verlaten. De manier waarop de medewerkers met de jongeren omgaan en hoe zij aansluiten bij de jongeren is tevens een belangrijke factor die kan bijdragen aan voortijdige uitval.

Vanuit de literatuur worden een aantal van deze factoren bevestigd. Uit de literatuur blijkt dat de motivatie een bepalende factor is in het wel of niet afronden van de behandeling. Daarnaast is de drang naar vrijheid volgens onderzoek een belangrijk aspect. Tevens worden de aandacht en betrokkenheid van de hulpverlener als belangrijke aspecten genoemd in de literatuur. Dit kan samenhangen met de aansluiting van de medewerkers bij de jongeren.

Op basis van de conclusies doen wij een aantal aanbevelingen. Op de houding van de jongeren oefenen wij geen invloed uit. De houding van de medewerkers kunnen wij wel onder de aandacht brengen. Wij bevelen een goede aansluiting bij de behoeften van de jongeren aan. Dit houdt in dat er gekeken wordt naar een invulling van de 'lege' behandelblokken die de jongeren soms hebben. Dit kan ingevuld worden door vrijwilligers of door middel van externe dagbesteding. Dit aspect vraagt om nader onderzoek om de haalbaarheid te waarborgen. Naast de aansluiting van de behandelblokken, is ook de aandacht op de groep een belangrijk aspect. De jongeren zien graag dat de medewerkers meer op de groep staan.

Een tweede aanbeveling is het bespreekbaar maken van de visie van de medewerkers in de kliniek. De medewerkers geven aan dat het belangrijk om duidelijk te zijn naar de jongeren. Volgens de jongeren is hier nog wel wat op aan te merken. Vandaar ons advies om met elkaar in gesprek te gaan. Niet alleen om de visie helder te krijgen, maar ook om te kijken waar de onduidelijkheid vandaan komt bij de jongeren.

Voor de uitgebreide analyse van de resultaten zijn hoofdstuk vier en vijf geschreven. In hoofdstuk zes worden de conclusies en de aanbevelingen uitgebreid beschreven.

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting.....	4
Leeswijzer	10
1. Achtergrondinformatie en voorbereiding onderzoek.....	12
1.1. Context en achtergrond van het project.....	12
1.2. Aanleiding opdracht.....	12
1.3. Vraagstelling.....	13
1.3.1. Richtinggevende deelvragen	13
1.4 Verantwoording van de werkwijze en beschrijving van de onderzoeksmethoden	14
1.4.1. Type onderzoek.....	14
1.4.2. Onderzoeksmethoden	14
1.5 Doelstelling en doelgroep.....	20
1.6. Samenvatting.....	21
2. Ontwikkeling en gedragspatronen bij jongeren	22
2.1. Welke ontwikkelingsfasen en taken horen bij jongeren tussen 12 en 23 jaar?	22
2.1.1. Fysiologische ontwikkeling.....	22
2.1.2. Cognitieve ontwikkeling	23
2.1.3. Persoonlijkheidsontwikkeling	23
2.1.4. Morele ontwikkeling	26
2.2. Welke gedragspatronen zijn specifiek voor jongeren met verslavingsproblematiek?	27
2.2.1. Biologisch en leeraspect van verslaving	27
2.2.2. Psychologische factoren	29
2.2.3. Sociale context	30
2.3. Samenvatting.....	31
3. De ACRA methode en voortijdige uitval.....	34
3.1. Wat is de ACRA methode?.....	34
3.1.1. Implementatie in jeugdkliniek	34
3.1.2. Terugval.....	35
3.1.3. Voortijdige uitval	35
3.1.4. Expertinterview Hendrik Roozen.....	36
3.2. Wat is er over het algemeen bekend over voortijdige uitval bij klinische behandeling van jongeren tussen de 12 en 23 jaar die te maken hebben met verslavingsproblematiek?	37
3.2.1. Cliëntfactoren	37
3.2.2. Medewerkersfactoren	38
3.2.3. Factoren in de interactie	38

3.2.4. Omgevingsinvloeden	39
3.3. Samenvatting.....	39
4. Visie medewerkers	40
4.1. Analyse interviews	40
4.1.1. Bejegening.....	40
4.1.2. Cliëntfactoren	41
4.1.3. Groepsfactoren.....	43
4.1.4. Medewerkersfactoren	43
4.1.5 Omgevingsinvloeden	45
4.1.6. Instellingsfactoren	45
4.1.7. ACRA en toepassing ACRA	47
4.1.8. Alternatieven.....	48
4.2. Samenvatting.....	49
5. Visie jongeren	52
5.1. Analyse interviews	52
5.1.1. Bejegening.....	52
5.1.2. Cliëntfactoren	53
5.1.3. Groepsfactoren.....	54
5.1.4. Medewerkersfactoren	55
5.1.5. Omgevingsinvloeden	57
5.1.6. Instellingsfactoren.....	58
5.1.7. Alternatieven.....	59
5.2. Samenvatting.....	60
6. Conclusies en aanbevelingen.....	62
6.1. Conclusie	62
6.1.1. Deelvraag 1.....	62
6.1.2. Deelvraag 2.....	62
6.1.3. Deelvraag 3.....	63
6.1.4. Deelvraag 4.....	63
6.1.5. Beantwoording hoofdvraag.....	64
6.2. Aanbevelingen.....	66
6.3. Discussie en evaluatie.....	67
6.3.1. Beperkingen onderzoek	67
6.3.2. Bijdrage onderzoek	68
6.3.3. Suggesties voor vervolgonderzoek.....	69
7. Evaluatie	70

7.1. Productevaluatie.....	70
7.2. Procesevaluatie	70
7.3. Terugblik op de bereikte doelstellingen	71
7.4. Competentiereflectie	71
7.4.1. Jasmijn Kostelijk.....	71
7.4.2. Marjolein Luyken	72
Bronnenlijst.....	74
Begrippenlijst.....	78
Bijlagen	82

Leeswijzer

Het onderzoeksverslag bestaat uit zeven hoofdstukken.

Hoofdstuk 1

Het eerste hoofdstuk in het onderzoeksverslag gaat over de methode ten aanzien van het onderzoek. Hierin komt de context en achtergrond van het onderzoek aan de orde. Daarnaast benoemen wij de vraagstelling en de richtinggevende deelvragen. Wij besteden in dit hoofdstuk aandacht aan de doelen van het onderzoek en welke onderzoeksmethoden wij hierbij gebruiken.

Hoofdstuk 2

In dit hoofdstuk beantwoorden wij de eerste deelvraag. Wij beschrijven wat de ontwikkelingsfasen zijn van jongeren tussen 12 en 23 jaar. Daarnaast omschrijven wij de bijbehorende ontwikkelingstaken van de jongeren. Tevens beschrijven wij in dit hoofdstuk welke gedragspatronen specifiek zijn voor jongeren met verslavingsproblematiek.

Hoofdstuk 3

In dit hoofdstuk gaan wij aan de slag met de tweede deelvraag. Wij beschrijven de ACRA methode en laten de toepassing van de ACRA binnen de jeugdkliniek aan de orde komen. Wij besteden specifiek aandacht aan voortijdige uitval volgens de methode en wat er al bekend is over voortijdige uitval binnen klinische behandeling voor verslaafde jongeren.

Hoofdstuk 4

Het vierde hoofdstuk bestaat uit de beantwoording van de derde deelvraag. Naar aanleiding van de interviews met de medewerkers van de jeugdkliniek beschrijven wij wat volgens hen redenen zijn waarom jongeren de behandeling voortzetten of voortijdig stoppen met de behandeling. Daarnaast besteden wij in dit hoofdstuk aandacht aan wat de medewerkers ervaren van de ACRA en hoe zij dit toepassen in het dagelijkse werk.

Hoofdstuk 5

In het vijfde hoofdstuk beantwoorden wij de derde deelvraag. Dit doen wij naar aanleiding van de interviews met de jongeren. Wij beschrijven wat volgens de jongeren redenen zijn om de behandeling voortijdig te beëindigen of de behandeling voor te zetten.

Hoofdstuk 6

Dit hoofdstuk bestaat uit onze conclusies en aanbevelingen. Wij omschrijven wat het onderzoek heeft opgeleverd aan antwoorden op de hoofdvraag en deelvragen. Wij schrijven in dit hoofdstuk wat de aanbevelingen zijn die wij kunnen doen aan de jeugdkliniek aan de hand van het onderzoek. Ook nemen wij de discussie mee in dit hoofdstuk. Daarnaast besteden wij hierin aandacht aan de vragen die wellicht zijn opgekomen naar aanleiding van het onderzoek.

Hoofdstuk 7

In het zevende, tevens laatste hoofdstuk, kijken wij terug op het onderzoeksproces en het uiteindelijke product.

Na hoofdstuk 7 voegen wij de bronnenlijst toe met daarin de gebruikte bronnen en informatie over de afname van de interviews. Daarna volgt de begrippenlijst, waarin de woorden die in het werkstuk zijn onderstreept wordt toegelicht. Tot slot voegen wij een bestand bij die uitleg geeft over de bijgevoegde digitale bijlagen op de cd-rom. Op deze cd-rom staan de bijlagen, uitgewerkte interviews, resultaten en de gebruikte brondocumenten.

Verantwoordelijkheid

Bij het schrijven van dit onderzoek product was het van belang dat wij de eindverantwoordelijkheid verdelen. Wij gaan met elkaar aan de slag met de verschillende hoofdstukken, maar één van beide draagt eindverantwoordelijkheid over deze stukken. Jasmijn is eindverantwoordelijke voor hoofdstuk 3, 4 en 6 en Marjolein is eindverantwoordelijke voor hoofdstuk 1, 2 en 5. Voor hoofdstuk 7 dragen wij gezamenlijk de eindverantwoordelijkheid. Jasmijn draagt zorg voor het bewaken van het proces en de onderlinge overlegmomenten. Daarnaast onderhoudt zij het contact met de opdrachtgever en is zij eindverantwoordelijk voor de bronvermelding. Marjolein draagt zorg voor de opbouw, inhoudsopgave en lay-out en onderhoudt de contacten met de afstudeerbegeleider vanuit school. Een uitgebreide verantwoording van de verdeelde taken, verantwoording van de competenties en de verantwoording ten aanzien van de verdiepingsminoren kunt u vinden in bijlage acht.

1. Achtergrondinformatie en voorbereiding onderzoek

In dit hoofdstuk beschrijven wij de manier waarop wij tot onze onderzoeksvraag zijn gekomen. In de derde paragraaf van dit hoofdstuk zijn de hoofdvraag en deelvragen van ons onderzoek terug te vinden. Daarnaast beschrijven wij in paragraaf vier de manier waarop wij het onderzoek uit willen voeren. Wij lichten toe hoe wij de literatuurstudie vormgeven en daarnaast geven wij weer hoe wij aan de slag gaan met het inwinnen van kwalitatieve gegevens. In paragraaf vijf is de doelstelling van het onderzoek te lezen. Wij besluiten dit hoofdstuk met een samenvatting.

1.1. Context en achtergrond van het project

'Kun je niet stoppen met het gebruik van middelen zoals alcohol, cannabis, cocaïne, GHB of met gamen, gokken of internet? En heb je hierdoor problemen gekregen thuis, op school of met anderen? Of andersom, ben je gaan gebruiken doordat je problemen hebt?' (IrisZorg, 2012, p. 1). Als jij een jongere tussen de 12 en 23 jaar bent en je kunt bovenstaande vragen niet ontkennend beantwoorden, dan zou het zomaar kunnen dat je bij de jeugdkliniek van IrisZorg terecht komt.

In maart 2010 wordt de jeugdkliniek in Tiel geopend en vanaf dat moment zijn er 27 bedden beschikbaar voor jongeren tussen de 12 en 23 jaar die te kampen hebben met verslavingsproblematiek. De verslavingsproblematiek wordt door IrisZorg opgesplitst in misbruik, en afhankelijkheid (IrisZorg, 2012, p. 1). Bij de jeugdkliniek kunnen jongeren met een IQ van 70-130 terecht, een contra-indicatie is echter wel ernstige psychische problematiek in de vorm van acute psychose of ernstige suïcidale gedachten (IrisZorg, 2012, p. 1). In de meeste gevallen komen de jongeren binnen via de poli, waar de jongere meestal via een huisarts of een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) terecht komt. Het kan ook dat de jongere bij de poli, en uiteindelijk in de jeugdkliniek, terecht komt door middel van contact met politie en justitie of door tussenkomst van bureau jeugdzorg (BJZ).

De kliniek dient in eerste instantie als ondersteuning voor de ambulante behandeling. Binnen de jeugdkliniek wordt gewerkt met matched care. Door middel van matched care kan er vanuit de ambulante behandeling een korte opname voor bijvoorbeeld detox worden verzorgd. Op die manier kan er meer uit de ambulante behandeling gehaald worden (Weert, Nieuwenhuizen, & Nabuurs, 2013, p. 4). Aangezien er in de jeugdkliniek gewerkt wordt volgens de ACRA methode, nemen wij deze methodiek mee in ons onderzoek, zie hoofdstuk drie.

1.2. Aanleiding opdracht

Bij de jeugdkliniek van IrisZorg loopt op dit moment, sinds 1 januari 2012, een jeugdmonitor waarmee de instroom, uitstroom en het verloop van de behandeling van de jongeren bij de jeugdkliniek gemeten wordt. De monitor is gebaseerd op de uitkomstenkwadrant van de GGZ (Walburg; geciteerd in Weert, 2011, p. 2). Deze uitkomstenkwadrant onderscheidt vier aspecten, te weten; klinische resultaten, patiënt tevredenheid, kwaliteit van leven en kosten. In de jeugdmonitor is ook aandacht voor deze kwadranten, het kwadrant kosten wordt in de jeugdmonitor echter buiten beschouwing gelaten. De drie andere kwadranten worden voor elke jongere onderzocht aan de hand van een aantal vragenlijsten, die op verschillende momenten in de behandeling worden ingezet (zie bijlage 1). Deze vragenlijsten zijn geselecteerd naar aanleiding van de ervaringen vanuit de pilot jeugdmonitor zoals deze in 2009-2010 is uitgevoerd (Weert et al., 2013, p. 2).

De huidige jeugdmonitor wordt ingezet om de medewerkers een extra handvat te geven in het gesprek met hun cliënt. Door middel van de gegevens in de jeugdmonitor maken zij de ontwikkeling van het proces van de cliënt zichtbaar. Hierdoor kunnen de medewerkers dit in de gesprekken meenemen (Weert, 2011, p. 5), waardoor de jongere zich meer serieus genomen voelt. De jeugdmonitor geeft inzicht in de in- en uitstroom van de kliniek. Dit kan voor het team prettig zijn om te weten, aangezien er dan nagedacht kan worden over eventuele veranderingen in de huidige aanpak. Een laatste doel van de monitor is dat er op langere termijn wellicht

informatie uitwisseling kan plaatsvinden met soortgelijke instellingen, om tot een betere afstemming en wellicht specialisatie te komen (Weert, 2011, p. 6).

Vanuit de jeugdmonitor zijn al veel gegevens te halen. Uit het artikel dat eind november 2013 gepubliceerd is blijkt dat er al veel in kaart is gebracht ten aanzien van de behandeling. Uit de resultaten blijkt dat 31% van de behandeltrajecten eerder wordt afgesloten dan bedoeld (Weert et al., 2013, p. 12). Een hoog percentage voortijdige uitvallers bleek ook uit gesprekken die wij voerden met een aantal medewerkers over het te starten onderzoek. In de praktijk vinden medewerkers het opvallend dat er zoveel jongeren voortijdig de behandelkliniek verlaten en zij vroegen zich af waar dit precies aan ligt. Zij gaven aan dat ze graag willen weten hoe het komt en wat daar eventueel aan te doen valt. Dat deze vraag leeft, blijkt ook uit het gepubliceerde artikel. De conclusie van alle cijfers wordt opgedeeld in datgene wat goed gaat en dat wat minder goed gaat. Uit de punten die beter kunnen binnen de kliniek blijkt dat er aandacht moet worden besteed aan de voortijdige beëindigingen. Er zal in de toekomst meer moeten worden ingezet op het voorkomen van voortijdig ontslag, passend bij de ACRA methode (Weert et al., 2013, p. 12). Uit het artikel bleek dat het van groot belang is dat er aandacht aan voortijdige uitval geschonken wordt. Door daar aandacht aan te besteden kun je uiteindelijk meer jongeren bij de behandeling betrokken laten blijven. Wellicht ontstaat hierdoor de mogelijkheid al in een eerder stadium in te grijpen, om de uitvalcijfers zo laag mogelijk te houden.

In de periode waarover ons onderzoek gaat, van september 2013 tot en met december 2013, zijn er in het totaal 37 jongeren ingestroomd. Het percentage van voortijdige uitval uit de behandeling is 32,43%. Dit getal ligt rond het cijfer wat bleek uit onderzoek (Weert et al., 2013, p. 12).

Status quaestionis

In het kader van ons onderzoek bij de jeugdkliniek in Tiel zochten wij naar eerdere onderzoeken die relevant kunnen zijn voor ons onderzoek. Wij vinden twee relevante onderzoeken die als vergelijk voor ons onderzoek kunnen dienen. Van Den Reijen (2011) schrijft in haar onderzoek over jongeren met gedragsproblematiek in een klinische behandelinstelling. Uit onderzoek blijkt dat er meer meisjes uitgevallen zijn dan jongens en daarnaast dat de meeste jongeren na overleg met een therapeut uit de behandeling zijn gestapt. Slechts 14% is zonder overleg vroegtijdig met de behandeling gestopt (Reijen, 2011, p. 16). Nog meer relevant uit dit onderzoek kan de conclusie zijn. Hierin staat dat de klachten en problemen van jongeren geen of slechts in beperkte mate voorspellende waarde hebben voor uitval of het effect van de behandeling (Reijen, 2011, p. 26). Aangezien wij onderzoek doen naar de voortijdige uitval van de jongeren in de kliniek in Tiel, kunnen wij dit onderzoek wel gebruiken om te vergelijken. Een kanttekening is dat het onderzoek Van Den Reijen (2011) spreekt over ernstige gedragsproblematiek in combinatie met psychiatrische problematiek. Dit gaat in feite niet over problematiek rondom middelengebruik, waar wij in ons onderzoek mee te maken hebben.

Een ander relevant onderzoek dat bruikbaar kan zijn in ons onderzoek is gepubliceerd door GGZ/Trimbosinstituut. Dit onderzoek gaat over de effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren, waarin ook de ACRA mee wordt genomen (Smit, Verdurmen, Monshouwer, & Bolier, 2007, p. 40).

1.3. Vraagstelling

Welke factoren dragen bij aan het besluit van jongeren tussen 12 en 23 jaar met verslavingsproblematiek, die zijn opgenomen in de jeugdkliniek van IrisZorg en die behandeld worden volgens de ACRA methode, om de behandeling af te ronden of om de behandeling voortijdig te verlaten?

1.3.1. Richtinggevende deelvragen

1. a. Welke ontwikkelingsfasen en taken horen bij jongeren tussen 12 en 23 jaar?
b. Welke gedragspatronen zijn specifiek voor jongeren met verslavingsproblematiek?
2. a. Wat is de ACRA methode en wat zegt de methode over voortijdige uitval in de behandeling?

- b. Wat is er over het algemeen bekend over voortijdige uitval bij klinische behandeling van jongeren tussen de 12 tot 23 jaar die te maken hebben met verslavingsproblematiek?
3. Welke oorzaken zien medewerkers voor het besluit van jongeren om de behandeling af te ronden of om de behandeling voortijdig te verlaten?
4. Wat geven de jongeren als redenen voor het voortijdig verlaten of volledig afronden van de behandeling?

1.4 Verantwoording van de werkwijze en beschrijving van de onderzoeksmethoden

1.4.1. Type onderzoek

Voor de uitvoering van ons onderzoek werkten wij volgens een kwalitatieve, beschrijvende onderzoeksofzet. Het onderzoek is een beschrijvend onderzoek, omdat we onderzochten welke factoren bijdragen aan het besluit van jongeren in de jeugdkliniek in Tiel om de behandeling voortijdig te verlaten of de behandeling af te ronden. Aangezien we vanuit de jongeren zelf te weten wilden komen wat maakt dat de jongeren de behandeling wel of niet afmaken, moesten we insteken op een open benadering. Het is een kwalitatief beschrijvend onderzoek, omdat we vanuit het gezichtspunt van de betrokkenen gevoelens, belevingen, ervaringen en betekenisverleningen in kaart brachten. Daarbij maakten we gebruik van bestaande theorieën, de ontwikkeling van jongeren en de ACRA methode. Dit gebruikten wij als zoeklicht om relevante aspecten van het onderzoeksonderwerp op te merken (Baarda, Goede, & Teunissen, 2009, p. 95).

Het fenomeen dat we onderzochten, is wat de redenen zijn dat de jongeren in de jeugdkliniek de behandeling voortijdig verlaten of de behandeling afronden.

De onderzoekseenheden waarmee we werkten zijn een geselecteerde groep respondenten tussen de 12 en 23 jaar die bekend zijn bij de jeugdkliniek in Tiel. Wij interviewden een deel van de jongeren in de kliniek en benaderden een aantal jongeren die de keuze hebben gemaakt om de behandeling voortijdig te beëindigen. Daarnaast interviewden we een selectie van medewerkers die in dezelfde periode werkzaam zijn in de jeugdkliniek in Tiel (Baarda et al., 2009, p. 152).

1.4.2. Onderzoeksmethoden

In ons onderzoek gebruikten we de volgende dataverzamelmethode(n):

- Literatuurstudie
- Interviews

Er is sprake van triangulatie, aangezien we een combinatie van dataverzamelmethode(n) gebruikten (Baarda et al., 2009, p. 187). Wij bekeken het probleem rondom voortijdige uitval vanuit verschillende invalshoeken. Enerzijds vanuit de literatuur, aan de andere kant luisterden wij naar de medewerkers en de jongeren en bekeken wij door middel van de interviews het probleem vanuit andere invalshoeken.

Literatuurstudie

Om deelvraag één, 'welke ontwikkelingsfasen en taken horen bij jongeren tussen 12 en 23 jaar', te kunnen beantwoorden voerden wij een literatuurstudie uit naar de ontwikkelingsstadiën en -fasen van jongeren tussen de 12 en 23 jaar. Om het tweede deel van de eerste deelvraag te beantwoorden, voerden we tevens een literatuurstudie uit naar de gedragspatronen van jongeren met verslavingsproblematiek. Met het oog op de tweede deelvraag verdiepten we ons in de ACRA methode die de jeugdkliniek in Tiel vanaf januari 2012 implementeerde. Zo konden we antwoord krijgen op de vraag; 'wat is de ACRA methode en wat zegt de methode over voortijdige uitval in de behandeling?'. Om deel b van de tweede deelvraag te beantwoorden, deden wij onderzoek naar wat er al bekend is over voortijdig uitval onder jongeren. Aangezien daar niet heel veel over te vinden is, bekeken wij dit onderwerp breder. Wij keken naar uitval binnen klinische behandelsettings voor verslaafde jongeren.

Verantwoording literatuurstudie

Ter oriëntatie keken wij naar verscheidene onderzoeksverslagen op de HBO-kennisbank. Tevens zochten we ter oriëntatie in de bibliotheek van de Christelijke Hogeschool Ede (CHE). In deze bibliotheek vonden we literatuur voor de eerste deelvraag over de ontwikkeling van de jongeren. De zoektermen die we daarbij gebruikten zijn; 'ontwikkelingspsychologie', 'ontwikkelingstaken' en 'ontwikkeling jongeren'. De zoektermen die we hebben gebruikt voor de eerste deelvraag over gedragspatronen zijn; 'verslaving jongeren', 'gedrag adolescenten' en 'verslaafde jongeren'.

We zochten vervolgens systematisch in de databank 'Picarta', daarna zochten we full tekst in 'Google Scholar'. Tevens zagen wij in de Koninklijke Bibliotheek verscheidene boeken en publicaties in. In de databank 'Springer' vonden we ook relevante artikelen. We combineerden voor de tweede deelvraag zoektermen als: '(A)CRA)', '(Adolescent) Community Reinforcement Approach', 'voortijdige uitval', 'drop-out', 'residentiële behandeling' en 'stoppen behandeling'.

Voor Engelstalige literatuur maakten we gebruik van de databank 'PsychInfo', onder de gecombineerde zoektermen; 'treatment', 'retention', 'adolescents' en 'Adolescent Community Reinforcement Approach'. Hendrik Roozen gaf ons de tip om deze zoektermen te gebruiken. De wetenschappelijk artikelen die uit deze zoektermen komen, selecteerden wij op basis van de aanleiding en discussie.

Verder zochten we sites van verslavingsinstituten, waaronder het Trimbos-instituut. Ook hebben wij de site van de Jellinek kliniek bezocht. Daarnaast ontvingen we documenten en protocollen van de werkveldbegeleider, die relevant zijn voor ons onderzoek.

Interviews

In ons onderzoek maakten we gebruik van semigestructureerde interviews. We wilden open interviews houden, maar tegelijkertijd ook sturen om antwoorden te vinden op onze onderzoeksvragen. De belangrijkste onderwerpen en vragen stelden we vast, maar de vraagvolgorde en de formulering mocht afwijken tijdens de interviews. Dit deden wij aangezien wij graag ruimte wilden laten voor onze eigen inbreng en wij daarnaast ook ruimte voor de inbreng van de geïnterviewde wilden laten.

Ter aanvulling van deelvraag twee, over voortijdige uitval en de ACRA methode, interviewden wij een expert op het gebied van ACRA. Wij spraken met Hendrik Roozen, de persoon die de (A)CRA in Nederland introduceerde. De samenvatting van dit interview gebruikten wij als expertinterview over de ACRA methode en voortijdige uitval, ter ondersteuning van de literatuurstudie. Hendrik Roozen heeft de samenvatting schriftelijk geautoriseerd.

Voor deelvraag drie, 'welke oorzaken zien medewerkers voor het besluit van jongeren om de behandeling af te ronden of om de behandeling voortijdig te verlaten?', hielden wij interviews medewerkers uit de jeugdkliniek.

Voor deelvraag vier, 'wat geven de jongeren als redenen voor het afronden of voortijdig verlaten van de behandeling?', hielden we interviews met de jongeren uit de jeugdkliniek en met jongeren buiten de jeugdkliniek die in een nazorgtraject van IrisZorg zitten.

Vorbereiden interviews

Wij bereidden de interviews voor door na te denken over de manier waarop wij de jongeren en behandelaren gaan benaderen. Onze werkveldbegeleider hielp ons hierbij. Wij maakten afspraken over het benaderen van de behandelaren via de e-mail. Ook maakten we afspraken over het benaderen van de jongeren per telefoon via hun behandelaren. Om dit goed te laten verlopen schreven wij informatiebrieven ten aanzien van de interviews. Wij schreven brieven voor de behandelaren, jongeren en ouders van minderjarige jongeren (bijlage 2). Daarnaast dachten wij na over de manier van afnemen van de interviews. Aangezien wij aan de slag wilden gaan met de informatie die wij kregen, ontwikkelden wij ook een toestemmingsformulier, voor de te

interviewen partijen, en eventueel de ouders van minderjarige jongeren (bijlage 3). Doordat er in de jeugdkliniek jongeren vanaf 12 jaar kunnen verblijven, schreven wij extra informatiebrieven en toestemmingsformulieren voor de ouders van minderjarige jongeren.

Medewerkers interviewen

We hielden interviews met medewerkers uit de jeugdkliniek zodat we onze derde deelvraag konden beantwoorden. Deze interviews hielden we aan de hand van een topiclijst (bijlage 4). De informatie uit deze interviews gebruikten wij om de topiclijsten specifiek te maken voor de interviews met de jongeren. Aangezien wij onze focus op de jongeren wilden leggen in dit onderzoek, interviewden wij slechts vier medewerkers. Hierdoor hielden wij meer tijd over om interviews met de jongeren te realiseren.

Wij kozen ervoor om vier medewerkers te interviewen, die allen nauw verbonden zijn met de jongeren en een belangrijke rol vervullen in de behandeling van de jongeren. Ieder van hen heeft op zijn of haar manier te maken met de jongeren.

Om enigszins een beeld te kunnen vormen over de samenstelling van het team in de jeugdkliniek staat in tabel één de structuur zoals deze binnen de jeugdkliniek wordt gehandhaafd.

Tabel 1 Teamsamenstelling Jeugdkliniek IrisZorg

Teamcoach		
	Hoofdbehandelaren	Behandelaren
	1GZ-psycholoog	Trainer
	1 Psychiater	Systeem therapeut
	1 Arts	PMT-therapeut
		Intake functionaris
		Psychodiagnostisch werker
Werkvloer		
	HBO Verpleegkundigen	3 senior medewerkers (dragen de ACRA methode uit op de werkvloer)
	HBO Sociotherapeuten	
	MBO niveau 4 Sociotherapeutisch medewerkers	
	MBO niveau 1-3 Gastheer/gastvrouw	

Wij interviewden twee sociotherapeuten, zij staan op de groep en zijn in het dagelijks leven betrokken bij de jongeren. Wij benaderden een HBO senior sociotherapeut en een MBO sociotherapeut. De senior sociotherapeut heeft als extra taak om zijn collega's te wijzen op de werkwijze, zoals deze hoort volgens de ACRA. Wij vonden het belangrijk om zowel een senior medewerker te interviewen die de ACRA methode uitdraagt, als een medewerker die niet verantwoordelijk is gesteld voor het uitdragen van de ACRA methode. Op die manier konden wij de ervaring en hanteerbaarheid van de ACRA methode belichten in de interviews.

De andere medewerkers hebben ook contact met de jongeren, maar hebben meer een helikopterview wat betreft de behandeling van de jongeren. Deze medewerkers zijn niet direct op de werkvloer aanwezig in de uitvoering van hun functie. Wij interviewden de teamcoach, die uiteindelijk de verantwoordelijkheid draagt voor de uitvalcijfers en die eventuele klachten en opmerkingen van de jongeren te horen krijgt. Dat zorgt ervoor dat hij een belangrijke schakel is tussen de jongeren en de medewerkers. Naast de teamcoach kozen wij ervoor om één van de behandelaren te interviewen, die vanuit zijn positie en expertise naar de jongeren kijkt en contact heeft met de jongeren. Doordat deze persoon vooral met de jongere bezig is op sociaal-emotioneel vlak, vinden wij dat een behandelaar een goede bijdrage kon leveren aan ons onderzoek.

De vier medewerkers hebben gemeen dat zij gericht zijn op een positief verloop van het traject van de jongeren. Daarnaast hebben de medewerkers gemeen dat ze allen deelnemen aan intervisie. Door van elke 'laag' medewerkers te vragen voor ons interview werd duidelijk hoe er

vanuit de verschillende functies of functiegroepen gekeken wordt naar voortijdige uitval. Het is mogelijk dat er nog aspecten zijn die te maken hebben met voortijdige uitval, maar niet naar voren zijn gekomen in de interviews. Dit komt doordat wij slecht een aantal medewerkers interviewden. Wij hopen dat dit onderzoek eraan kan bijdragen dat er een gesprek ontstaat. Op die manier kunnen er eventuele nieuwe visies op voortijdige uitval, die niet in het onderzoek naar voren zijn gekomen, naar boven komen en besproken worden.

Jongeren interviewen

Om deelvraag vier, 'wat geven de jongeren als redenen voor het voortijdig verlaten of volledig afronden van de behandeling?', te beantwoorden interviewden wij een aantal jongeren. In de periode van september 2013 tot en met december 2013 stroomden er 37 jongeren in bij de kliniek. Een groot deel van deze jongeren is ten tijde van het onderzoek al weg uit de kliniek, tien van deze jongeren stroomden naar verwachting eind februari of begin maart 2014 uit. De redenen van het verlaten van de kliniek van elk van de jongeren hebben wij uit de jeugdmonitor gehaald. In bovengenoemde periode zijn er twaalf jongeren voortijdig uit de kliniek vertrokken. Van deze twaalf, zijn er acht die tegen advies in met ontslag gegaan, drie hebben gedwongen de kliniek verlaten en één van deze personen ging in overleg voortijdig met ontslag.

We maakten een selectie op basis van de opnamegegevens. Wij namen in de selectie de ontslagredenen, periode van instroom en eventuele eerdere opnames in de kliniek mee als selectiecriteria. Wij selecteerden op basis van de genoemde selectiecriteria een aantal jongeren en hielden rekening met geografische afstand, om de uitvoerbaarheid zo groot mogelijk te houden. Op het moment dat wij met onze werkveldbegeleider bespraken welke jongeren wij wilden benaderen voor ons onderzoek, bleek dat verschillende jongeren niet mee konden werken. Zij waren niet meer in beeld bij IrisZorg of te kwetsbaar om te benaderen voor een interview. Ook zijn er jongeren die niet mee wilden werken aan een interview. Dit is de reden dat wij de eerste selectie niet uit konden voeren. Wij keken verder naar de jongeren die in dezelfde periode in de kliniek verbleven.

De jongeren benaderden wij via hun behandelaar, welke wij een brief stuurden zoals blijkt uit bijlage twee. Aangezien na verloop van tijd bleek dat de behandelaren onze mails soms in alle drukte vergaten, stuurden wij een herinneringsmail. Een week later belden wij de behandelaren op om te vragen of zij nog aan ons onderzoek dachten. Wij vroegen hen direct of wij van hen toestemming konden krijgen om de jongeren direct op te bellen, aangezien er tijdsnood ontstond. Op het moment dat wij toestemming hadden om contact met de jongeren op te nemen, belden wij de jongeren op om een afspraak voor een interview te maken.

Op het moment dat wij de afspraak met de jongeren maakten, hielden wij rekening met datgene wat voor hen het beste uitkwam qua locatie en tijd. Zo zochten wij een aantal jongeren thuis op, gingen wij naar de polikliniek in Doetinchem en naar de polikliniek in Tiel. Wanneer wij een afspraak maakten, spraken wij af de informatiebrief per post of mail op te sturen. Op die manier konden de jongeren op de hoogte zijn van wat hem of haar te wachten stond.

Van de 37 jongeren uit de eerder genoemde periode, benaderden wij er achttien waarvan er uiteindelijk drie meewerkten. De andere jongeren waren niet meer te bereiken door eerdergenoemde genoemde redenen. Of zij woonden te ver weg om aan het onderzoek te laten deelnemen.

Uiteindelijk interviewden wij tien jongeren die, op drie na, allemaal in de kliniek verbleven in de periode van september 2013 tot en met december 2014. De jongeren zijn allen met hetzelfde doel in de kliniek gekomen, namelijk om middelenvrij te worden. Daarnaast zijn het jongeren die allen te maken hebben, of hebben gehad, met een alcohol- en/of drugsverslaving en worden ze allemaal behandeld volgens de ACRA methode. De leeftijd van de jongeren die wij interviewden varieert tussen de 17 en 24 jaar (zie bijlage 7). De drie jongeren die buiten de periode in de kliniek verbleven interviewden wij wel, aangezien deze jongeren binnen dezelfde doelgroep vallen en deze jongeren ook zijn behandeld volgens de ACRA methode. Die punten hebben ze gemeen

met de eerdergenoemde jongeren. Wij kozen ervoor om deze jongeren toch te interviewen, want dat heeft de haalbaarheid van het onderzoek vergroot.

Van de tien jongeren die wij interviewden zijn er drie jongeren die voor de eerste keer in de kliniek zijn opgenomen. Zeven jongeren zijn al eerder in de kliniek geweest voor een behandeling. In het totaal zijn deze tien jongeren zeventien keer opgenomen. Zes opnamen zijn geëindigd tegen advies van de behandelaren in, vier zijn door gedwongen ontslag gestopt. De overige opnamen zijn gestopt op het moment dat de doelen bereikt waren. In bijlage 7 is te lezen wie voor een tweede of derde keer in de kliniek komt en wat de ontslagredenen zijn per jongere.

Het is mogelijk dat er nog factoren zijn die bevorderend of belemmerend kunnen zijn in de behandeling, maar die niet genoemd zijn door de jongeren die wij spraken. Dit komt doordat wij maar een deel van de jongeren interviewden die in behandeling zijn (geweest) bij IrisZorg. Wij hebben een redelijk compleet beeld gekregen van de factoren die belemmerend of bevorderend zijn in de behandeling, doordat de variatie in antwoorden van de jongeren beperkt was. In meerdere interviews kwam herhaling in de antwoorden van de jongeren naar voren, wat het aannemelijk maakt dat wij geen nieuwe informatie kregen.

De semigestructureerde interviews bereidden we voor met behulp van de literatuurstudie waar wij uiteindelijk een topiclijst van maakten. De belangrijkste onderwerpen stellen we vast aan de hand van de literatuurstudie. Wij pasten de topiclijst niet aan naar aanleiding van de interviews met de medewerkers, aangezien er geen nieuwe dingen naar boven kwamen in deze interviews. Het begin van de topiclijst is echter anders, aangezien wij aan wilden sluiten bij de jongeren en de manier waarop zij zijn uitgestroomd. Wij hebben verschillende beginvragen voor de interviews met jongeren. De eerste interviewvraag laten we afhangen van de manier waarop de jongeren uitstromen. In bijlage vijf is de topiclijst weergegeven met daarbij de verschillende beginvragen.

Interviews verwerken

Wanneer alle interviews verzameld waren, prepareerden wij de verzamelde kwalitatieve gegevens. Wij schreven de interviews uit en streepten na het uitschrijven de niet relevante tekst weg. Hierdoor hielden wij alleen relevante tekst over. Tijdens het fragmenteren kwamen wij nog wel eens minder relevante stukken tegen, waarna wij de eerder genoemde stukken aanpasten en alsnog gedeelten wegstreepten uit het interview.

Om te voorkomen dat wij de verschillende fragmenten door elkaar gingen halen en niet meer weten bij welk interview het hoort, gaven wij de interviews codes. Wij kozen ervoor om de interviews met de hulpverleners een code te geven beginnend met de 'H', aangezien het hulpverleners zijn. Daarna plaatsten wij letters op alfabetische volgorde. Per fragment voegden wij hier een nummer aan toe, zodat de positie in de tekst te herleiden valt. De fragmentcodes werden ter verantwoording toegevoegd als wij gebruik maakten van een citaat. De fragmenten voerden wij in, in het programma Microsoft Access, waar wij op die manier een database opbouwden.

Om de fragmenten goed te kunnen analyseren en sorteren maakten wij een labelsysteem en probeerden wij de sublabels zo concreet mogelijk te definiëren (zie bijlage 6). Dit labelsysteem maakten wij aan de hand van de topiclijsten, die weer afkomstig zijn vanuit de literatuur. De labels zijn onderwerpen waar over wordt gesproken door de medewerkers en de jongeren.

Door los van elkaar te fragmenteren en daarna het gefragmenteerde interview van de ander van feedback te voorzien, vergroten wij de intersubjectiviteit. Wij keken of wij op hetzelfde uitkomen of dat dit niet lukte. Als wij niet op hetzelfde label uitkwamen, dan gingen wij net zo lang met elkaar in gesprek totdat er ongeveer hetzelfde uitkwam bij ons beiden en wij weer op één lijn lagen. Door dit proces aan te gaan kunnen wij spreken van intersubjectiviteit. Wij kunnen stellen dat een ander de interviews op dezelfde manier kan labelen (Baarda et al., 2009, p. 331).

Na drie geanalyseerde interviews bespraken wij de resultaten met de werkveldbegeleider, zodat zij op de hoogte is van de bevindingen en eventueel onze wijze van analyseren kon bijsturen. Naast het bespreken van de interviews met onze werkveldbegeleider, bespraken wij het ook met onze afstudeerbegeleider vanuit school.

Doordat wij in de analyse van de interviews veel herhaling waarnamen, lieten we het bij deze interviews. Wanneer wij echter nauwelijks herhaling hadden gezien, benaderden wij nog meer jongeren om te interviewen. Op deze manier hebben we geprobeerd verzadiging te bereiken (Baarda et al., 2009, p. 165).

Risico's

Gezien de kans bestond dat er bij ons als onderzoekers vooroordelen meespeelden, bijvoorbeeld vanuit onze eigen referentiekaders, was het van belang dat we dit met elkaar bespraken. Het gevaar bestond dat we selectief luisterden of dat we verkeerd interpreteerden. Aangezien we de interviews gezamenlijk uitvoerden, kozen wij ervoor om tijdens het interview één persoon de focus op de proceskant te leggen. De ander kon zich hierdoor focussen op de inhoud. Daarnaast konden wij elkaar scherp houden en door overleg zorgden we dat we zo objectief mogelijk naar de situatie keken. Dit heeft de kans op betrouwbaarheid vergroot.

Een nadeel van het gebruik van geluidsopnames bij de interviews is wellicht dat de medewerkers en jongeren zich minder vrij hebben gevoeld om te vertellen. Een belangrijk feit is dat we de medewerkers en jongeren vertelden dat we de gegevens anonimiseren en de opnames, na verwerking, verwijderen. Om anonimiteit te waarborgen startten we de geluidsopnames na de kennismaking, waardoor namen niet op de opname stonden. Een voordeel van geluidsopnames is dat we niet mee hoefden te schrijven en daardoor beter konden luisteren.

Aangezien we een groot deel van het onderzoek uitvoerden met jongeren die de behandeling hebben afgerond of die de behandeling voortijdig hebben verlaten, konden we niet alle jongeren in de jeugdkliniek vinden. De jongeren die binnen de kliniek verblijven, waren niet onder alledaagse omstandigheden te vinden. Zij woonden immers op een plek waar zij zelf niet direct voor gekozen hebben. De jongeren die niet in de kliniek verbleven, zochten wij thuis op of in de kliniek elders, waardoor er ook een niet alledaagse situatie ontstond. Op basis hiervan besloten wij om geen onderzoek te doen onder alledaagse omstandigheden, iets waar kwalitatief onderzoek normaliter wel op gericht is. In een kwalitatief onderzoek kies je meestal geen uitzonderlijke situatie, tenzij je vraagstelling daarnaar vraagt (Baarda et al., 2009, p. 179). Ons onderzoek vroeg om een uitzondering, namelijk dat jongeren voortijdig de behandeling verlaten. Indien de jongeren de behandeling voortijdig verlaten, dan is dat een uitzonderlijke situatie die afwijkt van het 'normale'.

We hielden in ons onderzoek rekening met de non-respons van de jongeren en het feit dat de jongeren mogelijk niet in een nazorgtraject van IrisZorg zaten. Dit zorgde ervoor dat wij onze selectie van jongeren meerdere malen aan moesten passen. Met als gevolg dat wij een aantal jongeren in de kliniek interviewden. De jongeren die in een nazorgtraject of in de kliniek van IrisZorg zaten, konden we relatief gemakkelijk bereiken, omdat ze bij de instelling in beeld waren. Via de behandelaren konden wij in contact met de jongeren komen. We waren ons ervan bewust dat er sprake kon zijn van eventuele non-respons van de jongeren, aangezien deze groep jongeren om persoonlijke redenen de jeugdkliniek voortijdig verliet of geen zin en tijd heeft om een interview te laten afnemen. We speelden in op het risico van non-respons door vooraf voldoende tijd in te plannen om in contact te komen met de jongeren. Tevens speelden we hier op in door flexibel een locatie voor het interview te vinden met de jongeren die niet in de kliniek verbleven. Dit leverde gedurende het proces wellicht vertraging op.

De resultaten van ons onderzoek zijn nooit volledig overdraagbaar, omdat het niet mogelijk is dat er een exact dezelfde context bestaat. Iedere kliniek is uniek en heeft unieke medewerkers en een eigen cultuur. De cliëntfactoren met betrekking tot voortijdige uitval die uit het onderzoek

komen, kunnen deels overeen komen met jongeren die in andere behandelsettings uitvallen, wanneer er een soortgelijke doelgroep wordt behandeld.

1.5 Doelstelling en doelgroep

De doelstelling van dit onderzoek is:

Wij hebben voor juni 2014 zicht op wat ertoe bij heeft gedragen dat jongeren tussen 12 en 23 jaar met verslavingsproblematiek die gedurende de maanden september tot en met november 2013 klinisch behandeld werden volgens de ACRA methode, besluiten hun behandeling bij de jeugdkliniek van IrisZorg af te ronden of met de behandeling stoppen.

Dit doel bereiken wij door allereerst onze subdoelen te halen, welke op te splitsen zijn per deelvraag:

1. Wij weten welke ontwikkelingsfasen en taken horen bij jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar. Daarnaast weten wij welke gedragspatronen specifiek zijn voor jongeren met verslavingsproblematiek.
2. Wij weten wat de ACRA inhoudt en wat deze methode ons zegt over voortijdige uitval. Ook weten wij wat er al bekend is over voortijdige uitval in de klinische behandeling.
3. Wij weten welke oorzaken medewerkers zien voor het besluit van de jongeren om de kliniek al dan niet voortijdig te verlaten.
4. Wij weten welke redenen jongeren geven om de behandeling volledig af te ronden of eerder af te haken.

Wanneer wij het hoofddoel hebben bereikt, hebben wij voor de jeugdkliniek van IrisZorg een voor hen lastig te grijpen aspect onderzocht. Uiteindelijk hebben wij voor hen in kaart gebracht wat ertoe bijdraagt dat op dit moment drie op de tien jongeren de jeugdkliniek voortijdig verlaat (Weert et al., 2013, p. 12). Tot slot hebben wij aanbevelingen geschreven, welke de jeugdkliniek mee kan nemen in hun besluitvorming. Op die manier kunnen ze op lange termijn de behandeling beter laten aansluiten bij de jongeren in de jeugdkliniek.

Product

Naar aanleiding van het onderzoek schrijven wij dit verslag waarin te lezen is wat de aspecten zijn die de jongeren tijdens de behandeling meenemen in hun besluit om de behandeling voort te zetten of te stoppen. Wij doen een literatuurstudie naar de ontwikkeling van jongeren, de ACRA methode en voortijdige uitval, zodat wij gefundeerde uitspraken kunnen doen. Wij besluiten het verslag met aanbevelingen waar de jeugdkliniek van IrisZorg hun voordeel mee kan doen.

Wij schrijven ook een persbericht (bijlage 9), waarin ons afstudeerproject aan het licht wordt gebracht. Dit bericht laten wij door onze opdrachtgever goedkeuren en zullen wij laten publiceren op het intranet van IrisZorg. Op die manier brengen we alle medewerkers op de hoogte van het onderzoek en de resultaten hiervan.

Op 2 juni 2014 geven wij een presentatie in het kliniekoverleg, waarbij in principe alle medewerkers van de kliniek aanwezig zijn. Hierin maken wij de resultaten van het onderzoek bekend en vertellen wij onze aanbevelingen voor de kliniek. Daarnaast delen wij tijdens deze presentatie een samenvatting (zie samenvatting) van het complete onderzoek uit, zodat alle medewerkers op de hoogte zijn en zij het nog eens na kunnen lezen.

Doelgroep

Dit verslag is voornamelijk gericht aan de mensen die dagelijks werkzaam zijn in de jeugdkliniek van IrisZorg. Daarnaast kan het onderzoek als ondersteuning voor de afdeling 'onderzoek en ontwikkeling' dienen. Dit aangezien zij ook aandacht willen geven aan 'uitval in de jeugdkliniek van IrisZorg', zoals omschreven in de aanleiding en probleembeschrijving. Zoals eerder genoemd delen wij met de presentatie een samenvatting uit van ons onderzoek. Daarnaast zullen wij aan de opdrachtgever, A. Dunkerbeck een papieren en digitale versie van het onderzoek doen

toekomen. Door dit aan mevrouw A. Dunkerbeck te overhandigen is het onderzoek voor alle medewerkers van de kliniek in te zien.

1.6. Samenvatting

Voor de jeugdkliniek van IrisZorg in Tiel kregen wij de opdracht om te kijken naar de factoren die bijdragen aan voortijdige uitval. Het percentage uitgevallen jongeren ligt boven de 32%, IrisZorg weet echter niet precies waar dit vandaan komt.

Wij hebben in hoofdstuk één toegelicht wat de vraagstelling van ons onderzoek is en welke deelvragen we beantwoorden. Daarnaast gaven we een toelichting op de werkwijze en beschreven we de onderzoeksmethoden die we gebruiken in ons onderzoek. De onderzoeksmethode die we gebruiken zijn literatuurstudie en interviews, om op twee manieren in te zoomen op het vraagstuk van voortijdige uitval. De literatuurstudie is opgesplitst in theorie over de ontwikkeling van de jongeren, over de ACRA methode en theorie over voortijdige uitval. De interviews houden we met twee groepen respondenten, welke bestaan uit tien jongeren en vier medewerkers. Wij legden uit hoe wij kwalitatieve gegevens verzamelen door middel van de interviews en hoe wij deze gegevens analyseren.

Verder hebben wij in hoofdstuk één aangegeven hoe wij de verantwoordelijkheid onderling verdelen. Daarnaast schrijven wij ook over de doelstelling die ons onderzoek heeft en het product dat wij zullen produceren na het onderzoek.

2. Ontwikkeling en gedragspatronen bij jongeren

Het doel van dit hoofdstuk is een antwoord te vinden op de eerste deelvraag. Dit doel bereiken wij door literatuuronderzoek te doen naar de ontwikkelingsfasen en taken die horen bij jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar. Deze omschrijven wij in paragraaf één van dit hoofdstuk. In de tweede paragraaf besteden wij aandacht aan de gedragspatronen die specifiek zijn voor jongeren met verslavingsproblematiek. Wij sluiten dit hoofdstuk af met een samenvatting. Door deze literatuurstudie vinden wij aanknopingspunten voor onze topiclijst ten aanzien van de interviews. Daarnaast gebruiken wij de achterliggende literatuur om de conclusies te onderbouwen.

2.1. Welke ontwikkelingsfasen en taken horen bij jongeren tussen 12 en 23 jaar?

De menselijke ontwikkeling is op verschillende manieren in te delen. Het is mogelijk om de ontwikkeling te onderscheiden in vier verschillende ontwikkelingslijnen, die elk een verschillend deel van de ontwikkeling omvatten. Het onderscheid wordt gemaakt tussen de fysiologische ontwikkeling, cognitieve ontwikkeling, persoonlijkheidsontwikkeling en sociale ontwikkeling (Rögels, 2011, p. 37). Morele ontwikkeling is een vijfde lijn die Rögels (2011) in haar boek achterwege laat, maar die volgens Beemen (2010) ook van belang is. In dit hoofdstuk zal de sociale ontwikkeling blijken uit de gedeelten die betrekking hebben op persoonlijkheidsontwikkeling en morele ontwikkeling.

Naast bovenstaand onderscheid, kan er ook een onderscheid gemaakt worden in leeftijd. Beemen (2010) maakt in haar boek een overzicht van de leeftijdsindeling tot de leeftijd van 18 jaar. Rögels (2011) schrijft op haar beurt over de leeftijdsindeling vanaf 18 jaar. Door deze twee indelingen samen te voegen hebben wij een overzicht van de ontwikkelingsfasen die er zijn in tabel 2.

Tabel 2 Leeftijdsindeling ontwikkeling vanuit (Beemen, 2010, p. 23) en (Rögels, 2011, p. 37).

Babyperiode	0-12 maanden
Peuterperiode	1-4 jaar
Kleuterperiode	4-6 jaar
Schoolperiode	6-12 jaar
Adolescentie	12-18 jaar
Jongvolwassenheid	18-40 jaar
Volwassenheid	40-60 jaar
Laat-volwassenheid; jonge oudere	60-80 jaar
Laat-volwassenheid; oude oudere	80-100 jaar
Laat-volwassenheid; eeuwelingen	> 100 jaar

In de jeugdkliniek van IrisZorg verblijven jongeren van 12 tot en met 23 jaar. Uit de tabel blijkt dat deze jongeren vallen onder de levensfase van de 'adolescentie' en de jongeren boven de 18 bevinden zich in de fase van de 'jongvolwassenheid'. In dit hoofdstuk willen wij naar de verschillende ontwikkelingslijnen kijken.

2.1.1. Fysiologische ontwikkeling

In de periode van de adolescentie vindt er een grote fysiologische ontwikkelingslag plaats. Het lichaam van een jongere verandert compleet en dat kan vervelende gevolgen hebben. Uit onderzoek blijkt dat jongeren die opvallend vroeg of opvallend laat lichamelijke verandering doormaken daar veelal negatieve gevolgen van ervaren. Vooral de vroege lichamelijke veranderingen hebben negatieve gevolgen. Bij meisjes zijn deze gevolgen meer uitgesproken dan bij jongens. Meisjes voelen zichzelf vaker depressief en vertonen meer volwassen activiteiten waar ze eigenlijk helemaal niet klaar voor zijn, zoals middelengebruik en lichte vormen van jeugddelinquentie. Dit heeft te maken met het feit dat deze meisjes aandacht trekken van oudere jongens, waardoor zij hiermee in aanraking komen. Naast het bovenstaande gedrag kan de

vroege rijping ook zorgen voor minder goede relaties met familieleden en vrienden (Mönks & Knoers, 2009, p. 244).

2.1.2. Cognitieve ontwikkeling

Piagets theorie beschrijft de cognitieve ontwikkeling. Deze ontwikkeling verloopt volgens Piaget volgens vier verschillende stadia; het sensomotorische stadium (0 tot 2 jaar), het preoperationele stadium (2 tot 6/7 jaar), het concreet operationele stadium (6/11 tot 11/12 jaar) en het formeel operationele stadium (11/12 jaar en ouder).

De jongeren uit de jeugdkliniek zitten, gezien hun leeftijd, in het formeel operationele stadium. Dat houdt in dat de jongere op abstract niveau kan nadenken. Het denken wordt flexibeler. Er wordt niet alleen nagedacht over de omgeving en de realiteit, maar ook over 'wat als...'-vraagstukken. Het belangrijkste kenmerk van het formeel operationele stadium is het vermogen tot hypothetisch-deductief redeneren. Dat is een vorm van probleem oplossen waarbij de mogelijke oplossingen vergelijkend afgewogen worden (Beemen, 2010, p. 116). Ook volgens Schaie zou de jongere zich bevinden op het niveau waarin het beginnende formele, abstracte denken zich ontwikkelt (Rögels, 2011, p. 59). Een jongere in dit stadium kan beredeneerd een antwoord geven op de volgende vraag; 'welk plaatje volgt hierna?'



De jongeren in de jeugdkliniek moeten, gezien hun leeftijd, een logisch beredeneerd antwoord kunnen geven. Dit is in het formeel operationele stadium mogelijk. Daarnaast moeten de jongeren 'wat-als-vragen' kunnen beantwoorden. Het is echter maar de vraag of zij dit inderdaad kunnen, gezien hun verleden en problematiek.

2.1.3. Persoonlijkheidsontwikkeling

Erikson en Havighurst

De theorie die hierbij het meest voor de hand liggend is, is de theorie van Erikson. Erikson deelt de menselijke levensloop in acht stadia in. In elk stadium zijn ontwikkelingsstaken geformuleerd door Havighurst (zie tabel 3).

Tabel 3 Acht stadia in de menselijke levensloop (Rögels, 2011, p. 65)

Fase	Leeftijd (in jaren)	Psychosociale crisis	Psychosociale kwaliteiten	Belangrijkste ontwikkelingsstaken
1	0-1	Vertrouwen vs. wantrouwen	Nemen en geven	- Leren lopen - Vast eten gebruiken - Praten - Zindelijk worden
2	1-3	Autonomie vs. schaamte, twijfel	Vasthouden en loslaten	Begrippen en taal leren gebruiken in de sociale realiteit
3	3-6	Initiatief vs. schuld	Iets 'maken' en 'namaken'	Rijp zijn om te leren lezen
4	6-12	Constructiviteit, vlijt vs. minderwaardigheid	Iets construeren	- Fysieke vaardigheden ontwikkelen om te spelen - Leren samenspelen met leeftijdgenoten - Leren de juiste sekserol te gebruiken - Leren lezen, schrijven en rekenen
5	12-22	Identiteit vs.	Zichzelf zijn (in	Aangaan met relaties van

		identiteitsverwarring	groepen)	leeftijdsgenoten van beide seksen • Onafhankelijk worden van ouders
6	22-34	Intimiteit vs. isolement	Zichzelf verliezen en vinden in een ander	• Een partner uitzoeken • Leren leven met een vaste partner • Een gezin beginnen en opvoeden • Een huishouden runnen • Een beroep uitoefenen • Burgerlijke verantwoordelijkheid op zich nemen • Verwante sociale groep vinden
7	34-65	Generativiteit vs. stagnatie	Verwekken en zorg dragen voor het behoud van de mensheid	• Begeleiden van opgroeiende pubers • Verwerven van volwassen sociale en burgerlijke verantwoordelijkheid • Een bevredigende loopbaan opbouwen • Aanpassen aan ouders wordende ouders • Accepteren en aanpassen aan fysieke veranderingen
8	65-...	Ego-integriteit vs. wanhoop	Zijn, geleefd hebben en aanvaarden niet meer te zullen zijn	• Aanpassen aan vermindering van fysieke kracht • Aanpassen aan verminderd inkomen • Aanpassen aan pensionering • Aanpassen aan dood van partner • Aanpassen aan nieuwe sociale rollen

In de adolescentieperiode wordt volgens Havighurst onder andere verwacht dat er relaties aan worden gegaan met leeftijdsgenoten van verschillende seksen. Ook worden jongeren onafhankelijk van hun ouders (zie tabel 3). De ontwikkelingstaken die volgens Mönks en Knoers (2009) van belang zijn, zijn het accepteren van de lichamelijke veranderingen en het accepteren van je geslacht, namelijk man of vrouw. De voorbereiding op huwelijk en gezin en het ontwikkelen van een bewuste waardenschaal hoort ook bij deze periode. Evenals het voorbereiden op economische onafhankelijkheid en het maken van een beroepskeuze en opleidingskeuze (Mönks et al., 2009, p. 19).

De ontwikkelingstaken van Havighurst zijn in de periode van jong volwassenen het uitzoeken van een partner en leren leven met een vaste partner. Daarnaast zijn het starten van een gezin, het runnen van een huishouden en uitoefenen van een beroep belangrijke ontwikkelingstaken. Mönks en Knoers (2009) voegen hieraan toe dat burgerlijke verantwoording nemen en een verwante sociale groep vinden ook taken in de ontwikkeling van een jongvolwassene zijn (Mönks et al., 2009, p. 19).

Uit tabel drie blijkt dat de identiteitsontwikkeling centraal staat bij de jongeren waar het onderzoek over gaat. Deze jongeren bevinden zich in de fase waarin identiteit vs. identiteitsverwarring een grote rol speelt. Erikson ziet de ontwikkeling van een eigen identiteit als centrale taak van de adolescentie. In deze periode vinden ingrijpende veranderingen plaats, zoals lichamelijke rijping, psychoseksuele ontwikkeling en toenemend abstractievermogen. Ook verandert de positie ten opzichte van de ouders geven. Dit geeft aanleiding tot identiteitsvragen zoals 'wie ben ik?' en 'hoe wil ik zijn?' (Beemen, 2010, p. 177). Jongeren moeten zoveel mogelijk de positieve kant van de identiteitsontwikkeling realiseren, wat betekent dat zij een stevige identiteit uitbouwen. Als hen dit niet lukt dan kan dit leiden tot identiteitsverwarring (Mönks et al., 2009, p. 259). Wanneer een jongere te maken heeft met identiteitsverwarring is het mogelijk dat hij of zij geen overzicht meer heeft en daardoor lastig keuzes kan maken. De jongeren die een identiteitsverwarring ervaren, hebben doorgaans een negatief zelfbeeld. Deze jongeren kunnen zich sterk laten beïnvloeden door anderen. Hierdoor kunnen zij in ernstige problemen komen als zij zich bij verkeerde groepen aansluiten. In sommige gevallen kan een dergelijke aansluiting zorgen voor criminaliteit, middelengebruik of een gokverslaving (Beemen, 2010, p. 182).

Een eigen identiteit, dus een zoveel mogelijk ontwikkelde positieve kant, is volgens Erikson bereikt op het moment dat er aan vier voorwaarden voldaan is. Allereerst zou er een gevoel van samenhang en continuïteit moeten zijn. Daarnaast zou er sprake moeten zijn van wederzijdsheid, mijn omgeving zou mij moeten zien zoals ik mijzelf zie. Ook is het van belang dat er sprake is van zelfacceptatie. Er zullen idealen aanwezig moeten zijn om een toekomstperspectief toe te kunnen voegen aan het identiteitsbesef (Beemen, 2010, p. 177). De adolescentie speelt in de ontwikkeling van de identiteit een belangrijke rol. Hierin komen vroegere ontwikkelingen bij elkaar en is de kiem voor de latere ontwikkelingen al aanwezig (Mönks et al., 2009, p. 259). Wanneer er in het verleden van de jongere al sprake is geweest van een stagnatie op het gebied van de eerdere ontwikkelingstaken, kan dit ertoe leiden dat het ontwikkelen van een eigen identiteit bijna onmogelijk is. In de jeugdkliniek is er bij veel jongere sprake van vroege problematiek. Hier krijgen zij op een later moment in hun leven vaak meer last van.

Stagnatie in persoonlijkheidsontwikkeling

Per ontwikkelingsstaak kan er een conflict ontstaan tussen de twee uitdagingen die Erikson omschrijft, de psychosociale crisis. Wanneer een kind in zijn of haar ontwikkeling te maken heeft gekregen met een slechte kans tot ontwikkeling in één van de fasen, zou dit ertoe kunnen leiden dat de jongere zonder doel, oppervlakkig en niet voorbereid op psychische uitdagingen in het leven staat. Deze jongeren zullen het naar verwachting moeilijker vinden om zich open te stellen voor anderen en om 'intiem' te zijn (Berk, 2008, p. 598).

Wanneer de ontwikkelingsopdrachten niet goed uitgevoerd kunnen worden treden er stagnaties in de ontwikkeling op. Als een klein kind in de eerste maanden geen basisvertrouwen ontwikkelt, kan dit kind niet op de vriendelijkheid en het meeleven van anderen rekenen. Dit kind zal zichzelf beschermen door zich af te sluiten voor mensen om zich heen, wat tot uiting kan komen in hechtingsproblematiek (Berk, 2008, p. 252).

Sommige jongeren hebben een zwak gevoel voor vertrouwen en moeite om idealen te vinden. Als dat zo is, zal een actieve zoektocht naar een eigen identiteit ook moeilijk worden. Deze jongeren hebben in de leeftijd tussen de één en drie jaar de psychosociale crisis van autonomie vs. schaamte en twijfel, niet doorstaan.

In de periode van vlijt vs. minderwaardigheid kan er een onbalans zijn in het doorstaan van de psychosociale crisis. Wanneer je in je verleden geen gevoel voor vlijt hebt kunnen ontwikkelen is het moeilijker om doelen te selecteren die passen bij dat wat je kunt en leuk vindt. Dit komt vervolgens in de periode van identiteitsvorming weer naar voren.

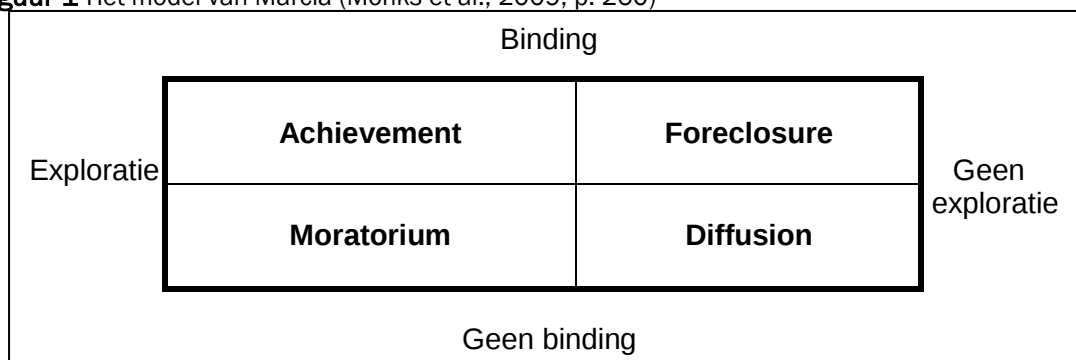
Steinberg (geciteerd in Delfos, 2012, p. 193) geeft aan dat er drie vragen moeten worden beantwoord om te kijken of problematisch gedrag in de adolescentie duidt op een problematisch verlopende ontwikkeling of op normale uitingen van de ontwikkeling van de adolescent. Door

deze vragen na te gaan, kan men bekijken of er een conflict is ontstaan in de ontwikkelingsfasen of dat de uitingen afkomstig zijn uit de adolescentieperiode. De vragen betreffen de duur van de gedragingen en de spanningen die jongeren ervaren bij nieuwe taken. Ook de vraag waar de problemen nu eigenlijk echt vandaan komen, vanuit de adolescentie of van de tijd voor de adolescentie hoort hierbij.

Marcia

De Amerikaanse onderzoeker Marcia heeft, in tegenstelling tot Erikson, vier typen identiteiten onderscheiden. Deze typen noemt hij identiteit statussen. De vier typen geven aan wat de status van de jongere is ten aanzien van de identiteit. Erikson sprak alleen over jongeren die een identiteit gevormd hadden en jongeren die in identiteitsverwarring verkeerden. Marcia kwam er door ervaring achter dat er meer typen zouden moeten zijn. Marcia heeft gekeken of er al dan niet duidelijke bindingen met de omgeving zijn aangegaan. Ook kijkt Marcia of er een periode van exploratie heeft plaatsgevonden. Door deze criteria te combineren ontstaan vier statussen (zie figuur 1).

Figuur 1 Het model van Marcia (Mönks et al., 2009, p. 260)



De status van *achievement* houdt in dat de identiteit is afgerond, door middel van exploratie en eigen keuzes maken. De jongeren die zich in deze status bevinden hebben vaak weinig angstige gevoelens en hebben een hoge zelfwaardering. Wij verwachten in de kliniek geen jongeren tegen te komen die deze status hebben bereikt, mogelijk door hun middelengebruik. Maar in veel gevallen waarschijnlijk ook aangezien zij nog bezig zijn met de achterliggende stagnaties in hun ontwikkelingsfasen en -taken.

De status van *moratorium* gaat over de jongeren met een afwachtende identiteit. De jongeren die zich in deze status bevinden zijn nog bezig met het exploratieproces. Er zijn nog geen definitieve bindingen aangegaan.

Jongeren die zich volgens de tabel in de *foreclosure*-status bevinden, hebben hun identiteit voortijdig afgesloten. Deze jongeren zijn te herkennen aan het feit dat zij geen exploratie door hebben gemaakt en dat zij zich hebben laten leiden door anderen. Bij deze status is het ervaren van angst vrijwel niet aan de orde, maar lijkt zelfstandigheid ook niet voorop te staan. Deze personen denken vaak autoritair en etnocentrisch. Zij conformeren hun morele denken sterk aan de groep waartoe ze behoren.

De laatste status is de status van *diffusion*, of de verwarde identiteit zoals Erikson deze ook noemt. De jongeren hebben geen definitieve keuzes gemaakt en zijn geen bindingen aangegaan. Daarnaast zijn de jongeren ook niet op zoek naar rollen en identiteitsaspecten die passend zijn. De jongeren hebben vaak een lage zelfwaardering en ervaren veel angst.

2.1.4. Morele ontwikkeling

De morele ontwikkeling van jongeren is te benaderen vanuit de theorie van Kohlberg. Er zijn verbanden te leggen tussen de vier typen identiteit en de niveaus van morele ontwikkeling. De jongeren die zich in de status van *achievement* bevinden, gedragen zich in moreel opzicht op het

post conventionele niveau. Zij denken op basis van algemeen ethische principes en handelen niet door blindelings de maatschappij te volgen. Deze jongeren gedragen zich autonoom en onafhankelijk. Drugs- en alcoholmisbruik komt in deze groep jongeren weinig voor.

Als je de jongeren uit de status van *moratorium* bekijkt dan kun je zeggen dat ook deze jongeren op het post conventionele niveau zitten wat betreft de morele ontwikkeling. De jongeren maken hun eigen keuzen en nemen persoonlijk de verantwoordelijkheid voor hun beslissingen. Onder deze categorie jongeren komt drugsgebruik zeker voor. De jongeren zijn onzekerder en angstiger dan de jongeren die zich in de status van *achievement* begeven.

Wanneer de status van *foreclosure* wordt bekeken, kun je zeggen dat de jongeren in deze status vaak op het conventionele niveau staan van morele ontwikkeling. Dat houdt in dat de jongeren zich sterk conformeren aan de groep waar zij zich in bevinden en de groepsnormen onderschrijven. Deze groep jongeren staat vaak sterk afkeurend tegen drugs en alcohol.

In de status van de verwarde identiteit kun je zeggen dat de jongeren denken op een pre conventionele wijze. De jongeren zijn vaak weinig autonoom en hebben de neiging om impulsief en ondoordacht te reageren. In deze groep komt problematisch drugsgebruik vaker voor dan in de andere groepen. De jongeren hebben moeite met het ontwikkelen van intieme relaties (Beemen, 2010, p. 193-195).

2.2. Welke gedragspatronen zijn specifiek voor jongeren met verslavingsproblematiek?

De mens is een biologisch complex wezen. De mens wordt gezien als een individu met zijn individuele eigenschappen, karaktertrekken, drijfveren, motivaties en gedragingen. De mens is onderdeel van een sociaal systeem waarin hij functioneert onder invloed van historische, culturele en economische invloeden. Verslaving heeft vaak te maken met deze verschillende invloeden, want op meerdere vlakken zijn de aspecten verstoord geraakt. Een ontregeling op één van de vlakken is meestal niet voldoende om te leiden tot een verslaving. Een verslaving heeft over het algemeen zowel een biologisch, psychologisch als sociaal aspect en kan benaderd worden vanuit het biopsychosociale model. Problemen en interventies op de verschillende vlakken kunnen gevolgen hebben voor de twee andere vlakken (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 25).

2.2.1. Biologisch en leeraspect van verslaving

Vanuit neurobiologisch perspectief benadert men verslaving vanuit drie systemen: het beloningsstelsel, het leer- en geheugensysteem en het zelfcontrolesysteem. Deze drie systemen zijn verstoord geraakt door het veelvuldige middelengebruik. Het beloningssysteem heeft te maken met neuronen in diverse regio's van de hersenen die specifiek reageren op gebeurtenissen die 'lonend' zijn. Het leer- en geheugensysteem heeft te maken met het feit dat een verslaafde continu gefocust is op het middel dat hij nodig heeft. Het overgaan van verlangen naar excessief hunkeren wordt verklaard vanuit het gevoeliger worden door herhaaldelijk gebruik, sensitisatie (Rutten et al., 2009, p. 34). Het zelfcontrolesysteem hangt samen met de gevolgen van langdurig gebruik op de hersenen.

Er is aangetoond dat langdurig middelengebruik de prefrontale cortex in de hersenen beïnvloedt. De prefrontale cortex is betrokken bij hogere cognitieve en emotionele functies. Dit zijn onder andere beslissingen nemen, plannen, sociaal gedrag en impulsbeheersing (NX Domain, z.d.). De individuele reactie op middelengebruik hangt af van de soort verslavende stof en de individuele gevoeligheid van iemands neurotransmittersysteem. De mogelijkheid bestaat dat een individuele reactie tot uiting komt in een stoornis welke te vinden is in de DSM IV op as één. Er is steeds meer bewijs dat middelengebruik blijvende schade aanricht in de zich ontwikkelende hersenen (Nieuwenhuizen, 2012, p. 18).

De verhoogde kwetsbaarheid voor verslaving in de adolescentie is te herleiden naar de hersenen. De veranderende hersenstructuren bepalen voor een deel, naast individuele temperamentverschillen, het typische adolescentiegedrag (Nieuwenhuizen, 2012, p. 19). De prefrontale cortex is bij jongeren volop in ontwikkeling. Door nieuwe inzichten zegt men dat jongeren impulsieve en risicovolle keuzes maken. De ratio kan niet altijd winnen van de impulsen afkomstig van het emotionele brein.

“Adolescenten zijn minder gevoelig voor de directe gevolgen van middelen, dan volwassenen. Aan middelen gerelateerd leergedrag is juist sterker bij adolescenten. Bij middelen gerelateerd leergedrag worden middelen geassocieerd met beloning” (Snoek, Wits, Stel & Mheen, 2010, p. 40). Dit komt doordat hun beloningssysteem sterk emotioneel beladen is. Dat heeft tot gevolg dat de jongeren de directe gevolgen als positief ervaren. Daarbij komt dat de jongeren de lange termijn gevolgen, die negatief kunnen zijn, vaak niet overzien (Snoek et al., 2010, p. 40). De hersensystemen die bij een verslaving een rol spelen zijn bij adolescenten minder ontwikkeld. Dit maakt dat ze extra gevoelig zijn voor middelengebruik.

De korte termijn gevolgen van middelengebruik zijn zichtbaar in onder andere het gedrag van jongeren. Het effect van alcohol op jongeren hangt af van de ‘bloed alcohol concentratie’ waarde (BAC-waarde). Bij een lage waarde is het effect een aangenaam en vrolijk, opgewekt gevoel. De gevolgen van een te hoge BAC-waarde zijn duizeligheid, braken, slaperigheid en bewustzijnsverlies. Het gevolg van alcoholgebruik is tevens dat de remmingen verminderen en je reactievermogen wordt verlaagd. Het verband tussen risicovol gedrag onder jongeren hangt hiermee samen. Hun natuurlijke remmingen verminderen en hun reactievermogen neemt af. Volgens de Beer & van de Glind (geciteerd in Hasselt, 2010, p. 13) hangt een hoge mate van alcoholgebruik samen met veel soorten risicogedrag, zoals gewelddadig gedrag en verkeersongevallen. Uit onderzoek is ook gebleken dat jongeren die eerder beginnen met alcoholgebruik, een groter risico lopen om een alcoholverslaving te krijgen. Uit onderzoek van Hingson & Zha (geciteerd in Hasselt, 2010, p. 14) bleek dat de kans op alcoholafhankelijkheid gedurende de onderzoeksperiode groter zou zijn op het moment dat de respondenten vroeger begonnen waren met drinken.

De directe gevolgen van drugs op jongeren zijn bij cannabis soortgelijk als bij alcohol. Ze veroorzaken beiden een verminderde reactiesnelheid (Kerssemakers et al.; Van Amsterdam et al.; geciteerd in Hasselt, 2010, p.71). Volgens Nabben & Korf (geciteerd in Hasselt, 2010, p. 71) ervaren gebruikers de combinatie van cannabis en alcohol vaak als prettig. De combinatie van de middelen vermindert de negatieve effecten. Cannabisgebruik heeft naast een ontspannende werking ook een verandering in de waarneming tot gevolg. Cannabisgebruik heeft ook een effect op het cognitieve functioneren door langdurig gebruik. Na het beëindigen van het gebruik herstelt het cognitief functioneren zich echter na enkele dagen tot weken (Van Laar; geciteerd in Hasselt, 2010, p. 70). Dit wijkt af van langdurig gebruik van alcohol. Uit onderzoek blijkt dat veranderingen in de hersenfunctie bij mensen alleen zijn gevonden voor extreem zwaar en langdurig cannabisgebruik (Hasselt, 2010, p. 70).

Het gebruik van drugs als ecstasy, cocaïne en GHB hebben specifieke effecten op jongeren. Het gebruik van ecstasy kan volgens Pennings, Eilering & de Wolf (geciteerd in Hasselt, 2010, p. 71) door veelvuldig gebruik in het verleden mogelijk leiden tot verstoring van de hersenfuncties, zoals stemming, geheugen en concentratievermogen. Het effect van cocaïne hangt af van de manier waarop het wordt ingenomen. Als het wordt gesnoven, dan komt het minder snel in het bloed dan wanneer het wordt gerookt. Het gebruik van cocaïne verhoogt het risico op hartproblemen. Het gevaar van GHB schuilt zich in het feit dat het verschil tussen recreatief en overmatig gebruik klein is. De meest gangbare effecten van recreatief gebruik zijn: vermoeidheid, vergeetachtigheid, misselijkheid, overgeven en stuip trekkingen. Bij een overdosering kan iemand in een coma terecht komen (Hasselt, 2010, p. 71).

2.2.2. Psychologische factoren

Internaliserend of externaliserend gedrag

Specifiek gedrag van jongeren gekoppeld aan riskant middelengebruik wordt in onderzoeken opgedeeld in twee groepen. Aan de ene kant zie je teruggetrokken jongeren met internaliserend gedrag zoals angst en bezorgdheid. Aan de andere kant zie je uitbundige jongeren met externaliserend gedrag, zoals agressiviteit en impulsiviteit. Problemen die te maken hebben met vroeg externaliserend of internaliserend gedrag kunnen het gebruik van middelen voorspellen (Schutter, Van Bokhoven, Vanderschuren, Lochman & Matthys; geciteerd in Nieuwenhuizen, 2012, p. 21). Als er in de kindertijd sprake is geweest van vermijdende en teruggetrokken reactie op de omgeving, dan voorspelt die reactie sociale en algemene angst in de adolescentie. Men bedoelt daarmee emotionele problemen, zoals teruggetrokken gedrag en een gebrek aan zelfvertrouwen. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat kinderen die in hoge mate externaliserend gedrag en gedragsstoornissen vertonen, later een groter risico lopen om tijdens de adolescentie middelen te zullen gebruiken en misbruiken (Sloboda, Glantz & Tarter; geciteerd in Nieuwenhuizen, p. 21).

Middelengebruik en buitensporig gedrag

Uit onderzoek is gebleken dat er een verband bestaat tussen alcoholgebruik en bepaalde typen seksueel gedrag door jongeren (Hasselt, 2010, p. 15). De remming en zelfsturing neemt af door het alcoholgebruik, wat dit gedrag mogelijk kan verklaren. Er is tevens een overtuigend verband te vinden tussen alcoholgebruik en agressie in verscheidene onderzoeken (Hoaken & Stewart; Chermack & Giancola; Bushman & Cooper; NIGZ; Murdoch et al.; geciteerd in Hasselt, 2010, p. 16). Hierbij gaat het meestal om ongepland geweld dat voortkomt uit sociale interactie en conflict (Graham & Homel; geciteerd in Hasselt, 2010, p. 16). Het is geen feit dat iedere jongere door het gebruik van alcohol agressief wordt. Impulsieve jongeren vertonen sneller agressief gedrag na het drinken van alcohol (Fulwiler et al., geciteerd in Hasselt, 2010, p. 16). Een belangrijke factor is de verwachting die jongeren hebben met betrekking tot agressie na alcoholgebruik (Hasselt, 2010, p. 16). Wanneer jongeren verwachten dat ze agressief zullen worden na het gebruik van alcohol, speelt dat een rol in de werkelijke uitwerking van het middel (Leonard et al.; geciteerd in Hasselt, 2010, p. 16). Impulsiviteit als risicovol persoonlijkheidskenmerk wordt later toegelicht.

Er is geen directe relatie tussen drugs en geweld. Er is geen bewijs dat cannabis en hallucinogene stoffen aanzetten tot geweld. Een middel als cocaïne of amfetamine kan echter wel tot agressief gedrag leiden, mogelijk door de stimulerende werking van de stof (Hasselt, 2010, p. 74). Dit is geen direct effect van het middel, want het wordt mede bepaald door iemands gemoedstoestand. Wanneer er sprake is van gameverslaving blijkt buitensporig gedrag ook voor te komen. Een gameverslaving leidt tot een toename in agressief gedrag, ongeacht de inhoud van de games.

Persoonlijkheidskenmerken als risico voor middelengebruik

Volgens Conrad, Stewart & Dongier (geciteerd in Snoek et al., 2010, p. 43.) geven bepaalde persoonlijkheidskenmerken een risico op middelengebruik. Hopeloosheid, negatief denken en gevoeligheid voor angst worden door hen als risicofactoren voor middelengebruik gezien. In onderzoek (Conrad et al.; geciteerd in Snoek et al., 2010, p. 43) zijn een angstig karakter en een sensatiezoekend karakter onderzocht in combinatie met middelengebruik. De groep sensatiezoekers is vooral gericht op het plezier van de middelen. Deze groep drinkt vergeleken met andere groepen vaker om dronken te worden. De groep angstig-gevoelige personen waarderen de kalmerende werking van de middelen. Deze kalmerende werking helpt hen om minder angstig te zijn om 'ergens bij te horen' of problemen op dat gebied. Er is dus gebleken dat in beide groepen een verschillende coping strategie wordt toegepast (Snoek et al., 2010, p. 43). Deze twee groepen jongeren verblijven ook in de jeugdkliniek, waardoor deze coping strategieën waarschijnlijk ook terug te vinden zijn.

Volgens Franken, Muris en Georgieva (geciteerd in Snoek et al., 2010, p.44) is impulsiviteit een belangrijke risicofactor voor middelengebruik. Impulsiviteit splitst men op in een hoge gevoeligheid voor beloning wat zal leiden tot impulsiviteit en impulsiviteit op zichzelf staand.

Huurre, Lintonen, Kaprio, Pelkonen, Marttunen en Aro (geciteerd in Snoek et al., 2010, p.44) noemen daarnaast een lage eigenwaarde nog als een risicofactor voor middelengebruik. Dit geldt volgens hen alleen voor jongens.

Jongeren met een laag zelfvertrouwen, die een hoge mate van activiteit, sociale terugtrekking of starheid vertonen worden ook wel een complex temperament genoemd. Zij drinken over het algemeen meer alcohol en hebben meer kans op alcoholmisbruik (Snoek et al., 2010, p. 44).

Uit onderzoek is gebleken dat een hoge mate van zelfregulatie en hoge sensitiviteit voor genot het risico voor levenslang cannabisgebruik beïnvloedde via contact met cannabis gebruikende peers (Creemers et al.; geciteerd in Snoek, 2010, p. 45). Een hoge mate van zelfregulatie onder jongeren zorgt ervoor dat ze minder geneigd zijn om te gaan met cannabis gebruikende peers. De jongeren met een hogere mate van sensitiviteit voor genot gingen meer om met peers die cannabis gebruikten. Door verlegenheid bij jongeren leek het risico op cannabisgebruik te verminderen, onafhankelijk van de cannabis gebruikende peers (Snoek et al., 2010, p. 45).

Lemmens, Valkenburg & Peter (2007-2010) hebben onderzoek gedaan naar de oorzaken van gameverslaving onder adolescenten. Uit dit onderzoek is gebleken dat eenzaamheid, lagere sociale competentie en een lager zelfbeeld oorzaken zijn voor een gameverslaving onder adolescenten. Daaruit werd geconcludeerd dat een verminderd psychosociaal welzijn kan leiden tot het ontwikkelen van een gameverslaving (Lemmens, Valkenburg, & Peter, 2007-2010). In andere literatuur zijn risicofactoren van gamende jongeren te vinden. Gameverslavingen ontstaan niet van de ene op de andere dag, maar ontwikkelen zich in de loop van de tijd. Er zijn signalen die wijzen op een zich ontwikkelende gameverslaving, namelijk overgewicht, slaaptkort, hoofdpijn, geïrriteerde ogen of rugklachten. Daarnaast kan een verslaving ook op psychisch gebied tot uiting komen. Jongeren die zich vervelen kunnen zich eerder gaan focussen op gamen. Jongeren die hun problemen willen onderdrukken zoeken een toevlucht in het gamen. Als jongeren moeten stoppen met gamen, kunnen ze extra geprikkeld raken. Ten slotte kunnen jongeren die extreem duidelijk ontkennen dat ze geen probleem hebben, juist een signaal afgeven dat ze kampen met een probleem (Clerkx, de Groot, & Prins, 2011, p. 134).

2.2.3. Sociale context

De gedragspatronen van jongeren met verslavingsproblematiek hangen vaak samen met de invloed van hun sociale context. Overmatig gebruik van alcohol en cannabis door jongeren op het voortgezet onderwijs gaat geregeld samen met spijbelen, slechte schoolprestaties en weinig motivatie om naar school te gaan. Dit blijken de belangrijkste aanwijzingen voor latere schooluitval (Hasselt, 2010, p. 15 en p. 73).

Uit kwalitatief onderzoek in Nederland onder achttien voortijdige schoolverlaters blijkt dat enkelen van hen fors cannabis gebruiken. Deze jongeren geven aan cannabis te gebruiken om van 'het gezeur en gedoe af te zijn'. Volgens de onderzoekers draagt het overmatig gebruik van cannabis bij aan de probleemsituatie van jongeren. Het versterkt het motivatiegebrek en hun gevoel van doelloosheid. Alcohol- en harddrugs kwamen in dit onderzoek niet naar voren als aanwijzingen voor voortijdige schooluitval (Hammink, Altenburg, & Schrijvers, 2011, p. 14).

De verwachting is dat gebruik van cannabis of alcohol niet alleen de schoolprestaties negatief beïnvloeden. De groep waarmee deze jongeren optrekken hebben ook een belangrijke invloed op de schoolprestaties, sommige jongeren zoeken naar leeftijdsgenoten die ook niet gericht zijn op een zo goed mogelijke prestatie. Deze jongeren kunnen zich bevinden in een '*peer group*' waarin afwijkend gedrag acceptabel of de norm is (Hasselt, 2010, p. 73). In tegenstelling tot de '*peer group*' die een belangrijke rol kan spelen in het middelengebruik, bekleden andere jongeren bij gameverslaafden juist geen belangrijke rol. Een gevolg van gameverslaving blijkt eenzaamheid te zijn.

Over het algemeen wordt aangenomen dat leeftijdsgenoten grote invloed hebben op het middelengebruik bij jongeren. In de periode van de adolescentie ervaren jongeren gevoelens van

onzekerheid over zichzelf en voelen ze zich in zekere mate afhankelijk van de uitingen en meningen van vrienden (Engels et al.; geciteerd in Franken & Brink van der, 2009, p. 77). In de adolescentiefase zijn mensen gemiddeld meer vatbaar voor de normen en waarden van anderen. Dit heeft te maken met de periode van identiteitsontwikkeling waarin deze jongeren zich bevinden. Jongeren willen vaak voldoen aan de verwachtingen van de groep. Op die manier voorkomen ze dat ze vrienden verliezen, alleen komen te staan en problemen ervaren met de eigen identiteit. Omgaan met vrienden is minder ingewikkeld wanneer je eigen gedrag gespiegeld is aan het gedrag van vrienden. Dit maakt jongeren extra kwetsbaar om risicogedrag te gaan navolgen of in stand te houden (Franken et al., 2009, p. 77).

Een cross-sectionele studie onder jongeren tussen de 14 en 16 jaar wijst uit dat jongeren die ooit cannabis hebben gebruikt gemiddeld minder tijd doorbrengen met hun ouders. In hun vrije tijd gaan deze jongeren vaker om met vrienden die roken, alcohol drinken, drugs gebruiken en die betrokken zijn bij criminele activiteiten. Bij jongeren die nooit cannabis hebben gebruikt is dit niet aan de orde (Hammink, Altenburg, & Schrijvers, 2011, p. 10). Een ander longitudinaal onderzoek laat zien dat het vroeg beginnen met drugsgebruik vriendschappen met drugs gebruikende vrienden bevordert, dus het drugsgebruik heeft invloed op de soort vrienden die je krijgt in de loop van je jeugd (Hammink et al., 2011, p. 11). De meeste onderzoeken naar de rol van vrienden gaat uit van de veronderstelling dat vrienden belangrijk zijn voor het middelengebruik. Jongeren oefenen onderling veel invloed uit. Echter is daar geen duidelijke uitspraak over te doen op basis van de meeste onderzoeken, aangezien er geen rekening is gehouden met mogelijke selectie-effecten. Bijvoorbeeld: een jongere kiest zijn vrienden juist omdat ze drugs gebruiken (Franken et al., 2009, p. 77).

Uit onderzoek is gebleken dat naast de algemene opvoeding ouders ook indirect invloed kunnen uitoefenen op het middelengebruik van jongeren. Bovenal door het beïnvloeden van de kennis die jongeren hebben over roken en drankgebruik. Recent onderzoek, over roken, stelt dat ouders door hun specifieke middelen specifieke opvoeding invloed hebben op de kennis die jongeren hebben over roken. Tevens is gebleken dat er een indirect verband bestaat tussen communicatie en rookgedrag. Wanneer ouders veelvuldig spreken over roken leidt dat onder jongeren tot een positievere houding tegenover roken, en een lagere eigen effectiviteit. De weerbaarheid om een verleiding te weerstaan is dan kleiner. Een hogere kwaliteit van communicatie tussen ouders en kinderen leidt tot een minder positieve houding ten opzichte van roken, en een hogere eigen effectiviteit (Franken et al., 2009, p. 74). De invloed en rol van ouders speelt mogelijk ook een rol in de reactie van de jongeren in de kliniek om wel of niet door te gaan met gebruiken.

2.3. Samenvatting

In de periode waarin jongeren de adolescentiefase en de jongvolwassenheid doorlopen komen er verschillende taken op hun pad die de jongeren moeten vervullen. Sommige jongeren hebben deze taken door hun achtergrond, omgevingsfactoren of middelengebruik niet goed kunnen doorlopen. Dit vergroot het risico op het vervallen in middelengebruik. Om een goed beeld van de jongeren te krijgen is het van belang om te kijken welke taken en fasen er precies bij deze jongeren horen. In de periode waarin de jongeren zich bevinden, ontwikkelen zij hun identiteit. Dit gaat gepaard met het aangaan van relaties met leeftijdsgenoten en het loskomen van de ouders. Daarnaast is het in de periode van de jongvolwassenheid van belang dat jongeren intimiteit zoeken en een partner zullen vinden. Jongeren maken in deze periode een groei naar zelfstandigheid door. Op het moment dat de jongere de psychosociale crisissen niet goed doorkomt, ontstaan er conflicten waardoor verschillende problemen optreden. Mogelijk komt dit op een latere leeftijd tot uiting in middelengebruik of andere verslavingsproblematiek.

De gedragspatronen van jongeren met verslavingsproblematiek hebben te maken met verschillende invloeden. Allereerst is er sprake van een (neuro)biologische invloed, wat ermee te maken heeft dat jongeren nog niet goed in staat zijn om lange termijn gevolgen in te zien. Ook het maken van weloverwogen keuzes is moeilijk, doordat de prefrontale cortex nog niet is volgroeid. Daarmee hangt samen dat veel jongeren erg gevoelig zijn voor directe beloningen en ze erg

impulsief en ondoordacht kunnen reageren. Ten tweede heeft externaliserend en internaliserend gedrag van jongeren invloed op verslavingsproblematiek. Jongeren die vroegtijdig extreem externaliserend of internaliserend gedrag vertonen hebben vaak eerder te maken met middelengebruik. Daarnaast zien we ook dat buitensporig gedrag samenhangt met verslavingsproblematiek. Ten derde hebben persoonlijkheidskenmerken invloed op het verslavingsgedrag van jongeren. Ook de sociale context heeft invloed op de verslavingsproblematiek van de jongeren. Dit kan te maken hebben met de invloed van de '*peer group*' op het middelengebruik, de relatie tussen voortijdige schooluitval en middelengebruik of de invloed van ouders op het middelengebruik.

Vanuit de theorie in paragraaf 2.1 kiezen we een aantal onderwerpen die we meenemen in de uitvoering van de interviews. De problematiek van de jongeren zou belemmerend kunnen zijn in de ontwikkeling van de jongeren. Dit houden wij in onze gedachten voor het moment dat wij de interviews in gaan.

Doordat er in het verleden van en jongeren al veel mis kan gaan, waardoor er mogelijk problematiek ontstaat, is het verleden ook een belangrijk onderwerp om mee te nemen in de topiclijst. Als een kind geen basisvertrouwen heeft kunnen ontwikkelen, kan dit leiden tot hechtingsproblematiek. Dit blijft doorwerken in het leven van een kind, waardoor mogelijk problemen ontstaan op het gebied van vertrouwen. Dit onderwerp zullen wij daarom ook meenemen in de topiclijst. Het model van Marcia en de morele ontwikkeling van Kohlberg nemen wij mee in het uitvoeren van de interviews, om ook te kunnen zorgen dat wij goed aansluiten bij de jongeren.

Vanuit de theorie in paragraaf 2.2. nemen wij ook een aantal onderwerpen mee in de topiclijst. Een verslaving heeft een grote impact op het ontwikkelende brein van een jongere, waardoor we ervoor kiezen om verslavingsproblematiek op te nemen in de topiclijst. Naast de impact die het op het brein heeft is een verslaving zo nadrukkelijk aanwezig in het leven van een jongere, dat het heel belangrijk is om dit aspect ook te belichten. Verder wordt de invloed van belangrijke andere zoals vrienden, '*peer groups*' of ouders benoemd, die we ook zullen meenemen als onderwerp in de topiclijst.

De ontwikkeling van jongeren en bovenstaande invloeden kunnen indirect impact hebben op de overwegingen die jongeren maken, ook gedurende hun tijd in de jeugdkliniek. Daarom nemen we deze aspecten in hoofdstuk vijf mee. Daarin kijken we naar de redenen die jongeren geven om de behandeling voortijdig te verlaten of de behandeling af te ronden.

Zoals wij in paragraaf 2.2. omschrijven is het brein van een jongere gericht op directe beloning, wat de jongeren in hun verslaving waarschijnlijk gevonden zullen hebben. De kliniek speelt in op deze behoefte van jongeren door te werken volgens de ACRA methode, waarin belonen een centraal aspect is en straffen vrijwel niet voorkomt. In het volgende hoofdstuk zullen wij ingaan op de ACRA methode.

3. De ACRA methode en voortijdige uitval

In dit hoofdstuk kijken we naar de ACRA methode, die is geïmplementeerd in de jeugdkliniek in Tiel. In de eerste paragraaf beschrijven we wat de ACRA methode inhoudt en hoe deze in de jeugdkliniek wordt toegepast. In deze paragraaf beschrijven we wat de ACRA methode zegt over terugval en kijken we naar wat andere onderzoeken zeggen over voortijdige uitval en de ACRA methode. Daarnaast beschrijven we een samenvatting van een expertinterview met Hendrik Roozen, de persoon die de ACRA methode in Nederland introduceerde. In de tweede paragraaf kijken we naar wat er uit eerder onderzoek gebleken is en mogelijk bijdraagt aan voortijdige uitval.

3.1. Wat is de ACRA methode?

De *Adolescent Community Reinforcement Approach* (ACRA) is de methode waarmee de jeugdkliniek in Tiel werkt. De ACRA methode is een afgeleide van de procedures uit de *Community Reinforcement Approach* (CRA). De CRA is van oorsprong een Amerikaans gedragstherapeutisch behandelprogramma gebaseerd op de operante leerprincipes van B.F. Skinner. De CRA behandeling richt zich op het ontwikkelen van een nieuwe leefstijl die meer beloning geeft dan een leefstijl waarin middelengebruik centraal staat (Roozen & Greeven, 2011).

Meyers en Smith (geciteerd in Roozen et al., 2011, p. 13) beschrijven de theoretische fundamenteën van CRA als volgt: 'CRA benadrukt de rol van omgevingsfactoren bij het stimuleren of ontmoedigen van middelengebruik. De CRA probeert deze factoren zo te beïnvloeden dat een levensstijl zonder middelengebruik meer belonend is dan een levensstijl met middelengebruik. CRA combineert de operante conditionering met een sociale-systeembenadering. De overkoepelende filosofie daarbij is de omgeving positief te benutten om gezonde en duurzame veranderingen in de levensstijl van de cliënt te realiseren en daarbij het middelengebruik actief te ontmoedigen'.

De CRA methode is voor adolescenten aangepast zodat de methode kon voldoen aan de specifieke behoeften van de jongeren die verslavingsproblematiek hebben (Roozen et al., 2011, p. 12). De ACRA is een behandelprogramma gericht op het stoppen, dan wel op het verminderen, van verslavingsproblematiek bij jongeren (Roozen et al., 2011, p. 5). De ACRA als behandelmethode en behandelvisie staat centraal in de jeugdkliniek. Alle aspecten binnen de behandeling worden hierop aangepast (Nieuwenhuizen, 2012, p. 12).

3.1.1. Implementatie in jeugdkliniek

De behandeling in de jeugdkliniek kent twee fasen. Fase één bestaat uit een detoxfase. De jongeren kicken binnen twee, drie of vier weken af van de verslavende middelen. Fase twee bestaat uit de behandeling en diagnostiek en duurt ongeveer twaalf weken. In deze fase leren de jongeren welke gezonde activiteiten hen voldoening geven en hoe ze hun leven zonder gebruik op een zinvolle manier kunnen inrichten. Het is mogelijk om bij fase twee in te stromen, indien de jongere niet hoeft af te kicken (IrisZorg, 2012). Als beide fasen zijn afgerond is het meestal zo dat de jongere een nazorgtraject volgt bij IrisZorg of één van de ketenpartners van IrisZorg.

De procedure in de jeugdkliniek gaat als volgt; aan het begin van de therapie maakt een jongere een functieanalyse initieel assessment van zijn gedrag en stelt op grond hiervan, door middel van specifieke vragenlijsten, doelgebieden vast waaraan de therapie wordt aangepast. Een functieanalyse initieel assessment houdt in dat de jongere nagaat welke functie het middelengebruik in zijn leven heeft. De therapeut leert de jongere hoe hij zijn omgeving kan gebruiken bij positieve veranderingen en op welke manier hulpbronnen kunnen worden aangeboord. De jongeren krijgen in verschillende modules vaardigheden aangeleerd in communicatie, probleemoplossing en terugvalpreventie. De betrokkenheid van het gezin bij de behandeling wordt sterk gestimuleerd. Met name de betrokkenheid van ouders/verzorgers en belangrijke anderen. De ACRA gaat uit van een positieve en enthousiaste benadering, zowel naar

de jongeren als naar de verzorgers van de jongeren. ACRA therapeuten en behandelaren zijn zelden confronterend (Godley et al.; geciteerd in Nieuwenhuizen, 2012, p. 13 en 14). Verder is de insteek van ACRA praktisch ingericht.

In de jeugdkliniek in Tiel maakt men gebruik van de training 'omgaan met verslaving'. Het trainersboek hiervan hebben wij aan de brondocumenten toegevoegd. In de jeugdkliniek maken ze tevens gebruik van een 'functie analyse bij een terugval'. Deze is ook terug te vinden in de brondocumenten. We nemen deze documenten mee in het onderzoeksverslag, omdat ze relevant zijn voor de beantwoording van onze vraagstelling.

3.1.2. Terugval

In de ACRA methode is er een gedeelte opgenomen over terugval in de behandeling. Terugval betekent dat de jongeren gedurende de behandeling weer terugvallen in middelengebruik. In de jeugdkliniek is er geregeld sprake van terugval bij de jongeren. De behandeling is een cyclisch proces, met ups en downs. De jongeren kunnen na een terugval de draad van de behandeling weer kunnen oppakken, ook als dit gebeurt tijdens de klinische opname.

Hoewel ons onderzoek niet gaat over terugval, achten wij dit onderwerp belangrijk aangezien het een essentieel onderdeel is van de behandeling. Mogelijk speelt dit een rol bij voortijdige uitval. De terugvalpreventie vanuit de ACRA methode is opgenomen in een procedure. De functieanalyse is de basis voor terugvalpreventie. Deze analyse geeft informatie over de feiten en de gevolgen van het gebruik. De behandelaar moet gedurende de hele behandeling de motivatie van de jongere voor deelname en voor het verminderen of beëindigen van diens middelengebruik blijven vaststellen (Roozen et al., 2011, p. 121).

De jongeren leren in de behandeling vroegtijdige waarschuwingssystemen te gebruiken om risicovolle situaties vast te stellen. Ze leren de reeks gebeurtenissen die tot een terugval leidt te doorbreken. Ze leren de middelen waar zij afhankelijk van zijn op een assertieve manier te weerstaan. Tevens leren de jongeren bepaalde gedachtepatronen die niet helpend zijn te veranderen en een passende manier te zoeken om op verleidingen of een terugval te reageren (Roozen et al., 2011, p. 121).

De terugvalprocedure kan worden gebruikt nadat een jongere een terugval heeft gehad, maar de procedure kan ook ter preventie van terugval worden gebruikt. De procedure moet iedere keer als een jongere in een risicovolle situatie zit opnieuw besproken worden (Roozen et al., 2011, p. 122).

3.1.3. Voortijdige uitval

In zowel de Nederlandse als internationale literatuur die we hebben gevonden staat weinig tot niets over het verband tussen voortijdig uitval en de ACRA methode.

Uit onderzoek onder 114 adolescenten (76% mannen) die minstens zeven dagen in een residentiële instelling verbleven, die twee soorten behandelingen kregen (UCC of ACC), is gebleken dat de behandeling waarin de ACRA methode is meegenomen de adolescenten meer geneigd waren om initiatief te nemen en om meer voortzetting van de zorgdiensten te ontvangen (Godley et al., 2002, p. 21).

In ander onderzoek is gekeken naar de effectiviteit van de CRA bij behandeling van mensen met een cocaïneverslaving. In dit onderzoek is gekeken naar 35 mensen die volgens de CRA zijn behandeld. Daarnaast hebben zij een groep van 31 personen gevolgd die zijn behandeld volgens *Treatment As Usual* (TAU) (Fuentes-Merillas & Jong, 2008, p. 20). In dit onderzoek werd gekeken wie de behandeling afgerond hebben. In de CRA groep zijn twaalf personen voortijdig met de behandeling gestopt, bij de TAU groep zijn dit zeventien personen. Het verschil was statistisch niet significant (Fuentes-Merillas et al., 2008, p. 25). Dit betekent dat het verschil tussen het aantal voortijdige uitvallers van beide groepen niet betekenisvol was.

Een opmerkelijke bevinding is dat er geen onderzoek te vinden is die laat zien wat de (A)CRA voor functie heeft gehad in voortijdige uitval onder jongeren. In buitenlandse onderzoeken wordt de (A)CRA wel vaak meegenomen in onderzoeken onder jongeren, maar er wordt niet letterlijk gesproken over de invloed van de (A)CRA op voortijdige uitval.

Verder is er in de literatuur geen hard bewijs te vinden dat de (A)CRA beter werkt dan andere methoden. Uit een onderzoek over *evidence based* onderzoek naar behandelingen voor adolescenten is een volgend citaat: 'ACRA en andere individuele cognitieve gedragstherapie benaderingen lijken veelbelovend, maar er is aanvullend onderzoek nodig. Ondanks overeenkomstige bewijzen, is er echter geen duidelijk patroon naar voren gekomen voor de superioriteit van het ene behandelmodel boven het ander model (Waldron & Turner, 2008, p. 255).

3.1.4. Expertinterview Hendrik Roozen

In het licht van ons onderzoek over voortijdige uitval en het gebrek aan vinden van informatie ten aanzien van voortijdige uitval in combinatie met de ACRA methodiek, belden wij met Hendrik Roozen. Hendrik Roozen is de persoon die de ACRA in Nederland heeft geïntroduceerd. Wij vroegen hem wat hij weet over voortijdige uitval in combinatie met de ACRA.

Hendrik Roozen (persoonlijke mededeling, 14 februari 2014) geeft aan wanneer wij vragen wat de ACRA over voortijdig uitval zegt: *"als je de methode goed toepast, dan zou dat bevorderlijk werken op de behandelretentie".* Hendrik legt uit dat dit zou betekenen dat er zoveel mogelijk een optimale aansluiting plaatsvindt tussen wat een cliënt wil en wat een behandelaar kan leveren. Zodat er aan doelen gewerkt kan worden die door beide partijen, zowel door de behandelaars als door de jongeren zelf gedragen worden. Hendrik legt uit dat er vaak ruis en ruimte in zit, wat maakt dat er geen ideale situatie bestaat. Op de vraag wat behandelaars, in het licht van de ACRA, kunnen doen om voortijdige uitval te 'voorkomen', zegt Hendrik: *"kijk, wat hulpverleners kunnen doen is dat ze beter, nog beter, kunnen invoegen en aansluiten bij de jongere"*.

Hendrik geeft aan dat aanmoedigen en ontmoedigen hele belangrijke begrippen zijn in de behandeling van de jongeren. Volgens Hendrik is het belangrijk om als hulpverlener te letten op de wijze waarop adolescenten worden bejegend. Bijvoorbeeld hoe confronterend je bent, iets waar binnen ACRA zeker over nagedacht is. Hendrik geeft aan dat met behulp van ACRA de jongeren kunnen leren dat ze de moeite waard zijn en dat ze allemaal met het juiste programma en de juiste aanpak echt stappen kunnen maken. De dynamiek in de relatie tussen hulpverlener en cliënt is hierin heel belangrijk volgens Hendrik.

Vanuit Hendriks ervaring is de omgeving een hele belangrijke factor voor hoe het gedrag van een jongere gestuurd kan worden. Vanuit dat oogpunt is het belangrijk om de omgevingsrelaties te onderzoeken en te beïnvloeden. De beïnvloeding van omgevingsfactoren is een waardevol aspect van ACRA. Op die manier kijk je naar het gedrag van de jongere en hoe je dat gedrag door externe stimuli kunt veranderen.

Volgens Hendrik kun je drie niveaus onderscheiden ten aanzien van factoren die kunnen bijdragen aan de behandelretentie namelijk; medewerkersfactoren (empathie, doelgerichtheid), cliëntfactoren (sociaal demografisch, persoonlijkheid, motivatie) en omgevingsfactoren (steun van familie, sociaal netwerk). Om bijvoorbeeld in te gaan op medewerkersfactoren, geeft Hendrik aan dat hij het idee dat behandelaars voortijdig uitval zouden kunnen voorkomen door samen met de jongeren haalbare en plezierige doelen te stellen. Daarnaast zou de behandelaar volgens Hendrik betrokken moeten zijn en actief mee moeten denken in het zoeken van alternatieven voor het gedrag wat op dit moment niet goed werkt. Aansluiting is volgens Hendrik een heel belangrijk punt in de behandeling.

Een ideaal is volgens Hendrik dat er binnen de ACRA gekeken wordt naar de obstakels die een jongere ervaart en of deze weggenomen zouden kunnen worden. Hiervoor is een actieve opstelling van de medewerker nodig.

3.2. Wat is er over het algemeen bekend over voortijdige uitval bij klinische behandeling van jongeren tussen de 12 en 23 jaar die te maken hebben met verslavingsproblematiek?

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar voortijdige uitval. Een aantal in klinische behandelsettings, maar ook een aantal binnen instellingen waar jeugd behandeld wordt. Ook is er onderzoek gedaan naar voortijdige uitval in de verslavingszorg. Daarnaast vonden wij wat onderzoeken waar jongeren in klinische settings werden behandeld. Uit alle onderzoeken bleek dat het voortijdig verlaten van de behandelsetting door meerdere factoren kan ontstaan. De belangrijkste en meest voorkomende zijn cliëntfactoren en medewerkersfactoren. Naast deze factoren is ook de interactie tussen deze twee groepen een belangrijk aspect. Ook kunnen omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen.

3.2.1. Cliëntfactoren

Het voortijdig verlaten van de behandeling kan te maken hebben met de cliënt. Uit een onderzoek van Versluis (1996) bij de jeugdzorgafdeling van het RIAGG is gebleken dat de verwachtingen van de cliënt vaak niet raken aan de werkelijke hulpverleningssetting. Zo zouden cliënten een actieve opstelling van de therapeut verwachten (Goewie et al.; Pekarik; Shapiro; geciteerd in Versluis, 1996, p. 13). Het belang dat de cliënt het gevoel krijgt dat de hulpverlener deskundig is op het gebied van hun problematiek, zou een belangrijke factor zijn voor de jeugdige om te blijven. Daarnaast zou het zo zijn dat er cliënten zijn die het contact als zakelijk en niet wederkerig ervaren, waardoor zij ook geneigd zouden zijn om af te haken (Osselaer-Schouterden; Andela & Luiten; geciteerd in Versluis, 1996, p.13).

Bij cliënten zou verwachting een belangrijke rol spelen bij voortijdige uitval. Wanneer een jongere teleurgesteld wordt in zijn of haar verwachtingen zou deze makkelijker kunnen afhaken. Het onderzoek heeft uitgewezen dat er meer drop-out cliënten in hun verwachtingen teleurgesteld zijn dan dat cliënten die de behandeling voortzetten deze teleurstelling ervaren (Versluis, 1996, p. 34). Ook zou gebleken zijn dat de drop-out cliënten het vaak niet eens zijn met de behandelvoorstellen (Versluis, 1996, p. 45). Daarnaast zou de lijdensdruk een rol spelen. Wanneer iemand zich beter voelt kan de motivatie om in behandeling te blijven afnemen (Osselaer-Schouterden; geciteerd in Versluis, 1996, p. 15).

Ook Bram Tjaden (2004) deed onderzoek naar voortijdig uitval, hij deed dit in de volwassen verslavingszorg. Op het gebied van cliëntfactoren geeft hij aan dat er een grotere kans op drop-out is wanneer er sprake is van aanwezigheid van ernstige problemen in de relaties met familie of vrienden. Stark (geciteerd in Tjaden, 2004, p. 21) geeft aan dat de ernst van de verslaving ook een belangrijke voorspeller van drop-out is. Daarnaast schrijft Tjaden dat er in meerdere studies sterke aanwijzingen worden gevonden voor een verband tussen ernstige psychopathologie en drop-out. In een populatie van drugsverslaafde cliënten voorspelde de aanwezigheid van DSM IV as-I problematiek, namelijk schizofrenie en psychotische stoornissen, uitval in de behandeling. Deze problematiek maakte het sterker te voorspellen dan bij cliënten die as-II problematiek hebben, de stoornissen die te maken heeft met stemming (Kokkevi et al.; geciteerd in Tjaden, 2004, p. 22). Daarbij zou de aanwezigheid van stemmingsstoornissen drop-out veroorzaken en zou aanwezigheid van een angststoornis er juist voor zorgen dat iemand de behandeling voortzet.

Uit onderzoek van het Trimbos instituut (2000) in de intramurale verslavingszorg is gebleken dat er een aantal kenmerken zijn van de cliënten die ertoe bijdragen dat er voortijdige uitval plaats vindt. Zo kan grote terughoudendheid naar de hulpverlening een rol spelen bij het voortijdig verlaten van de behandeling. Jongeren worden in sommige gevallen onder dwang van hun omgeving opgenomen in een kliniek, terwijl zij hier zelf misschien niet zoveel zin in hebben. Het kan zo zijn dat mensen door gebrek aan vertrouwen en het gegeven dat zij altijd zelf hun

problemen hebben opgelost terughoudendheid laten zien (Broers & Eland, 2000, p. 15). In het onderzoek kwam ook naar voren dat men soms uitvalt doordat er een grote drang naar vrijheid is. Naast deze gegevens geeft het onderzoek ook weer dat het mogelijk is dat de drang naar spanning en trek eraan bijdraagt dat cliënten de behandeling voortijdig verlaten. Uit dit onderzoek zou gebleken zijn dat gebruik als negatief bestempeld wordt, gevolgd door een sanctie. Hierdoor ontstaat er een negatieve consequentiële lijn, die ervoor zou kunnen zorgen dat een cliënt de behandeling wil verlaten (Broers et al., 2000, p. 20).

Uit onderzoek naar voortijdige uitval bij cannabisverslaving is gebleken dat intrinsiek gemotiveerde cliënten vaker de behandeling afmaken dan extrinsiek gemotiveerde cliënten. Wel is het zo dat de motivatie niet direct een garantie is dat iemand bereid is tot gedragsverandering (Hagenauw, 2010, p. 36). Bijna driekwart van de cliënten die de behandeling niet heeft afgemaakt heeft aangegeven dat zij het idee hadden dat het probleem gedurende de behandeling was opgelost en dat er geen verdere behandeling nuttig was. Vanuit Ryan et al. (geciteerd in Hagenauw, 2010, p. 37) blijkt dat mensen die weinig vertrouwen hebben in het programma meestal deelnemen onder externe druk. Deze mensen zijn eerder geneigd om de behandeling voortijdig stop te zetten.

Uit onderzoek van Boendemaker (2013) is gebleken dat het risico op voortijdige beëindiging toeneemt bij jongeren die een geschiedenis hebben van weglopen en spijbelen en die voor opname al meerdere verblijfsplaatsen en hulpverleners hebben meegemaakt. De ernst van gedragsproblemen lijkt ook de kans op voortijdig vertrek te versterken, zo geeft Boendemaker (2013) weer (p. 18).

3.2.2. Medewerkersfactoren

In het contact met cliënten speelt de hulpverlener een hele belangrijke rol. De hulpverlener is iemand die er ook aan kan bijdragen dat iemand de behandeling niet afmaakt.

In de psychopathologische setting is onderzoek gedaan naar voortijdige uitval, waaruit is gebleken dat voortijdig uitval kan worden veroorzaakt door de hulpverlener die een gebrek aan interesse voor de cliënt heeft. Dit bevestigt wat Hendrik Roozen eerder zei in het expertinterview. Daarnaast zou permissief en introvert gedrag van de therapeut, een negatieve houding tegenover het gebruik van medicatie en het gebrek aan ervaring een rol kunnen spelen (Bleyden; Baekeland & Lundwall; geciteerd in Tjaden, 2004, p. 23).

Uit onderzoek van Baan & Janssens (2013) bleek dat het onvermogen van de groepsopvoeders om het gedrag van de jeugdigen te hanteren kenmerkend is voor voortijdig vertrek. Ook het ontbreken van de noodzakelijke behandelmogelijkheden en het feit dat de jeugdigen niet meer tot de doelgroep van de instelling behoren, zijn hiervoor kenmerkend (Baan & Janssens, 2013, p. 24). Dit wordt ook bevestigd in ander onderzoek, waaruit blijkt dat 44,9% van de uitval veroorzaakt was door onhanteerbaar gedrag of een gebrek aan inzet (Reijen, Nijman, Orobio de Castro, & Schmitz, 2013, p. 401).

Hulpverleners hebben soms een andere insteek dan de verslaafden. Het is mogelijk dat een verslaafde zich heel afhankelijk opstelt ten opzichte van de hulpverlener, maar dit is in strijd met de insteek van de hulpverlener die er mogelijk naar streeft om iemand weer bezig te laten zijn met eigen verantwoordelijkheid (Broers et al., 2000, p. 61).

3.2.3. Factoren in de interactie

Uit onderzoek van het Trimbos instituut (2000) in de intramurale verslavingszorg is gebleken dat het merendeel van de voortijdig vertrokken cliënten geen goede relatie had met de hulpverleners (Broers et al., 2000, p. 35). Belangrijk is ook dat de cliënten aandacht en betrokkenheid ervaren. Dit vormt voor een groot deel de werkrelatie tussen de hulpverlener en cliënt.

3.2.4. Omgevingsinvloeden

Omgevingsinvloeden zijn indirect van invloed op de werkrelatie. Een belangrijke invloed vanuit de omgeving is een programma-aanbod dat niet aansluit bij de behoefte van cliënten (Broers et al., 2000, p. 37). Ook zijn regels en structuur op de afdeling een veelbesproken punt van ergernis, zo blijkt uit het onderzoek van Broers en Eland (2000). Naast de regels en structuur kan ook de omgang met medeverlaafden in een klinische setting zorgen voor ruzies en irritaties die mogelijk zelfs tot, al dan niet gedwongen, ontslag leiden (Broers et al., 2000, p. 38).

3.3. Samenvatting

De CRA methode is oorspronkelijk gebaseerd op operante leerprincipes en is gericht op het ontwikkelen van een nieuwe leefstijl die meer beloning geeft dan middelengebruik. De jeugdkliniek in Tiel werkt met de ACRA die is afgeleid van de CRA methode. De ACRA is een behandelprogramma gericht op het stoppen, dan wel op het verminderen, van verslavingsproblematiek bij jongeren. De ACRA gaat uit van een positieve en enthousiaste benadering, zowel naar de jongeren als naar de ouders en verzorgers van de jongeren. ACRA therapeuten en behandelaren zijn bijna nooit confronterend.

In de literatuur over de ACRA methode hebben wij geen informatie gevonden over wat de ACRA methode zegt over voortijdige uitval. In onderzoeken die wij beschrijven naar aanleiding van deelvraag 2a staan een aantal beschrijvingen van onderzoeken waarin de ACRA is meegenomen. Geen van deze onderzoeken geeft informatie over de samenhang tussen de ACRA methode en voortijdige uitval.

Uit onderzoek blijkt dat er verschillende factoren bijdragen aan voortijdige uitval uit de behandeling. Zo is het mogelijk dat voortijdige uitval ligt aan factoren waar de cliënt invloed op heeft, namelijk de verwachting die de cliënt heeft van de behandeling. Daarnaast zou het zo kunnen zijn dat het contact tussen hulpverlener en cliënt als zakelijk wordt ervaren. Ook dit kan ertoe bijdragen dat cliënten de behandeling eerder verlaten. Mogelijk zou psychopathologie ook een rol spelen in voortijdige uitval.

Naast de factoren die van de cliënt af kunnen komen blijkt dat ook dwang een belangrijke voorspeller van voortijdige uitval kan zijn. Het kan zo zijn dat de omgeving het meer nodig vindt dat de cliënt hulp zoekt dan de cliënt zelf. De cliënt kan dan hulp aanvaarden in verband met de druk die uit de omgeving komt.

Er zijn nog meer factoren, namelijk hulpverleningsfactoren, die bij kunnen dragen aan voortijdige uitval. Bijvoorbeeld wanneer een hulpverlener niet veel interesse voor de cliënt toont, of wanneer een hulpverlener zich niet actief opstelt. Hendrik Roozen beaamde in het interview dat de opstelling van de hulpverlener zeker een heel belangrijk aspect is.

Tot slot zijn er in de interactie mogelijk ook factoren die bijdragen aan voortijdige uitval. De eerdergenoemde factoren die wij in de literatuur vinden, integreren wij in de topiclijsten. Wij gebruiken daarnaast de ACRA methode in ons onderzoek. Wij willen weten of de ACRA methode door zowel de medewerkers als de jongeren wordt ervaren zoals het bedoeld is. Daarbij willen we ook kijken naar de hanteerbaarheid van de ACRA methode. Het gedeelte over de ACRA nemen wij dus mee in het volgende hoofdstuk, het hoofdstuk ten aanzien van de interviews met de medewerkers.

4. Visie medewerkers

De resultaten van de interviews met de medewerkers behandelen wij in dit hoofdstuk. Op die manier kunnen wij antwoord geven op de derde deelvraag. Deze luidt, 'welke oorzaken zien medewerkers voor het besluit van jongeren om de behandeling af te rond of om de behandeling voortijdig te verlaten'. Wij hebben de interviews afgenomen aan de hand van de onderwerpen uit de topiclijsten (zie bijlage 4). In totaal interviewden wij vier medewerkers die werkzaam zijn in de jeugdkliniek, met ieder zijn eigen taak. Wij interviewden de teamleider, een behandelaar, een HBO senior sociotherapeut en een MBO sociotherapeut. Wij beschrijven per factor wat de medewerkers hebben gezegd. De factoren zijn bejegening, cliëntfactoren, groepsfactoren, medewerkersfactoren, omgevingsinvloeden en instellingsfactoren. Wij zullen de termen belemmerend en bevorderend gebruiken. Op het moment dat een factor de behandeling tegenwerkt zal dit een belemmerende factor genoemd worden. Als de factor de jongeren stimuleert om in behandeling te blijven, dan noemen wij het een bevorderende factor.

Het hoofdstuk start met een beschrijving van de werkwijze en globale analyse van de interviews, daarna volgt de analyse van de interviews per factor. Vervolgens analyseren wij wat de medewerkers zeggen over de ACRA en de hanteerbaarheid van de ACRA. Wij sluiten het hoofdstuk af met tips van de medewerkers ten aanzien van voortijdige uitval.

4.1. Analyse interviews

Wij hielden half-gestructureerde interviews met de medewerkers, waarin wij hen vroegen wat in hun ogen een bijdrage levert aan voortijdige uitval of voortzetting van de behandeling. Door middel van de factoren die wij hebben vastgesteld, analyseren wij de interviews. In eerste instantie tellen wij de meest voorkomende onderwerpen (zie bijlage 10 & 12).

Alle medewerkers geven aan dat de houding van de jongere een belangrijke factor is. De eigen houding kan zowel belemmerend als bevorderend werken in de behandeling. Ook de problematiek van de jongere wordt door iedere medewerker als belemmering genoemd. De aansluiting bij de jongeren wordt vaak genoemd door de medewerkers en zou belemmerend en bevorderend kunnen zijn voor de behandeling. Ook de houding die de medewerkers hebben ten opzichte van de jongeren wordt door alle medewerkers genoemd als belangrijke factor. Ook de belangrijke anderen zijn een belangrijke factor. De belangrijke anderen van een jongere zijn bijvoorbeeld de ouders of vrienden, de mensen die dicht bij de jongere staan. De regels in de kliniek zouden volgens de medewerkers vooral op een belemmerende manier een rol spelen in de behandeling. In de volgende paragrafen geven wij de resultaten uitgebreid en aan de hand van fragmenten weer.

4.1.1. Bejegening

De meerderheid van de medewerkers zegt iets over de **positieve benadering** van de cliënten. De positieve benadering heeft een bevorderende invloed op de behandeling. Zo ook deze medewerker (Hd2):

*Het is een benadering en het is vooral positieve bekrachtiging hè. Dus stel dat iemand terugvalt, dan is het niet van 'hé, zie je, je bent nog steeds dezelfde kl*** junk als voorheen', maar van 'goh, wat is er gebeurd?' Wat is er aan de hand? Waardoor ben je getriggerd?'. Dat is zijn manier van omgaan met slecht nieuws. En nu kan hij niet meer gebruiken, dus mogelijk gaat hij of zij ander gedrag inzetten. Hij of zij wordt agressief bijvoorbeeld. Daar kun je het dan over hebben en daar kun je naar kijken.*

De jongeren worden niet afgewezen naar aanleiding van hun gedrag. Iets wat zij vaak wel gewend zijn. Door de positieve benadering zal het gevoel van afwijzing bij de jongeren niet elke keer worden bevestigd. De keerzijde van de positieve benadering wordt door één medewerker genoemd. Hij vindt dat ze de jongeren niet altijd kansen moeten blijven geven. Hij vindt dat ze hun tijd moeten besteden aan de jongeren die wel willen.

De helft van de medewerkers ziet een **individuele aanpak** als iets stimulerends in de behandeling. Zij denken dat ze beter kunnen aansluiten bij de jongeren als ze inspelen op bijvoorbeeld het ontwikkelingsniveau, de capaciteiten en het leervermogen van de jongere. De coaches moeten kijken naar waar ze op aan moeten sturen bij de jongeren. Op de vraag 'hoe doe je dat?' geeft een medewerker (Hc61) antwoord:

Bij de ene zou je dan bijvoorbeeld wel meer beperken en zou je zeggen van: 'nee, om tien uur dat krijgt je niet, want je had om vijf uur ook de kans'. En bij de ander geef je hem wel weer meer de ruimte om een verstandige keuze te laten maken, om hem tenminste een goede ervaring op te laten doen.

Doordat er naar elke jongere op zich gekeken wordt, hebben de jongeren het gevoel serieus genomen te worden. Eén medewerker ziet de individuele aanpak als een belemmerende factor voor de behandeling. Dat komt doordat de **aansluiting** nog niet optimaal zou zijn. Wanneer wij vragen waar de optimale aansluiting nog mis gaat, geeft hij (Hd63) aan:

Ja, de aansluiting ligt bij de behandelblokken en de mate van intelligentie. Een bepaalde training heeft een bepaald intelligentieniveau nodig wil je goed kunnen meekomen. Ik zit dan heel erg op de inhoud van de trainingsblokken. Die hebben een bepaalde waardestandaard en daarbinnen moet je het doen, of kun je het doen. Alleen niemand is gelijk en sommige hebben misschien wat extra aandacht nodig op bepaalde gebieden. Sommigen snappen het gewoon echt niet.

Door een individuele aanpak zeggen de medewerkers beter aan te kunnen sluiten bij het gedrag van de jongeren. Dit kan in de vorm van een bejegeningplan. Wanneer er beter met de individuele aanpak wordt omgegaan, zal het uitsluitend een bevorderende factor in de behandeling zijn.

Duidelijkheid bieden is volgens de medewerkers alleen een stimulerende factor in de behandeling. Eén van de medewerkers geeft aan op de vraag of er nog andere belangrijke factoren zijn die bij kunnen dragen aan voortijdige uitval (Hc25):

Jongeren hebben er gemiddeld de schrik voor om hier te komen. Je moet een heel goed traject doorlopen met een duidelijke kennismaking van: 'wat heb je hier te verwachten?'. 'Wat gaan we hier doen en hoe gaan we dat doen?'. Het voorspelbaar en duidelijk maken van de regels en afspraken vastzetten in je behandelplan.

Door duidelijkheid te bieden kun je voorkomen dat de jongeren verkeerde verwachtingen hebben op het moment dat ze aankomen. Dit zorgt voor een veel duidelijker kader aan het begin van de behandeling. Als de jongeren weten waar zij aan toe zijn, zouden de jongeren ook makkelijker meekomen in de behandeling. Doordat de jongeren weten hoe de kliniek werkt, heb je meer kans dat jongeren de behandeling afmaken. De jongeren komen niet meer voor onduidelijkheden en verrassingen te staan.

4.1.2. Cliëntfactoren

De **houding van de jongeren** komt uit de interviews naar voren als belangrijkste factor die van invloed is op de behandeling. Als een jongere een open houding heeft richting de medewerkers, dan kan hij ook beter geholpen worden. Een van de medewerkers zegt: "Het is ook een stukje openstellen van de cliënt. Als je volledig vertrouwen hebt in de medewerkers op de groep, dan kun jij je openstellen naar de medewerkers. Dat zorgt ervoor dat de medewerkers beter bij je kunnen aansluiten" (Ha38).

De houding van de jongere heeft ook een keerzijde, deze kan de behandeling ook in de weg staan. De jongeren kunnen overmoedig raken, zo geven verschillende medewerkers aan. Op het moment dat de jongeren denken dat zij het zelf wel weer kunnen, haken ze af. Soms heeft dit ook

te maken met het feit dat de lijdensdruk afgenomen is. Wanneer de jongere geen last meer ervaart van zijn probleem, zal hij wellicht ook geneigd zijn om de kliniek te verlaten.

Daarnaast hangt de negatieve houding van de jongere ook samen met de **motivatie** voor de behandeling, zo blijkt uit de uitspraken van de medewerkers. Als een jongere niet intrinsiek gemotiveerd is voor de behandeling, dan kijken de jongeren vaak ook negatiever aan tegen de behandeling. Een medewerker (Hc27) benoemt:

Soms vallen de jongeren uit, gewoon omdat de trek zo hoog is en omdat ze zoveel extrinsieke motivatie gekregen hebben van de hele omgeving van 'jij moet'. En op het moment dat ze hier zitten en die druk niet meer ervaren, dan zeggen de jongeren 'ik wil helemaal niet stoppen'.

Twee medewerkers beamen dit en zien motivatie van de jongeren ook als een belangrijke factor die de behandeling negatief kan beïnvloeden.

Een belangrijke belemmerende factor in de behandeling is de **problematiek** van de jongeren. Alle medewerkers geven aan dat de problematiek van de jongere een negatieve invloed kan hebben op de behandeling. Het is erg lastig om met de jongeren om te gaan, zo zegt één van de medewerkers. Dit heeft te maken met de verschillende probleemgebieden waar je mee te maken hebt. Jongeren hebben verslavingsproblematiek, bevinden zich in de puberteit en hebben vaak ook gedragsproblemen. Dit maakt het volgens één van de medewerkers moeilijk: *"Ik denk dat we de meeste moeite hebben met de jongeren die naast hun verslavingsprobleem ook gedragsproblemen hebben. En dan vooral gedragsproblemen in externaliserende zin, dus vooral naar buiten gericht"* (Hb16). De problematiek is soms moeilijk te hanteren, doordat deze verschillende probleemgebieden door elkaar lijken te lopen. Daardoor weten de medewerkers soms niet om welke vorm van problematiek het gaat en is het lastig om de goede aanpak te kiezen.

Een meerderheid van de medewerkers geeft naast bovengenoemde factoren aan dat de **verwachtingen** van de jongere belemmerend kan zijn in de behandeling. De jongeren komen met een bepaald idee naar de jeugdkliniek, dat soms niet helemaal past bij wat de kliniek daadwerkelijk te bieden heeft. Eén van de medewerkers (Ha31) zegt dit heel mooi:

Ik denk ook dat heel veel jongeren een bepaald idee hebben van wat we hier doen Ik denk dat ze een vertekend beeld hebben van hun opname. Dat ze voornamelijk het beeld hadden dat wij heel hard gingen werken voor hen en alles op gingen lossen. Ik denk dat ze misschien dachten meer vrijheid te hebben en bijvoorbeeld direct te kunnen beginnen met de behandelprogramma's. Die starten soms pas halverwege. Er is eerder een andere groep gestart en er komen net nieuwe jongeren binnen, dan zullen ze moeten wachten tot die modules af zijn.

Wanneer de verwachtingen in de kliniek niet uitkomen, raken de jongeren teleurgesteld. Dit zorgt ervoor dat jongeren geneigd zijn om eerder af te haken. Op die manier zijn de verwachtingen van de jongere een belemmering in de behandeling.

De helft van de medewerkers geeft aan dat zij het **probleemoplossende vermogen** van de jongeren als een belemmering in de behandeling zien. De jongere kan het idee hebben dat de medewerkers niets doen, doordat hij zelf niet adequaat met zijn problemen om kan gaan. Eén van de medewerkers licht dit toe: *"Jongeren modderen te lang aan en geven eigenlijk hun problemen niet goed aan. Of niet goed, geven het te laat aan, waardoor de spanning al heel hoog is. En dan zeggen ze 'ja, ik ga weg hier'"* (Hd34). Doordat de jongeren hebben moeite met het oplossen van problemen, verwachten de medewerkers dat het probleemoplossend vermogen van jongeren ook een rol speelt in voortijdige uitval.

4.1.3. Groepsfactoren

De medewerkers geven allen aan dat de **veiligheid** op de groep een belemmerende factor is voor de behandeling. Dit kan ermee te maken hebben dat er wordt gepest, drugs wordt gebruikt en dat jongeren zich hierdoor niet veilig voelen. Ook kan het zo zijn dat de jongere niet goed past binnen de groep, wat het voor deze jongere onveilig kan maken. Een medewerker (Hd28) geeft aan dat gebruik op de groep er zelfs toe kan leiden dat jongeren daadwerkelijk de kliniek verlaten:

Wat ik denk is dat je een verslavingskliniek nooit middelenvrij krijgt. Ik denk dat de jongeren onderling veel meer weten dan de coaches zien. Onderling hebben ze heel ander contact. Het zou best zo kunnen zijn van 'ja, ik zit nu in een verslavingskliniek en dan zitten daar gasten, die gebruiken gewoon in de kliniek. Wat is dit voor een behandeling? Ik ga weg...'. Ja, dat zou kunnen.

De onveiligheid kan bij de jongeren zelf liggen, door bijvoorbeeld middelengebruik op de groep. Maar de onveiligheid kan ook worden gecreëerd doordat er veel verschillende coaches op de groep staan. Zo zegt een medewerker: *“Op het moment dat jij iets van vijf verschillende coaches op een dag ziet is daar geen continuïteit. Ja, dat vinden jongeren heel lastig”* (Ha58). Als jongeren zich niet veilig voelen zullen zij sneller geneigd zijn om de behandeling te verlaten, zo denken de medewerkers.

In de groep gebeurt ook van alles. De **dynamiek in de groep** bepaald de sfeer op de groep. Dit kan door de individuele jongere worden beïnvloed. Deze groepsdynamica wordt door de helft van de medewerkers gezien als een belemmering in de behandeling. Een medewerker (Hd32) zegt hierover:

Nou ja, jongeren kunnen zich onveilig voelen hè. Wat ik net al zei, als er gebruik is op een groep, bijvoorbeeld. Pestgedrag.... Niet geaccepteerd worden door een groep. Dat soort dingetjes. En dat is redelijk lastig soms, groepsdynamiek. Aan de ene kant kun je het heel goed inzetten om iemand sterker te maken, maar aan de ander kant kan het je breken.

De houding van de jongeren lijkt in het bovenstaande fragment indirect ook een rol te spelen, doordat een negatieve houding een effect heeft op de rest van de groep. De ene jongere wordt eerder beïnvloed door andere jongeren op de groep, waardoor de jongere wellicht gedemotiveerd raakt. Een andere jongere kan het misschien allemaal langs zich heen laten gaan en kan het meer loslaten. Geen van de medewerkers noemt de groepsdynamiek als een bevorderende factor in de behandeling.

4.1.4. Medewerkersfactoren

De belangrijkste medewerkersfactoren zijn aansluiting bij de jongere en de houding van de medewerkers zelf. De medewerkers zijn het met elkaar eens dat de **aansluiting** van hen bij de jongere een bevorderende factor kan zijn. De medewerkers moeten goed naar de jongeren luisteren en aansluiten bij wat de jongeren vertellen. Door dit te doen kun je de jongere het gevoel geven dat hij begrepen wordt, zo geeft één van de medewerkers aan: *“Ik denk dat we het afgelopen jaar hebben geprobeerd de jongeren meer te begrijpen. Door te kijken wat eronder het gedrag zit. Het gedwongen ontslag door middel van waarschuwen is hierdoor veel minder voorgekomen”* (Hb22).

Door goed te luisteren naar een jongere, kun je meer diepgang creëren en doorvragen. Op die manier is er een kans dat je tot de kern van het probleem van de jongeren kunt komen. Dit zou ervoor zorgen dat jongeren zich begrepen voelen en dus de behandeling af willen ronden. Bijna alle medewerkers geven aan dat aansluiting ook belemmerend kan zijn voor de behandeling, wanneer een medewerker juist niet aansluit. De medewerkers kunnen soms missen wat er bij een jongere afspeelt, waardoor er geen optimale aansluiting kan plaatsvinden. Dit kan er zelfs toe leiden dat de jongeren overvraagd worden en wellicht de handdoek in de ring gooien. Eén medewerker vertelt (Hd35):

Ik denk dat het meer is dat jongeren overvraagd worden. Dat het intelligentieniveau te laag is eigenlijk, dat je spreekt over zwakbegaafdheid. En jongeren hebben een overlevingsmechanisme door heel veel feitjes te leren bijvoorbeeld. Waardoor ik denk 'dat is best een gemiddeld persoon of die is redelijke slim'. Terwijl dat eigenlijk helemaal niet het geval is en dat je eigenlijk pas te laat in de behandeling erachter komt van: 'poeh, die snapt het eigenlijk niet zo goed'. En die loopt al tien weken op zijn of haar tenen.

De **eigen houding** zien bijna alle medewerkers als een bevorderende factor in de behandeling. De houding is volgens de teamleider bevorderend op het moment dat de medewerkers zich professioneel gedragen. Hij zegt: *"De bejegening van de medewerkers naar de jongeren is een heel belangrijk stuk. Je eigen professionaliteit. Je eigen persoonlijkheid, die je meebrengt. En hoe zet je dat in, inderdaad, in je relatie met die cliënt"* (Hc18). Dit maakt het heel belangrijk dat je zelf verantwoordelijkheid neemt als medewerker om je professioneel op te stellen. Uit de interviews blijkt dat niet alle medewerkers zich goed kunnen vinden in de ACRA en de regels die er zijn. Dit maakt dat de houding van de medewerker zelf ook belemmerend kan werken zo geeft één van de medewerkers aan (Hb39-Hb40):

Of dat de medewerker het soms niet eens is met gemaakte afspraken en dan zelf iets anders doet. Ik denk dat dat veel onduidelijkheid kan geven aan de jongeren en dat heeft denk ik ook wel weer effect op motivatie, want als je dan bijvoorbeeld merkt 'de ene keer moet je je terugval wel doorbellen, de andere keer niet'. Dan zijn we zelf ook niet helder genoeg in het contact met de jongeren, over wat we dan belangrijk vinden. En wat onze uitgangspunten zijn en wat onze visie is.

Uit dit fragment blijkt dat er niet altijd duidelijkheid is in de kliniek. De regels worden niet **eenduidig** uitgedragen, wat volgens de meeste medewerkers ook een oorzaak is om de behandeling te verlaten. Als de jongeren veel onduidelijkheid onderling ervaren, zouden zij sneller vertrekken. Dit komt ook naar voren in het volgende fragment (Ha56):

Je moet duidelijk zijn. Als wij dat als medewerkers niet zijn, als wij inderdaad ook steekjes laten vallen, dan gaan de jongeren daar is van zeggen. De ene keer mag dit wel en de andere keer niet. Jongeren zeggen daardoor: 'jullie komen de afspraken niet na'.

Naast het ontbreken van eenduidigheid onder de medewerkers, speelt ook de **kennis van de medewerkers** een rol in de behandeling. De medewerkers hebben te weinig kennis van wat de behandeling inhoudt, zegt de meerderheid van de geïnterviewde medewerkers. Hiermee bedoelen zij dat de inhoud van de blokken en de behandeling niet altijd bekend is bij hen. Dit zou het moeilijk maken om de jongeren te motiveren om naar een blok te gaan. Als je niet weet wat ze daar gaan doen, is het lastig om ze daarvoor te stimuleren, aldus één van de medewerkers. Daarnaast is het mogelijk dat de medewerker te weinig kennis heeft over verslavingsproblematiek. Dit maakt dat zij ook minder goed kunnen aansluiten bij de jongeren.

Door slechts één van de medewerkers wordt de **aandachtverdeling** op de groep als invloed hebbende factor op de behandeling genoemd. Hij geeft aan dat de aandacht te vaak op één individuele jongere ligt en minder op de groep in zijn geheel. Doordat een individu meer aandacht vraagt, is er minder ruimte om aandacht te geven aan de rest van de jongeren. De medewerker (Ha20) legt uit:

Wat ik ook de laatste tijd heb gezien is dat wij heel vaak aandacht geven aan degenen die het hardste schreeuwen. Maar degenen die het hardste schreeuwen, die hebben echt geen zin om af te kicken. Die willen hier gewoon echt niet zijn.

De aandachtverdeling van de medewerkers blijkt lastig te zijn op de groep. Wanneer er jongeren zijn die erg veel aandacht vragen, gaat de aandacht in de praktijk al snel in die richting. Dit kan ervoor zorgen dat de jongeren die weinig of geen aandacht vragen, meer op de achtergrond raken.

4.1.5 Omgevingsinvloeden

De medewerkers zijn het met elkaar eens dat de **belangrijke anderen** om een jongere heen een belangrijke rol kunnen spelen in de behandeling. De belangrijke anderen kunnen bevorderend zijn in de behandeling. Op het moment dat bijvoorbeeld de ouders de kliniek ondersteunen en hun kind blijven stimuleren om de behandeling af te maken zijn zij een positieve schakel in de behandeling. Eén van de medewerkers (Hc41) zegt hierover:

Wanneer een jongere zegt 'ik stop ermee', dan moet zo'n ouder op dat moment samen met ons kunnen zeggen van 'het is veel beter dat je hier blijft'. En dat vraagt dus weer van de coaches een, vaak heel snel denken en handelen, van 'ik moet ouders gaan motiveren inderdaad om op één lijn met ons te gaan blijven, te gaan steunen'. Dus dat is wel een heel belangrijk stuk wat erbij hoort.

Uit dit fragment blijkt al dat het niet altijd zo hoeft te zijn dat de belangrijke anderen een bevorderende invloed hebben op de behandeling. De medewerkers zeggen allemaal iets over de keerzijde van de factor belangrijke anderen. Deze medewerker (Hb44) geeft weer:

Het kost wel moeite hoor, om de omgeving te betrekken op een positieve manier. Wij beginnen hier een beetje met een schone lei. Wij zien een jongere hier over het algemeen goed opknappen en veranderen. Dat doet natuurlijk niet recht aan ouders die al jarenlang gedoe hebben gehad met hun kind. Dat vinden ouders volgens mij wel lastig aan die ACRA methodiek. Wij zeggen 'we gaan vooral zitten op het bekrachtigen van positief gewenst gedrag en die historie laten wij een beetje liggen'.

Hieruit blijkt dat het verleden en de band die er ontstaan is tussen ouders en kind heel bepalend kan zijn. Dit kan heel positief zijn, maar de mogelijkheid bestaat ook dat de omgeving een negatieve invloed heeft op de behandeling. Dit maakt het lastig voor de jongeren aangezien zij dan wellicht niet gestimuleerd kunnen worden op het moment dat het moeilijk is. Hierdoor wordt de kans op uitval weer groter. Het vangnet van de jongere is kleiner, waardoor de jongere het 'bijltje' er sneller bij neer zou kunnen gooien.

Een factor die door slechts één medewerker wordt genoemd als bevorderde factor in de behandeling is **dagbesteding**. De medewerker geeft aan dat een dagbesteding hebben en re-integreren tijdens de behandeling een heel positief effect kan hebben. Hij zegt dat dit in Amerika al gebeurd, waar het ook goed blijkt te werken.

Twee medewerkers noemen **geografische afstand** als hele belangrijke factor. Zij geven aan dat de afstand belemmerd is voor de behandeling. Dit vormt een belemmering doordat jongeren heimwee krijgen, omdat zij niet zomaar naar huis kunnen gaan vanwege de afstand en de besloten setting. Eén van hen zegt hierover: *"En heimwee hè. Er zijn heel veel jongeren die zijn heel jong en die zijn nooit van huis weggeweest. Dat speelt ook heel vaak mee, vooral bij de jongeren jongens van vijftien. Die hebben heimwee, die stoppen daarom wat eerder"* (Ha45).

4.1.6. Instellingsfactoren

Het **behandelplan** is een belangrijke factor in de behandeling. Volgens alle medewerkers kan deze bevorderend en belemmerend werken. De aansluiting van het behandelplan bij de jongeren werkt bevorderend zo vertellen de medewerkers. Blijkt halverwege de behandeling dat de doelen toch niet passend zijn, dan zal er opnieuw worden gekeken of het plan aangepast moet worden. Eén van de medewerkers (Hb30) spreekt zich hierover uit:

Op het moment dat een behandelplan niet het plan van de jongere blijkt te zijn, dan merk je ook dat het stagneert. Dat een jongere met dat behandelplan dan eigenlijk niet zo heel erg bezig is. Dan passen we dat ook wel in de loop van de behandeling aan. Tenzij wij denken dat wij het wel belangrijk vinden, dan gaan we daar wel over in gesprek met de jongeren. We denken wel mee van zou dat eventueel ook nog wat zijn, of moeten we daar en daar ook nog aan denken bij deze jongeren?

Hieruit blijkt ook de keerzijde, namelijk wanneer het behandelplan niet aansluit. De medewerker zegt dat het niet aansluiten van het behandelplan bij de jongere dus een belemmerende factor is in de behandeling. Ook belemmerend is de inhoud van de behandeling. De behandelblokken sluiten niet altijd goed aan als het gaat om het moment dat de trainingen starten. Eén van de medewerkers (Hd22) zegt:

Wij hanteren hier bepaalde trainingsvormen en die hebben een reeks van acht weken tot twaalf weken. En dan denk ik dat soms het tijdsbestek voordat die trainingen starten te groot is. Dat ze denken van 'wat doe ik hier? Ik ben schoon, dat is me inmiddels gelukt. Ik kan nee zeggen, dat lukt me ook redelijk. Waarom zou ik niet ambulant verder gaan?'.

Alle medewerkers zeggen iets over de **regels** in belemmerende zin. Slechts één van de medewerkers ziet de regels als bevorderende factor. De medewerker legt uit dat er regels moeten zijn, aangezien geweld en dealen de kliniek onveilig maakt voor iedereen. Op het moment van dealen en gebruik is het belangrijk om op te treden en de regels strak te houden. Op die manier kun je voor de rest van de jongeren veiligheid waarborgen. Dit komt de sfeer ook ten goede. De kans is daardoor groter dat zij hun behandeling af zullen maken. De medewerkers die de regels als belemmerende factoren noemen, doen dit om aan te geven dat de regels soms nog te onduidelijk zijn voor de jongeren. Dit komt mogelijk voort uit het feit dat de medewerkers niet altijd op dezelfde lijn zitten, zo vertelt een medewerker (Hd14):

Ik denk dat hier de communicatie in deze kliniek sterk verbeterd kan worden. Ik denk dat iedereen heel hard werkt, maar dat het soms ook een beetje naar eer en geweten gaat. De dingen zijn niet bij iedereen evengoed bekend. Het wisselt heel erg, want hoe kijk jij er tegenaan, hoe kijk ik er tegenaan en hoe kijkt die ander er weer tegenaan. Daardoor komt dit soms onduidelijk over op de jongeren.

De helft van de medewerkers ziet de **financiën** van de instelling als belemmerende factor voor de behandeling. De tijd die zij voor een jongere kunnen vrijmaken zou beperkt zijn, waardoor goed luisteren naar de jongeren niet altijd mogelijk is. De medewerkers geven aan dat dit met financiële beperkingen te maken heeft. Een citaat (Hd57) wat dit heel mooi weergeeft:

Ja, ik denk dat je die jongeren heel goed moet horen. Dat gebeurt in zekere zin genoeg, maar ik denk dat soms werkdruk, of andere dingen heel lastig worden, door bezuinigingsmaatregelen. Je moet toch je productie draaien, anders ga je gewoon failliet.

Deze medewerker geeft eigenlijk aan dat hij meer tijd zou willen steken in het contact met de jongeren. Dit wordt bemoeilijkt doordat er een productie gedraaid moet worden, waardoor de beperking vanuit de financiële situatie voelbaar is. Nog een belemmering is het ontbreken van voldoende **structuur** in de kliniek. Ook deze factor wordt door de helft van de medewerkers genoemd. De medewerkers geven aan dat de jongeren behoefte hebben aan structuur, maar dat zij die niet altijd krijgen doordat er veel wisseling is van medewerkers op de groep (Hb35):

Ja, dat denk ik zeker. Dat is misschien nog wel het lastige van in een kliniek werken, dat een jongere ook te maken heeft met steeds verschillende mensen op de afdeling. Ze hebben dan wel een PB-duo, dus twee persoonlijk begeleiders. Goed, die zijn er dan natuurlijk niet de hele week en zeker niet elke dag, dus dat maakt het wel lastig.

4.1.7. ACRA en toepassing ACRA

In deze paragraaf geven wij weer wat de ervaringen van de medewerkers zijn met de ACRA methode. De ACRA methode kan door de medewerkers op een positieve of op een negatieve manier worden ervaren. Wanneer de medewerkers zich niet kunnen vinden in de ACRA en dit op een negatieve manier ervaren, zou dit effect kunnen hebben op de jongeren.

Opvallend is dat alle medewerkers de **positieve benadering** noemen als positief aspect van de ACRA. Eén van de medewerkers geeft een heel mooi citaat als reactie op de vraag; 'en stel dat die jongeren wel die ruimte heeft gehad om hard te lopen en jullie komen er toch achter dat hij heeft gebruikt. Wat zou je dan doen?' Hij zegt daarop: "kijk je bent niet boos op zo'n jongere dan, want dat is ook niet de bedoeling. En dat is ook het mooie van ACRA, je gaat gewoon met hem bekijken wat er verkeerd is gegaan" (2014, Ha15). De kern van de ACRA komt hierin goed naar voren, het niet bestraffen. De positieve benadering heeft ook een keerzijde, want het is lastig voor de medewerkers om altijd positief te blijven benaderen. Dat vertelt deze medewerker (Hb12):

Er komt hier snel een reactie op dat wat je aan het gedrag ziet van iemand. Dus bijvoorbeeld, ik zeg maar wat: iemand gooit de deur hard dicht. Dan kan je zeggen van 'goh, ik wil niet dat je die deur zo dichtgooit, want daar kan het kapot van gaan', maar je kunt ook denken, van 'oké, wat is er wat deze jongere nu zo triggert, dat hij dus blijkbaar boos is en laten we daarover het gesprek hebben'. We zijn soms geneigd om heel erg op de buitenkant te reageren, dat wat we zien. Daar zit denk ik dus ook een stukje negatieve aandacht op en dat heeft niet zo heel veel effect.

De moeilijkheid ligt hem in het **begrenzen** van de jongeren. De positieve benadering staat voorop, wat ook duidelijk zo wordt ervaren door de medewerkers. Toch lijkt dit soms het begrenzen in de weg te zitten. Eén van de medewerkers (Hb5) zegt hierover:

Het één sluit, wat mij betreft, het ander niet uit. Je kunt prima positief bekrachtigen en daarnaast ook de begrenzing aangeven. Dat vinden veel mensen nog een beetje verwarrend. Dus als je het dan hebt over toepassen van ACRA is dit, wat mij betreft, wat opvalt. We proberen wel de procedures van de ACRA toe te passen.

De medewerkers lijken soms nog wel eens moeite met begrenzen te hebben. Het begrenzen van jongeren kan volgens deze medewerker prima samenvallen met een positieve benadering. Dit is echter niet bij alle medewerkers op die manier naar voren gekomen. Eén van de medewerkers geeft aan dat het begrenzen in zijn ogen wel meer zou kunnen gebeuren. Hieruit komt al naar voren dat er visieverschillen zijn in de ACRA. Zo blijkt uit dit fragment (Ha3):

Heel veel jongeren voelen hier wel dat ze echt begrepen worden, dat er naar hen geluisterd wordt en dat ze fouten mogen maken. Alleen ik vind wel dat we met de ACRA heel erg sterk voorbij gaan aan een stukje structuur en regels.

Het gebrek aan regels en structuur kan voor onduidelijkheid zorgen in de kliniek. Deze duidelijkheid is mogelijk ook iets wat de **individuele aanpak** in de weg staat. Door de jongeren individueel aan te pakken is de grote lijn mogelijk niet helemaal duidelijk. De medewerkers geven aan, dat de jongeren zich gaan meten aan elkaar en wat de andere jongere wel zou mogen of niet mag. Dit maakt de ACRA op dat punt moeilijk toe te passen. Het gebeurt wel, zo vertelt deze medewerker (Ha12):

En de ACRA... Wij benaderen iedereen persoonlijk, dus iedereen heeft verschillende verslavingen, verschillende mogelijkheden. Als jongeren op hun PAL-lijst hebben staan van: 'ik ga hardlopen', dan mogen ze doordeweeks alleen naar buiten hardlopen. Maar je hebt natuurlijk genoeg jongeren die daarmee spelen. Die zeggen: 'oké, ik ga hardlopen', maar even snel naar de shop toe gaan en dan heel langzaam de joint

oproken en dan bezweet terugkomen. Wat dat betreft geeft ACRA ook wel gelegenheid om terug te vallen of om dingen te doen die niet mogen.

De individuele aanpak is goed, maar de ACRA biedt ook vrijheid. Deze medewerker geeft aan dat het kansen bieden wel goed is, maar dat er wel een keerzijde aan zit. Hij maakt de kanttekening dat de ACRA door deze vrijheid ook de ruimte geeft om terug te vallen.

De vraag of de ACRA in een klinische setting wel te **hanteren** is komt ook naar voren in de gesprekken. De medewerkers zijn het met elkaar eens dat de ACRA methode niet altijd even goed toe te passen is. Hier ligt mogelijk voor een deel verantwoordelijkheid bij de medewerkers, namelijk het niet goed weten wat de methode inhoudt. Eén van de medewerkers (Hb15) zegt hierover:

De procedure ‘probleemoplossende vaardigheden’ is misschien nog niet iets wat een coach er altijd bij pakt. Als een jongere met een probleem komt dan is de neiging misschien snel om te zeggen; ‘o, maar je kunt dat, dat en dat’. Terwijl je dan ook de procedure erbij kan pakken om de jongere met die procedure aan de hand er doorheen te werken en dat de jongere dan zelf komt met die opties die hij kan doen.

Daarnaast is het ook een aspect wat door de groepsomstandigheden wordt bemoeilijkt. Wanneer je een één-op-één contact hebt met een jongere is de individuele aanpak een vanzelfsprekend aspect. Je past je aan op de jongere en gaat na waar zijn of haar behoeften liggen. In de groep wordt dit bemoeilijkt door nog negen andere individuen. Door de individuele aanpak is de duidelijkheid voor de hele groep mogelijk minder helder.

4.1.8. Alternatieven

In de interviews hebben wij aan de medewerkers de vraag gesteld of ze nog tips hebben om beter in te spelen op voortijdige uitval. De meerderheid van de medewerkers geeft aan dat de **regels en structuur** in de kliniek verbeterd zou kunnen worden. De meeste medewerkers hebben het over het gebrek aan duidelijkheid in de kliniek. Eén van de medewerkers zegt: “Een belangrijk stukje van mijn advies is, geef hele goede informatie. Leg continue uit: waarom doe je iets en wat zijn de regels en waar leg je de accenten op” (2014, Hc30). Op het moment dat iedereen duidelijk heeft hoe er met de regels wordt om gegaan, zal het ook makkelijker zijn om deze uit te kunnen dragen. Dit duidelijk neerzetten van kaders moet aan het begin van de behandeling al duidelijk zijn, zo geven de medewerkers aan.

De aansluiting bij de jongeren wordt als een belangrijk aspect genoemd, dat soms nog beter zou kunnen. Door de helft van de medewerkers wordt een individueel bejegeningsplan als tip gegeven om beter te kunnen aansluiten. Door het bejegeningsplan kunnen de medewerkers beter aansluiten bij wat een jongere nodig heeft. Eén van de medewerkers (Hd40) zegt hierover:

Een bejegeningsplan zou heel goed zijn om voortijdige uitval te voorkomen. Eigenlijk zou je een bejegeningsplan en signaleringsplan moeten hebben per jongere. Als je een bejegeningsplan hebt dan kun je weer in gesprek, waardoor je weet wat er bij een jongere speelt en weet wat ze bezig houdt. Dat is denk ik heel belangrijk, jongeren moeten zich gehoord voelen.

Naast een bejegeningsplan wordt ook vaak genoemd dat het **behandelplan** beter kan aansluiten op de individuele jongere. Wanneer jongeren achter het behandelplan staan, zou dit ervoor kunnen zorgen dat jongeren minder snel afhaken. Jongeren voelen zich meer gehoord, doordat het behandelplan ook iets van henzelf is. De afstemming van de inhoud van de behandeling op de individuele jongere wordt als aspect genoemd waar een verbeteringslag zou kunnen plaatsvinden. Dit ligt volgens de medewerkers op twee vlakken, de inhoud van de behandeling en de duur van de behandeling.

Een ander belangrijk aspect is dat de medewerkers beter kunnen aansluiten bij de jongeren door hun **kennis** te vergroten. De kennis kan worden vergroot op het gebied van verslaving, maar ook ten aanzien van de ACRA methode en de uitvoering hiervan. Een deel van de medewerkers geeft aan dat de kennis op deze vlakken soms wat gebrekkig is, waardoor ze niet optimaal kunnen aansluiten bij de jongere. Ook kunnen de medewerkers niet altijd goed inspelen op de problematiek van de jongeren. Eén van de medewerkers (Hb46) zegt:

Misschien is het goed om te kijken naar die jongeren met die complexe problematiek, met ook die gedragsstoornissen erbij. Om dan eens te kijken van 'goh wat past daar dan voor?'. Hoe kunnen we dat beter in de vingers krijgen, of wat hebben we daarvoor nodig om dat beter te kunnen.

Door de kennis van de medewerker te vergroten, kan de aansluiting bij de jongeren ook beter gaan. De medewerker weet meer van het gedrag of van de problematiek van de jongere, waardoor er een gesprek kan ontstaan. Deze aansluiting zou ervoor kunnen zorgen dat jongeren zich meer begrepen voelen. Hierdoor zullen de jongeren mogelijk minder snel afhaken.

Slecht één medewerker geeft een tip over een zinvolle **dag invulling** voor de jongeren. Nog één andere medewerker geeft aan dat de kliniek mogelijk de doelgroep zou moeten versmallen om het aanbod beter te laten aansluiten op de specifieke doelgroep waar de kliniek goed in is.

4.2. Samenvatting

Terugkijkend op datgene wat de medewerkers vertellen is overduidelijk gebleken dat positieve benadering en duidelijkheid bevorderend werken. Ook de individuele benadering wordt door de medewerkers als bevorderend aangegeven. Hierdoor kan echter ook onduidelijkheid ontstaan, doordat er geen duidelijke lijn in de regels is te ontdekken. De jongeren zouden hier moeite mee kunnen hebben.

De houding van de jongeren komt ook als een belangrijke factor naar voren. Dit kan heel bevorderend werken, maar ook heel belemmerend. De medewerkers geven aan dat dit afhankelijk is van de houding die de jongere aanneemt. Wanneer jongeren denken dat zij het wel alleen kunnen, kan het zo zijn dat de jongere overmoedig vertrekt. De houding werkt op dat moment belemmerend. De open houding van een jongere kan ervoor zorgen dat een medewerker goed kan aansluiten. Deze houding werkt bevorderend in de behandeling.

Belemmerend is, naast wat eerder genoemd is, ook de problematiek van de jongere. Dit kan gaan om verslavingsproblematiek, problematiek door de puberteit of psychische problematiek. Naast de problematiek die belemmerend kan werken in de behandeling, zijn er nog andere belemmerende factoren die bij de jongere vandaan komen. De verwachtingen die een jongere heeft en de motivatie waarmee een jongere binnenkomt, kunnen een rol spelen. Jongeren die intrinsiek gemotiveerd zijn, zouden de behandeling eerder afmaken dan jongeren die extrinsiek gemotiveerd zijn.

De groepsdynamica kan een belemmerend effect hebben op de behandeling. Jongeren kunnen zich onveilig voelen door een negatieve groepssfeer, door drugsgebruik op de groep of door pestgedrag op de groep. Dit eraan bijdragen dat de jongeren de behandeling willen verlaten.

De aansluiting bij de jongeren is ook erg belangrijk. Dit werkt alleen bevorderend op het moment dat de medewerkers ook daadwerkelijk goed aansluiten. Dit gebeurt nog niet altijd goed, zo geven de medewerkers aan. Soms hangt dit samen met de problematiek van de jongeren. Op andere momenten meer met de houding van de medewerkers. De kennis van de medewerkers zou volgens een aantal medewerkers ook een rol kunnen spelen. Ook een bejegeningplan is een bevorderend aspect in de behandeling. Een medewerker legt uit dat dit ervoor zorgt dat er beter kan worden aangesloten bij de jongere.

Ook de omgevingsinvloeden hebben een belemmerend en een bevorderend effect op de behandeling. De belangrijke anderen kunnen een stimulerende rol hebben op het moment dat zij samenwerken met de kliniek. Doen zij dat niet, dan kunnen de belangrijke anderen een belemmerend effect op de behandeling hebben. Ook heimwee is volgens de medewerkers een belangrijke belemmering in de behandeling.

Daarnaast wordt het behandelplan genoemd als belangrijke factor. Door een van de medewerkers wordt de mogelijkheid genoemd die er is om de behandelduur aan te passen, wat bevorderend kan werken. Toch komt het behandelplan ook terug in de belemmerende factoren. Dat komt doordat het behandelplan te vaak afwijkt van datgene wat de jongeren eigenlijk nodig hebben. Dit maakt dat jongeren op sommige momenten toch besluiten om weg te gaan, geven de medewerkers aan. De aansluiting van de behandelblokken is daar één aspect van. Dit heeft te maken met de start van de blokken, die niet altijd goed aansluit op de tijd dat jongeren in de kliniek komen.

Ten aanzien van de ACRA lijken de medewerkers het meest tevreden met de positieve bejegening die de ACRA aangeeft. De moeilijkheid die hier bij komt kijken is het negeren van het ongewenste gedrag, wat jongeren kunnen vertonen. Daarnaast is de individuele aanpak binnen de kliniek soms moeilijk uit te voeren, aangezien dit ten koste van de duidelijkheid op de groep gaat.

De medewerkers geven desgevraagd nog tips ter verbetering van de kliniek met het oog op voortijdige uitval. Hierover bestaan verschillende ideeën, maar toch lijkt een behandelplan op maat voor iedere jongere het meest ideaal te zijn. Daarnaast zou een bejegeningsplan per jongere ook helpend zijn, om op die manier tot een optimale aansluiting te komen.

5. Visie jongeren

De resultaten van de interviews met de jongeren beschrijven wij in dit hoofdstuk. Hiermee geven wij antwoord op de vierde deelvraag. Deze is, 'wat geven jongeren als redenen voor het voortijdig verlaten of volledig afronden van de behandeling'. Wij hebben de interviews afgenomen aan de hand van de onderwerpen uit de topiclijsten (zie bijlage 5). In dit hoofdstuk staat de analyse van de interviews met de jongeren centraal. Het begin van het hoofdstuk zal bestaan uit een korte analyse van gegevens die wij krijgen uit de interviews. Daarna analyseren wij de interviews. Wij beschrijven per factor wat de jongeren hebben gezegd. De factoren zijn bejegening, cliëntfactoren, groepsfactoren, medewerkersfactoren, omgevingsinvloeden en instellingsfactoren. Ook in dit hoofdstuk zullen wij de woorden belemmerend en bevorderend gebruiken. Op het moment dat een factor de behandeling tegenwerkt zal dit een belemmerende factor genoemd worden. Als de factor de jongeren stimuleert om in behandeling te blijven, dan noemen wij het een bevorderende factor. Wij interviewen in het totaal tien jongeren die in de periode van september 2013 tot december 2013 in de kliniek zijn opgenomen. Uiteindelijk hebben wij twee vrouwen en acht mannen geïnterviewd, waarvan de jongste zeventien en de oudste 24 jaar is.

5.1. Analyse interviews

Wij hielden half-gestructureerde interviews met de jongeren, waarin wij hen vroegen wat in hun geval een bijdrage leverde aan voortijdige uitval of voortzetting van de behandeling. Wij analyseren de interviews door in eerste instantie de meest voorkomende onderwerpen te tellen (zie bijlage 10 & 12).

Wat opvalt is dat alle jongeren hun eigen houding als een belemmerende factor in de behandeling hebben benoemd. Ook de eigen motivatie wordt als belangrijke factor gezien die invloed heeft op het vervolg van de behandeling. De aansluiting door de medewerkers bij de jongeren wordt ook genoemd als factor die belemmerend kan werken in de behandeling. De helft van de jongeren geeft aan dat dit ook een bevorderende factor kan zijn. De houding van de jongere en de aandachtverdeling hangt hiermee samen. Iets meer dan de helft van de jongeren noemt de houding van de jongere en de aandachtverdeling ook als belemmerende factor.

De groep heeft ook een belangrijke invloed op de jongeren, meer belemmerend dan bevorderend zo geven de jongeren aan. Daarnaast is ook de invloed van de omgeving een belangrijke factor. De opstelling van de omgeving van de jongeren heeft een bevorderende en belemmerende factor in zich. In dit hoofdstuk lichten wij de uitkomst van de interviews uitgebreid toe.

5.1.1. Bejegening

De helft van de jongeren zegt iets over **duidelijkheid** in de kliniek. Deze jongeren zien de onduidelijkheid in de kliniek als een belemmerende factor voor de behandeling. Iedere coach werkt op zijn eigen manier en gaat met iedere jongere weer anders om. Op de vraag 'zijn er meer redenen geweest waarom jij weleens hebt gedacht laat ik maar gewoon weggaan, want dit trek ik niet meer?' zegt een jongere: "Ja, gewoon onduidelijkheid hier. De een zegt dit de ander zegt dat. Ze moeten die regels gewoon strak trekken en niet bij de een wel en bij de ander niet. Het is maar net welke coach je hebt" (Ja9-Ja10).

Het niet goed naleven van de regels en afspraken in de kliniek, zou volgens de jongeren ook een belangrijke reden zijn van uitval. Een jongere (Jc22) doet hierover een uitspraak:

Regels zijn regels. Ik begrijp dat ze wel die regels hebben, maar als ik al van te voren een regel heb gemaakt met iemand daar en die regel wordt opeens verbroken, dan heb ik zoiets van, ja waar gaat dit dan nog over.

De duidelijkheid die ontbreekt, is heel moeilijk voor de jongeren. Ook het feit dat de coaches niet op één lijn liggen vinden de jongeren heel lastig. De jongeren geven daarom het gebrek aan duidelijkheid aan als belemmerende factor. Doordat de coaches niet op één lijn liggen en er niet

consequent met regels wordt omgegaan, ontstaat deze onduidelijkheid. Wanneer de duidelijkheid wel wordt gegeven, dan werkt het juist bevorderend volgens een jongere.

Door bijna de helft van de jongeren wordt iets over **begrenzen** gezegd. Het begrenzen van jongeren wordt zowel belemmerend als bevorderend bestempeld. De meerderheid van de jongeren ziet het begrenzen als belemmerende factor. Dit heeft ermee te maken dat de begrenzing niet consequent wordt gegeven, aldus de jongeren. Een minderheid van de jongeren ziet de begrenzing als iets positiefs in de behandeling. Wel zou het heel afhankelijk zijn van de persoon die aan het werk is. De ene is wat strenger dan de ander. Een jongere (Jj9) licht dit toe:

Het verschilt ook heel erg wie er werkt. Zoals nu werkt er een vrouw en zij is echt, zij is echt streng maar rechtvaardig. En zoals vanochtend, er is een jongen in de groep die is gewoon heel erg lui. Die wil gewoon niet bij het ontbijt zijn en die blijft tot twaalf uur op zijn nest liggen. Maar daar weet zij ook wel raad mee. Dan gaat ze niet zijn goede kanten benadrukken van 'maar je hebt wel je tanden gepoetst'. Nee, dan krijgt hij er ook van langs.

Hieruit blijkt dat de begrenzing wel nodig is, om te voorkomen dat iedereen zijn eigen gang gaat. In het voorgaande citaat licht de jongere toe dat de positieve benadering, van de ACRA, op dat moment niet zo zeer voorop staat. Het zou ook niet wenselijk zijn als er geen begrenzing zou zijn, zo geven de jongeren aan.

De **individuele aanpak** van de jongeren wordt door de minderheid van de jongeren genoemd als een belemmerende factor in de behandeling. Deze jongeren geven aan dat de individuele aanpak voor onduidelijkheid kan zorgen. Op de vraag 'En zorgde de onduidelijkheid er ook voor dat je minder gemotiveerd was?' geeft een jongere aan (2014, Je9):

Ja, op een gegeven moment had ik er echt heel erg genoeg van. Dat was echt de laatste vijf/zes weken. Toen had ik er echt totaal geen zin meer in. Want elke keer niet op één lijn zitten en elke keer dingen veranderen, daar wordt je gewoon ziek van. Dat is wel lastig dat ze iedereen individueel behandelen. Ze beslissen voor mij wat ik mag en voor een ander wat die mag en dat kan heel verschillend zijn.

5.1.2. Cliëntfactoren

Alle jongeren geven aan dat ze hun eigen houding heel belangrijk vinden in de behandeling. Ze noemen het allemaal als een belemmering. Zeven jongeren noemen de eigen houding ook als een bevorderende factor. De eigen houding kan worden gezien als een belemmerende factor, als jongeren overmoedig raken. Veel van de jongeren noemen dit als reden dat zij de kliniek voortijdig verlaten hebben. Een aantal jongeren geven aan overmoedig weg te zijn gegaan; "Een ander moment dat ik dacht van 'ik ga weg' was dat ik dacht dat ik klaar was. Ik was clean en dat was mijn doel. Daarom dacht ik dat ik klaar was" (2014, Jb16). Deze jongeren laten zien dat ze eerder zijn vertrokken, omdat ze dachten dat ze weer op hun eigen benen te kunnen staan. Naast de overmoedige houding van de jongeren, ziet een meerderheid van de jongeren de eigen houding ook als bevorderende factor voor de behandeling. De jongeren vertellen dat zij veel meer kunnen bereiken wanneer ze open staan voor hulp. Als ze openstaan, kunnen de medewerkers ook beter aansluiten. Een citaat dat dit illustreert wordt door deze jongere (Jd12) genoemd:

Ja, toen kon ik veel beter met de medewerkers in gesprek, toen lukte het ook gewoon goed om met ze in gesprek te gaan. Dat vond ik wel fijn. Toen kon ik opeens ook over dingen praten die me dwars zaten. Dat heb ik nooit eerder gekund.

Als de jongeren dus open staan voor behandeling is de kans dat de behandeling slaagt ook veel groter, zo zeggen zij zelf.

Bijna alle jongere geven aan dat de **eigen motivatie** belangrijk is in de behandeling. De jongeren vertellen dat wanneer zij intrinsiek gemotiveerd zijn, zij de behandeling veel makkelijker kunnen

afronden. Wanneer zij extrinsiek gemotiveerd zijn, is het veel moeilijker om de behandeling te laten slagen. Eén van de jongeren geeft aan: “Een belangrijke reden die jongeren hebben om eerder weg te gaan is denk ik gewoon omdat ze nog niet willen stoppen” (2014, Jg21).

De jongeren lijken het met elkaar eens te zijn dat de soort motivatie bepalend is. Wanneer een jongere intrinsiek gemotiveerd is werkt dit bevorderend in de behandeling. Verschillende jongeren zeggen daar iets over. De motivatie en wilskracht zijn belangrijke aanwijzingen volgens de jongeren of de behandeling wel of niet succesvol afgerond wordt. Een aantal jongeren kijkt heel zwart-wit tegen motivatie aan. Zij vinden dat jongeren die extrinsiek gemotiveerd zijn eigenlijk niet in de kliniek zouden moeten verblijven. Een aantal andere jongeren geven aan dat de behandeling niet werkt als je niet echt gemotiveerd bent.

De meerderheid van de jongeren zien hun eigen **problematiek** als een belangrijke factor in de behandeling. Vijf van hen zien de problematiek als een belemmering voor de behandeling. De problematiek kan te maken hebben met psychische problematiek of verslavingsproblematiek. Een aantal jongeren hebben aangegeven dat ze moeite hebben met het gebruik op de groep. Het gebruik op de groep zorgt voor trek en daardoor willen jongeren eerder vertrekken. Een jongere (Jd14) geeft als antwoord op de vraag ‘heb je ook weleens ervaren dat jongeren dan spul meenamen op de afdeling, dat je daardoor dacht van ik kan het net zo goed allemaal opgeven?’:

Te vaak. De eerste opname was er speed mee naar binnen genomen. Ik kreeg er trek van. Dus toen had ik ook al zoiets van, ja nou heb ik er ook zin in. Dan wil je ook naar huis als je trek hebt. En vooral als je er niet over kunt praten, dan wordt het heel lastig.

Tot slot wordt de **verwachting** van de jongeren door de helft genoemd als een belemmering in de behandeling. Veel jongeren hebben verwachtingen die niet overeen komen met de werkelijke situatie in de kliniek. Daardoor raken ze teleurgesteld, wat een negatieve invloed heeft op de behandeling. Een jongere (Ja13) zegt:

Gewoon dat de medewerkers nergens zelf mee komen en dat je alles zelf maar moet doen. Ik bedoel je zit hier om geholpen te worden, dan moeten ze er niet vanuit gaan dat je alles zelf kan. Toch? Ik kwam met de verwachting dat ze mij gingen helpen. En eigenlijk viel dat een beetje tegen. Ze hielpen me wel, maar dan moet ik er wel zelf om vragen en gelijk weer komen van we gaan nu dit en dat doen.

5.1.3. Groepsfactoren

De **dynamiek in de groep** wordt door de meerderheid van de jongeren als een belangrijke factor in de behandeling genoemd. Zeven jongeren zien de groepsdynamiek als een belemmerende factor. Slechts drie jongeren zien het als een bevorderende factor. Het groepsleven wordt als voorbeeld gegeven van een belemmerende factor. Dit kan komen doordat er bijvoorbeeld gepest wordt op de groep. Hierover vertelt deze jongere (Jd46):

Eén van de jongeren werd gewoon weggepest. Dat was een gameverslaafde en die heeft al die mooie verhaaltjes over drugs. Toen had hij opeens trek in drugs. Dus die werd gewoon gepest. Ja, pesten heeft ook wel een effect op jongeren, dat ze eerder weg willen.

Een aantal andere jongeren stippen dit ook aan in de interviews die wij met ze houden. Naast het feit dat er soms gepest wordt, wat een belemmerende factor is in de behandeling, zou het leven op de groep ook niet altijd makkelijk zijn. Hierover zegt een jongere (Ja16):

Je zit vierentwintig uur bij elkaar en de één trekt daar altijd zijn bek open. Die zit alleen maar op de coaches te zeuren. Het zijn niet de mensen die je hebt gekozen, maar je moet het er wel mee doen. Dat heeft mij weleens aan het denken gezet van, ‘zou ik maar gewoon gaan?’

Wanneer de **groepssfeer** niet goed is, zijn de jongeren geneigd om eerder te vertrekken. Maar als de groepssfeer wel goed is dan kan de groep bevorderend werken op de behandeling. Een aantal jongeren vindt de groep heel prettig. Zij geven aan dat de jongeren hen goed snappen en dat ze goed met elkaar kunnen praten. Daarnaast is het in sommige gevallen zelfs zo dat de groep elkaar door de behandeling heen sleept. Zo geeft onder andere deze jongere (Jj11):

We hebben nu een hele leuke groep, waar mensen elkaar ook steunen. Er mag gehuild worden. Als iemand aan tafel begint te huilen dan slaat iemand anders gewoon een arm om hem heen. Dat is heel mooi om te zien en dan voel je je wel fijner, dus misschien dat je motivatie dan een stukje hoger is.

De jongeren op de groep kunnen erg veel steun hebben aan elkaar, dat werkt bevorderend op de behandeling. Nog een jongere (Jb25) doet hierover een uitspraak, waaruit blijkt dat hij zelfs liever contact heeft met de jongeren dan met de medewerkers:

De medewerkers zeggen heel makkelijk: 'we snappen je', maar ga eerst maar eens in mijn schoenen staan voordat je het snapt. Begrijpen is heel wat anders dan snappen hè. De jongeren op de groep hebben meestal hetzelfde meegemaakt. Ik heb meer gehad aan de jongeren dan aan de behandelaren in de hele behandeling.

Hierover valt ook weer wat te zeggen. Het lijkt erop dat de jongere soms liever naar de groepsgenoten toestapt dan naar de medewerkers. De sfeer op de groep wordt ook bepaald door de **veiligheid** of onveiligheid die een ieder ervaart. Dit heeft invloed op de behandeling van de jongeren. Als jongeren zich onveilig voelen in een groep, zijn ze mogelijk eerder geneigd om de behandeling te verlaten. De veiligheid op de groep kan te maken hebben met drugsgebruik in de kliniek. Dit kwam eerder al aan de orde toen het ging over pestgedrag. Jongeren kunnen eerder trek krijgen als er wordt gebruikt op de groep, vertellen de jongeren. Dat heeft een belemmerend effect op de behandeling. Een jongere (Jd15) zegt hierover:

De tweede opname was een hele tijd dat er mensen wiet op de kamer mee naar binnen namen, dat er gewoon in de huiskamer werd geblowd. Als je dat dan hoort dan denk je ook zo van, ik had beter niet kunnen komen. Dan wordt je zelf eigenlijk ook aangewakkerd. Je krijgt trek omdat anderen mensen ook gebruiken. Dan denk je, ik zit in een kliniek af te kicken en wat doe ik hier eigenlijk? Dus dat had wel een hele grote invloed.

Opvallend is wel dat vrijwel alle jongeren het drugsgebruik niet op zichzelf betrekken. Vrijwel alle jongeren geven aan dat de groepsgenoten last hebben van gebruik op de groep, daar waar zij er zelf geen last van zeggen te hebben.

5.1.4. Medewerkersfactoren

De **aansluiting** van de medewerkers bij de jongeren wordt door bijna alle jongeren genoemd. Door de helft van de jongeren als bevorderende factor. De jongeren geven aan dat de medewerkers goed bij hen aansluiten. De jongeren geven aan dat er soms ook iets van henzelf nodig is om weer aansluiting te ervaren van de medewerkers. De jongeren zeggen dat ze zich meer open moeten stellen voor de hulp van de medewerkers. De eigen houding speelt hierin dus ook een rol. Eén van de jongeren (Jj7) zegt dat de medewerkers erg goed aansluiten. Op de vraag 'hoe vind je dat de medewerkers met je omgaan?' zegt hij:

Heel erg fijn. De medewerkers zijn hier zo aardig en lief. In die eerste kliniek, als ik het een cijfer moest geven, was de aardigheid een drie of een vier en hier echt gewoon een negen. Ze zijn heel druk, maar ze proberen toch op je te letten en als ze zien dat het slecht gaat dan zeggen ze van 'kom laten we iedere dag even een tien minuten gesprekje doen'. Je hoeft zelf niet aan alles te denken, als je iets vergeet, dan worden ze niet boos. Echt hele lieve mensen hier.

De andere kant wordt door acht van de jongeren genoemd. Zij geven aan dat de medewerkers te weinig aansluiten of te weinig interesse tonen. Een van de jongeren (Jf37) zegt:

Sommige medewerkers gaan al invullen, voordat ze je naar dingen vragen op de groep. Terwijl ik eerst mijn verhaal wilde doen. Dus dan had ik liever dat de begeleiders zeiden, 'jij vertelt jouw verhaal, de andere jongere vertelt zijn verhaal', en dat ze dan zeggen: 'hoe nu verder?'.

De jongeren geven aan het belangrijk te vinden dat de medewerkers aansluiten bij wat zij zeggen of vinden. Dit speelt mee in hun keuze om de behandeling wel of niet af te ronden. Daarnaast geven de jongeren ook aan dat de **aandachtverdeling** een belangrijke factor is. De aandacht zou niet goed worden verdeeld tussen de administratieve taken en de tijd op de groep. Iets meer dan de helft van de jongeren geeft aan dat dit een belemmerende factor is. De jongeren vinden dat de medewerkers te weinig tijd op de groep doorbrengen. Eén van de citaten die hier over gaat is van een jongere (Ji27) die aangeeft:

Die begeleiders typen 500 zinnen over een jongere, waarvan er maar twintig worden doorgegeven. Ik heb vandaag ook gezegd 'jullie zijn veel te veel bezig met de theorie en niet met de praktijk. Ga gewoon lekker met de jongeren ofzo, in plaats van alleen op de computer'. Soms zitten ze gewoon één uur lang gewoon door te typen. Ze kunnen wat mij betreft nog wel iets meer bij de groep zijn en dan niet per se over voetbal praten, maar ook gewoon over het gebruik, want dat gebeurt nu niet in de groep.

Er wordt wel een nuance aangebracht door één van de jongeren die zegt: *"Er waren wel een paar goede bij. Die gingen gewoon aan het einde van hun dienst gewoon zitten rapporteren"* (Jd35). Ook uit dit fragment blijkt wel dat het nog steeds van belang is dat de medewerkers zichtbaar zijn op de groep. Hierin is de **houding van de medewerker** bepalend. De helft van de jongeren geeft aan dat de houding van de medewerker belemmerend is in de behandeling. Eén van de jongeren geeft aan dat er veel wordt geroddeld, wat op hem zeker van invloed is geweest. Andere jongeren geven aan dat de medewerkers zich niet actief opstellen, doordat ze weinig initiatieven nemen in het contact met de jongeren. Hierdoor voelen een aantal jongeren zich minder serieus genomen.

Vier jongeren zeggen iets over de **kennis** van de medewerkers. Deze jongeren geven aan dat het belangrijk is dat mensen weten wat een verslaving inhoudt en wat het met je doet. De ervaringsdeskundigen in de kliniek zijn een bevorderende factor zo geven drie van de jongeren aan. Eén (Jh30) daarvan zegt:

Er lopen hier genoeg ervaringsdeskundigen rond, die hebben zelf ook gebruikt. En dat zijn gewoon mensen die heel waardevol zijn. Zij zien meer dan mensen die zelf niet verslaafd zijn geweest. Die zien net of iemand wel trek heeft, omdat ze zelf ook hebben gebruikt. Zij weten zelf wat dat is.

De medewerkers met minder ervaring worden door vier jongeren gezien als een belemmering in de behandeling. Een citaat van een van de jongeren geeft dit weer (Jg10):

Als er dan van die mensen zijn die er bijna niets over weten, maar toch proberen over verslaving te praten. Ja, dan is het lastig om dat gesprek aan te gaan. Dan komt het meer van één kant, want zij snappen er toch niet zoveel van, dan moet je het allemaal uitleggen, maar dat kan je niet.

De jongeren zeggen het fijn te vinden om begrepen te worden, bijvoorbeeld als het gaat om het gevoel van trek. De jongeren voelen zich goed begrepen door de medewerkers die ervaring hebben met verslaving. Zij sluiten echter niet uit dat medewerkers de kennis over verslavingen nog op kunnen doen.

Een factor die alleen als belemmerend naar voren is gekomen bij de jongeren is de **eenduidigheid**. De helft van de jongeren geeft aan dat er een gebrek aan duidelijkheid is. Deze duidelijkheid zit hem vooral in de manier waarop de medewerkers met de jongeren omgaan. Er worden verschillende dingen gecommuniceerd naar de jongeren, waardoor zij in verwarring raken. Deze jongere (Jf26) zegt bijvoorbeeld:

Er is gewoon geen duidelijkheid in Tiel, dat is het grootste probleem. Met die duidelijkheid bedoel ik, je hebt daar een kennismakingsgesprek met één zo'n vrouw en die legt je alles uit. Hoe het precies in elkaar zit en dan is alles duidelijk. En dan kom je daar binnen en dan is het totaal anders wat je ziet. De begeleiders volgen eigenlijk hun eigen regels en dat soort dingen. Dat is eigenlijk helemaal niet goed, de leiding zit niet op één lijn, dat is het grootste probleem.

Dit wordt door meerdere jongeren genoemd. Een andere jongere zegt hierover nog: “Je merkt ook wel gewoon met de lijn van de coaches, dat de één wat makkelijker en soepeler met de regels omgaat dan de ander” (Jh16). Opvallend is dat de jongeren die minder begaafd zijn, volgens de DSM-IV classificatie, dit vaker als belemmerend aspect benoemen.

5.1.5. Omgevingsinvloeden

Acht van de tien jongeren geven aan dat de invloeden vanuit de omgeving ook invloed kunnen hebben op de behandeling. De jongeren geven aan dat de **belangrijke anderen** een schakel zijn in de behandeling. Iets meer dan de helft van de jongeren geeft aan dat deze personen zowel een positief als een negatief effect kunnen hebben op de behandeling. Volgens de jongeren hebben de belangrijke anderen een positief effect op de behandeling wanneer de belangrijke anderen de jongeren motiveren om de behandeling vol te houden. Dit kan gebeuren door een partner, maar ook door familieleden. Eén van de citaten die dat mooi weergeeft is van deze jongere (Jh10):

De vrienden die ik over heb gehouden die staan ook wel achter me. Die jongens steunen me ook wel. Dat zijn mijn “belangrijke anderen” binnen de kliniek, dat zijn gewoon echt mijn vrienden. Die gasten hebben mij erdoor heen geholpen. Dat zijn ook jongens waar ik het aan te danken heb dat ik hier nu nog zit. Zij hebben mij gestimuleerd om hier te zijn.

De jongere ervaart zijn vrienden als belangrijke bevorderende factor in de behandeling. Een zestal jongeren noemt de belangrijke anderen als belemmerende factor. Dit heeft ermee te maken dat de belangrijke anderen de jongeren niet altijd op een positieve manier beïnvloeden. Eén van de jongeren zegt: “Mijn ouders hebben financiële problemen en dan doen ze een beroep op mij. Dat geeft mij de neiging om eerder af te haken of weg te gaan” (Jb8). Hieruit blijkt dat zijn ouders niet op een positieve manier in de behandeling betrokken kunnen worden. Iets wat bij meerdere jongeren wel eens mis gaat. Hierop hebben de jongeren geen invloed, maar toch gebeurt dit wel. In sommige gevallen zelfs zo veel dat de jongeren hierdoor afhaken.

Een andere factor die slechts twee keer wordt genoemd, is **dagbesteding**. Eén van de jongeren geeft aan dat het heel fijn is dat hij in Tiel woont, waardoor hij zijn dagbesteding gedurende de behandeling weer kan gaan oppakken. Een andere jongere (Jj2) geeft hiervan het nadeel weer. De reden waarom hij de kliniek verlaten heeft, had te maken met de dagbesteding die hij thuis heeft. Op de vraag ‘welke overwegingen had je toen, dat je besloot om weg te gaan?’, antwoordt hij:

School was de grootste reden. Ik zit in het eerste jaar van (...). Je hebt een aantal studiepunten nodig om überhaupt te kunnen overgaan naar het tweede jaar. Dat werd al heel krap, dus ik voelde wel veel druk van school.

Deze jongere geeft aan dat hij, juist om het schooljaar af te maken, is vertrokken uit de kliniek. Deze jongere vertelt school prioriteit te hebben willen geven.

De helft van de jongeren noemt de **geografische afstand** als belemmerende factor. Zij geven aan dat zij de familie en/of vrienden missen. Het gaat vaak om heimwee in ernstige of minder ernstige mate. Het gemis zorgt er vaak voor dat de jongeren na gaan denken over het wel of niet voortzetten van de behandeling. Eén van de jongeren (Jc12) zegt:

Ik mis de vrijheid. En ja, vrienden, noem maar op. Alles wat je eerst wel had dat is gewoon weg en dat mis ik eigenlijk wel. Het is een soort heimwee, alleen dan naar mijn eigen huisje en mijn vrienden.

Dit komt bij de helft van de jongeren in een soortgelijke vorm naar voren. Eén van de jongeren geeft aan dat de geografische afstand ook bevorderend kan zijn in de behandeling. Juist omdat hij denkt nog niet klaar te zijn voor het leven in de oude omgeving. Hij is juist bang om uit de kliniek te gaan. Dat maakt de oude leefomgeving een bevorderende factor.

5.1.6. Instellingsfactoren

De jongeren geven aan dat **structuur** een factor is die op verschillende manieren invloed kan hebben. Deze factor komt als belemmerende factor en als bevorderende factor voor. De structuur in de kliniek kan bevorderend werken zo zeggen een paar jongeren. Deze jongere (Je21) zegt dat hij blij is met de structuur in de kliniek, aangezien hij dit eerder niet had:

Ik had tenminste een dag invulling. Ik verveelde me nooit in de kliniek. Dit was wel een grote stap voor mij, van alle vrijheid naar een gestructureerde dag. Ik bedoel, vier maanden geleden was ik elke dag met drugs bezig en dan zit je opeens gewoon binnen en kan je niets aanraken.

Een andere jongere die eerder zijn leven zelf al op de rit had, geeft het tegenovergestelde aan. Deze jongere (Jb18) geeft aan:

Hier zijn allemaal regeltjes en dat vind ik heel lastig. Thuis bepaal ik lekker zelf wat ik doe. Dus dat vind ik heel lastig af en toe. Het voelt alsof je opnieuw moet beginnen. Eindelijk je eigen huis en dan kom je hier en dan begin je weer opnieuw met vertrouwen winnen. En daar houd ik gewoon niet van.

De meerderheid van de jongeren geeft aan dat zij de structuur een belemmering vinden in de behandeling. Eén van de jongeren geeft dit zelfs direct als reden voor het stoppen met de behandeling (Jf6):

De reden waarom ik vertrok was dat ik me niet hield aan het dagprogramma ook met die rustmomenten. Want daar was ik het niet mee eens. Ik moest me per se aan de regels houden en daar was ik het niet mee eens en zo ben ik weggestuurd.

Ook de vormgeving van de behandeling komt aan de orde. Eén van de jongere (Jc5) zegt dat er over de inhoud van de behandeling geen duidelijkheid is gegeven. Dit heeft uiteindelijk effect gehad op zijn behandeling:

Tijdens de opname, de hele intake zeg maar, vroegen ze heb je daar dingen bij nodig? Nou goed, ik heb gewoon halters en ik dacht als ik het eventjes moeilijk heb, dan kan ik naar mijn kamer gaan en kan ik gewoon fitnessen. Die afspraak heb ik gemaakt met mijn hoofdbehandelaar, en het was ook allemaal genoteerd. Uiteindelijk ben ik in de

kliniek en ik mocht alles gewoon inleveren. Na aanvragen mocht het dan uiteindelijk wel een uur. Het verhaal is eigenlijk. De afspraak moet gewoon afspraak blijven.

Zoals al doorschemerde is het **behandelplan** iets wat een grote invloed kan hebben op de behandeling. Het bovengenoemde fragment laat zien dat het behandelplan belemmerend kan zijn. Daarnaast geven de jongeren aan dat zij de aansluiting van de blokken, die horen bij de behandeling, niet prettig vinden. Ook zou het in sommige gevallen zo zijn dat de jongeren doelen hebben staan waar zij niet achter staan. Er zijn ook jongeren die het behandelplan, of de aanpassing van dit plan, als positief ervaren. Eén van de jongeren (Je3) heeft een positieve ervaring opgedaan doordat zijn behandelplan werd aangepast. Hij zegt:

Ik vond het raar om weer terug te zijn in de kliniek. Het was wel een stukje wilskracht, dat moet je vooral hebben, en motivatie. In oktober had ik dat niet en nu wel. En nu mocht ik zelfs eerder weg omdat ik uitbehandeld was en mijn doelen waren behaald.

Ook het behandelplan kan dus een positief effect en een negatief effect hebben op de behandeling.

Acht van de jongeren geven aan dat zij de **regels** een belemmerende factor vinden. Dit zou te maken hebben met het feit dat zij geen vrijheid ervaren door deze regels. De jongeren geven aan dat zij zich belemmerd voelen in hun vrijheid. Door de sterke drang die ze dan toch hebben naar deze vrijheid, willen de jongeren de behandeling voortijdig verlaten. Een jongere (Jd8) zegt:

Dat had ik al vanaf het begin dat ik daar in huis was. Je mist het toch de vrijheid. Vanaf het begin liep ik al te schreeuwen dat ik naar huis wilde, want het ging gewoon niet. Ik heb er echt iets op tegen dat de deuren op slot zitten. Daar kan ik niet tegen. En als je geluk hebt mag je een uurtje naar buiten. Dat is niks voor mij. Daar ben ik wel achter gekomen. Dat zorgde ervoor dat ik weg wilde. Ik ben een jongen die is veel vrijheid gewend van thuis uit.

De houding van de jongeren heeft hierin ook wel invloed, zo vertelt het bovenstaande citaat. Echter, het gevoel dat ze geen kant op kunnen is volgens de jongeren een belemmering in de behandeling.

Een klein aantal jongeren geven aan dat de **financiële positie** van de kliniek invloed heeft op de behandeling. Zij geven aspecten weer die te maken zouden hebben met bezuinigingen, zoals de wisseling van de medewerkers. Medewerkers worden op verschillende afdelingen ingezet en de jongeren zien veel verschillende gezichten. De jongeren zeggen ook dat de bedden te wensen over zouden laten.

5.1.7. Alternatieven

Evenals bij de medewerkers hebben wij ook de jongeren de vraag voorgelegd wat de kliniek anders zou kunnen doen om te voorkomen dat jongeren voortijdig uitvallen. Drie van de jongeren geven aan dat **duidelijkheid** een belangrijk aspect is dat verbeterd zou kunnen worden. Eén van de jongeren zegt: “Nou ja, gewoon duidelijk zijn. Meer de kans geven om na te denken op het moment dat ik weg moet, zeker in mijn geval was dat wel handig geweest. Vanwege mijn impulsiviteit en ook omdat ze weten dat ik impulsief ben. Daarom ja...” (Ja43). Dit heeft ook te maken met de problematiek van de jongeren en het aansluiten bij de jongeren. Het hanteren van de regels kan ook duidelijker, zo geven de jongeren aan. Eén van de jongeren (Je23) zegt hierover:

Ja, binnen de opname behandeling dat ze op één lijn moeten zitten. Dat heb ik ze zo vaak vertelt. Gewoon duidelijkheid en gewoon wat ik bedoel met één lijn, dat ze met elkaar om de tafel moeten gaan zitten en alles uitmaken wat wel en niet kan. Ja, een keer een uitzondering is prima, maar het ging echt totaal nergens over in de begeleiding. Dat zorgt voor onduidelijkheid en onrust binnen de groep jongeren.

Belangrijk is dat de jongeren zich serieus genomen voelen. De jongeren geven aan dat dit kan door middel van duidelijkheid en structuur. Als er duidelijkheid en structuur is dan zeggen een aantal jongeren ook gewoon mee te zullen gaan in de verwachtingen. Eén van de jongeren (Jg31) geeft aan dat de afspraken over de privileges op dit moment niet goed werkt. Hij zegt als wij vragen wat beter zou kunnen:

Toch wel de communicatie tussen de jongeren en de coaches. Ja. Als dat niet goed is, ja dan krijg je irritaties enzo. Gewoon de gemeenschappelijke dingen over het op tijd zijn bij blokken enzo. Daar was de helft van de mensen ook nooit. En dan kreeg je geen privilege, als je niet bij het ontbijt was. Maar ja, de helft vergat dat toch op te schrijven 's morgens op het bord of de slimmeriken die vegen het gewoon weg van het bord, ja, dan heeft dat ook geen zin.

Deze jongere geeft eigenlijk weer dat de onduidelijkheid soms ook ontstaat doordat het systeem niet goed werkt. Dit maakt het een belangrijk punt van aandacht. Slechts een aantal jongeren geeft aan dat de **opstelling van de medewerkers** zou kunnen verbeteren. Dit komt bij één van de jongeren voort uit het feit dat de medewerkers veel zouden roddelen, ook met de jongeren. De kennis die ervaringsdeskundigen hebben kan hierin heel helpend zijn, zo geven twee van de jongeren aan. Eén van de jongeren zegt hierover: *“Dat is wat ik van heel veel jongeren hoor dat er gewoon niet genoeg ervaringsdeskundigen rondlopen”* (2014, Jd43). Dit zijn de belangrijkste aspecten die jongeren noemen ter verbetering.

5.2. Samenvatting

Terugkijkend op datgene wat de jongeren vertellen is gebleken dat er overduidelijk factoren zijn die invloed hebben op de behandeling van de jongeren. De bejegening die er in de kliniek plaatsvindt, is hierin een hele belangrijke. Dit hangt in veel gevallen samen met de regels en het nakomen hiervan. Ook in de opstelling en aansluiting van de medewerkers zou dit terug moeten komen. Een andere factor die belemmerend is in de behandeling heeft te maken met onduidelijkheid op de groep. Dit komt veel naar voren in de interviews. Deze onduidelijkheid kan te maken hebben met de verschillende manier van bejegening van de medewerkers. Ook kan dit te maken hebben met de individuele aanpak van de jongeren. Deze aanpak kan voor verwarring zorgen bij de jongeren, omdat ze niet allen op dezelfde manier worden aangepakt.

De jongeren geven aan dat de eigen houding een hele bepalende factor is in de behandeling. De houding kan ervoor zorgen dat de jongere juist de behandeling af zal ronden en voor de behandeling wil gaan. Het kan ook betekenen dat een jongere juist de behandeling niet afrondt, aangezien hij of zij er nog niet klaar voor is. Hierin speelt de motivatie van een jongere een rol. Op het moment dat de jongeren intrinsiek gemotiveerd zijn, geven zij aan de behandeling af te kunnen maken. Als zij niet intrinsiek gemotiveerd zijn, dan is de kans dat de behandeling niet slaagt veel groter. Nog een belemmering is de verwachting die jongeren hebben van de kliniek. Als zij vooraf iets heel anders verwachten, kan het in de kliniek zo tegenvallen dat de motivatie voor de behandeling weg zakt.

De interactie die er tussen de jongeren plaatsvindt, kan bevorderend werken. De jongeren zeggen steun te hebben aan elkaar, wat ervoor zou kunnen zorgen dat zij de behandeling zullen voortzetten. De groep kan ook een belemmerende factor worden. Het kan zijn dat er irritaties optreden in de groep. Dit kan voortkomen uit verschillende aspecten en kan er uiteindelijk voor zorgen dat de jongeren afhaken. Daarnaast kan gebruik op de groep ook een belemmerende rol spelen volgens de jongeren. Opvallend is wel dat de jongeren vrijwel allemaal zeggen dat zij er niet zoveel last van hebben als er op de groep wordt gebruikt. Dit zou voor anderen wel heel moeilijk zijn, volgens de jongeren.

De medewerkersfactoren die naar voren komen hebben ook twee kanten. Zo kan het heel positief zijn dat er ervaringsdeskundige op de werkvloer staan, maar het is wel een gemis dat deze er niet altijd zijn. De andere medewerkers hebben ook niet altijd de kennis, waardoor zij minder goed aan kunnen sluiten bij de jongeren. Minder goede aansluiting kan ertoe leiden dat jongeren de behandeling voortijdig verlaten. Echter, als de medewerker goed aansluit, kan dit er ook voor zorgen dat een jongere juist gemotiveerd blijft om de behandeling af te ronden. De aandachtverdeling van de medewerkers tussen het werk en de jongeren kan bevorderend werken. Op het moment dat de medewerkers weinig aandacht geven aan de jongeren en zichzelf niet op de groep laten zien, wordt de aandachtverdeling een belemmerende factor.

Daarnaast is de omgeving van de jongeren een belangrijk aspect die heel bevorderend kan werken. De omgeving kan ervoor zorgen dat de jongeren gemotiveerd blijven. De belangrijke anderen kunnen bevorderend zijn, als zij positief tegenover de behandeling staan. Als dit niet het geval is kunnen ze juist een belemmering vormen voor de behandeling. Heimwee zou ook een belemmerende factor zijn, waardoor een aantal jongeren weg willen uit de kliniek.

Het gebrek aan vrijheid wordt door verschillende jongeren genoemd als belemmerende factor. De jongeren voelen zich opgesloten of vinden de regels te strak, waardoor zij de neiging hebben om de behandeling voortijdig af te sluiten. Hiernaast is er soms ook sprake van verveling, iets wat ook een belangrijke factor is die bijdraagt aan voortijdige uitval. Wanneer een jongere zich verveelt krijgen jongeren ook de neiging om eerder af te haken. De jongeren zeggen zich soms te vervelen, doordat bijvoorbeeld blokken niet zijn gestart of medewerkers niet actief met de jongeren aan de slag gaan in de vrije uurtjes.

Wij hebben de jongeren gevraagd naar tips om de kliniek verder te helpen. Hieruit zijn een aantal dingen naar voren gekomen. De medewerkers zouden duidelijker met de regels om moeten gaan. Zij zouden meer op één lijn moeten liggen en moeten onderling beter communiceren. Duidelijkheid is heel belangrijk en volgens de meeste jongeren moet daar iets mee gedaan worden.

6. Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk bestaat uit onze conclusies en aanbevelingen. Wij hebben omschreven wat het onderzoek heeft opgeleverd aan antwoorden op de deelvragen en uiteindelijk op de hoofdvraag. Wij hebben omschreven wat de aanbevelingen zijn die wij kunnen doen aan de jeugdkliniek aan de hand van het onderzoek. Ook hebben wij de discussie meegenomen in de derde paragraaf van dit hoofdstuk. Daarnaast hebben wij hierin aandacht gegeven aan de vragen die wellicht zijn opgekomen naar aanleiding van het onderzoek.

6.1. Conclusie

Wij geven middels deze conclusie antwoord op de vraag: “Welke factoren dragen bij aan het besluit van jongeren tussen 12 en 23 jaar met verslavingsproblematiek, die zijn opgenomen in de jeugdkliniek van IrisZorg, die behandeld worden volgens de ACRA methode, om de behandeling af te ronden of om de behandeling voortijdig te verlaten?”. Om tot deze conclusie te komen zullen wij antwoord geven op de verschillende deelvragen.

6.1.1. Deelvraag 1

Welke ontwikkelingsfasen en taken horen bij jongeren tussen 12 en 23 jaar?

Jongeren die zich in de adolescentieperiode bevinden hebben als belangrijkste taak de identiteitsontwikkeling. Dit gaat gepaard met het aangaan van relaties met leeftijdsgenoten en het loskomen van de ouders. Daarnaast zullen jongeren gedurende deze periode intimiteit zoeken en een partner vinden. Jongeren maken een groei naar zelfstandigheid door. Wanneer er psychosociale crisissen zijn geweest in het leven van de jongeren, kunnen er conflicten ontstaan. Dit komt mogelijk, op latere leeftijd, tot uiting in verslavingsproblematiek of buitensporig gedrag.

Welke gedrag patronen zijn specifiek voor jongeren met verslavingsproblematiek?

De gedrag patronen bij jongeren met verslavingsproblematiek zijn niet altijd eenduidig. Veel jongeren zijn erg gevoelig voor directe beloningen en reageren impulsief en ondoordacht. Ook wordt vaak gezien dat buitensporig gedrag samenhangt met verslavingsgedrag van jongeren. Naast de gedragingen die veel voorkomen en bij ons allemaal bekend zullen zijn, zal het bij iedereen verschillend zijn. In veel gevallen is dit ook nog eens afhankelijk van de middelen die een jongere gebruikt.

6.1.2. Deelvraag 2

Wat is de ACRA methode en wat zegt de methode over voortijdige uitval in de behandeling?

De ACRA is een afgeleide methode van de CRA, een methode die erop gericht is om een nieuwe leefstijl te ontwikkelen die meer beloning geeft dan middelengebruik. De ACRA gaat uit van een positieve en enthousiaste benadering, zowel naar de jongeren als naar de ouders en verzorgers van de jongeren. ACRA therapeuten en behandelaren zijn bijna nooit confronterend.

De methode, ACRA, zegt niets over voortijdige uitval. Bij de ACRA wordt wel aandacht besteed aan terugval. Er wordt ook aandacht gegeven aan de effectiviteit in de onderzoeken die wij vinden.

Wat is er over het algemeen bekend over voortijdige uitval bij klinische behandeling van jongeren tussen de 12 tot 23 jaar die te maken hebben met verslavingsproblematiek?

Er is al veel onderzoek gedaan naar voortijdige uitval bij klinische behandelsettingen. Boendemaker (2013) deed specifiek onderzoek in een klinische behandelsetting met jongeren die te maken hebben met verslavingsproblematiek, zij toont aan dat gedragsproblemen bij jongeren de kans op voortijdig vertrek vergroot. Ander onderzoek in een jeugdzorgsetting wijst uit dat verwachtingen in verschillende gevallen niet overeen komen met de werkelijkheid, waardoor mogelijk uitval zou worden veroorzaakt. Het is van belang dat jongeren deskundigheid ervaren en het gevoel hebben dat de medewerkers bij hen aansluiten en niet te zakelijk aan de slag gaan. Jongeren zijn het in verschillende gevallen niet eens met de behandelvoorstellen, wat ook voor

voortijdig vertrek zou kunnen zorgen. Versluis (1994) geeft aan dat lijdensdruk en het ervaren hiervan heel belangrijk is. Wanneer jongeren minder lijdensdruk zouden ervaren is de kans dat zij de behandeling voortijdig verlaten veel groter.

Onderzoeken vanuit de volwassen verslavingszorg ondersteunen de bevindingen van Versluis. Broers & Eland (2000) schrijven in hun onderzoek dat het slechte contact met hulpverleners en gebrek aan ervaring van medewerkers een rol kunnen spelen in voortijdige uitval. Daarnaast geven zij ook nog aan dat de cliënten soms veel drang naar spanning en trek kunnen ervaren, waardoor zij meer kans hebben op voortijdige uitval. Daarnaast zou de aansluiting van het behandelprogramma ook erg belangrijk zijn.

Tjaden (2004) deed onderzoek in de volwassen verslaving. Hij geeft aan dat de aanwezigheid van ernstige problemen in relatie met de familie en vrienden kan leiden tot voortijdige uitval. Daarnaast spelen de ernst van de verslaving en de problematiek een rol.

Hagenauw (2010) heeft een onderzoek onder cannabisverslaafden gedaan, hieruit komt naar voren dat jongeren die intrinsiek gemotiveerd zijn sneller de behandeling af zullen ronden. Wanneer de jongeren halverwege ervaren dat zij het wel weer alleen kunnen, dan zullen zij ook sneller voortijdig uitvallen.

6.1.3. Deelvraag 3

Welke oorzaken zien medewerkers voor het besluit van jongeren om de behandeling af te ronden of om de behandeling voortijdig te verlaten?

De belangrijkste oorzaken van het voortijdig verlaten of het afronden van de behandeling zijn volgens de medewerkers de belangrijke anderen en het behandelplan. Deze beide factoren zijn even vaak zowel bevorderend als belemmerend in de behandeling genoemd door de medewerkers. Ook de houding van de jongere komt als belangrijke oorzaak naar voren. Alle medewerkers zeggen hier iets over. De houding van de jongere is een factor die even vaak bevorderend als belemmerend wordt genoemd.

Naast de houding van de jongere is ook de problematiek van de jongeren een oorzaak die de behandeling beïnvloedt. Deze factor is volgens alle medewerkers belemmerend in de behandeling. Veiligheid in de groep wordt ook als belangrijke factor benoemd. Dit is in de meeste gevallen belemmerend.

De aansluiting van de medewerker bij de jongere komt ook als belangrijke factor naar voren. Dit lijkt, zo blijkt uit de resultaten, samen te hangen met de houding en de aandacht die de medewerker heeft ten opzichte van de jongere. De beide oorzaken liggen heel dicht bij elkaar en zij overlappen in sommige gevallen. Zo is het bijvoorbeeld bepalend of de medewerker zich ontvankelijk opstelt en tijd heeft voor de jongeren als hij daar op dat moment behoefte aan heeft. Als de medewerker zich niet ontvankelijk opstelt en geen tijd maakt, dan kan de houding van de medewerker ervoor zorgen dat de medewerker niet aansluit bij de jongere. Deze factoren komen even vaak belemmerend voor als bevorderend.

Een laatste belangrijke oorzaak volgens de medewerkers zijn de regels binnen de kliniek. Deze zijn volgens de meeste medewerkers een belemmerende factor in de behandeling. De onduidelijkheid die er heerst over de regels en de speelruimte die de medewerkers hebben, doordat er slechts zes vastgestelde regels zijn, maakt het een factor die erg belemmerend kan werken in de behandeling.

6.1.4. Deelvraag 4

Wat geven de jongeren als redenen voor het voortijdig verlaten of volledig afronden van de behandeling?

De belangrijkste reden die invloed heeft op de behandeling van de jongeren is de houding van de jongere zo geven de jongeren allemaal aan. Zij zijn het met elkaar eens dat de houding van henzelf een factor is die belemmerend werkt. Als zij in hun hoofd hebben dat zij niet willen en

daar hun houding op aanpassen, dan zal de behandeling geen succes zijn. Iets minder jongeren geven aan dat hun eigen houding ook een bevorderende factor in de behandeling kan zijn.

Een andere oorzaak, ook belangrijk, is de motivatie voor de behandeling zo zeggen de jongeren. Het merendeel van de jongeren ziet de motivatie als een belemmerende factor. Toch zijn er een aantal jongeren die aangeven dat hun motivatie ook heel bevorderend kan werken. Het zou er maar net aan liggen waar de motivatie bij de jongere vandaan komt. Daarnaast is de aansluiting bij de jongeren ook heel belangrijk, in de meeste gevallen als belemmerende factor. De jongeren geven hier verschillende voorbeelden van. Bijvoorbeeld als een jongere het idee heeft dat medewerkers niet geïnteresseerd zijn of wanneer medewerkers al dingen gaan invullen voordat ze in gesprek zijn geweest met een jongere. De houding van de medewerker kan hierin ook een rol spelen, maar ook de aandachtverdeling van de medewerker kan hierin een belangrijke rol spelen. De medewerkers zouden veel op kantoor zitten, volgens de jongeren. Daardoor brengen zij weinig tijd op de groep door. De medewerkers lijken hun aandacht tussen administratief werk en de werkzaamheden op de groep moeilijk te kunnen indelen, zo geven de jongeren aan. Doordat de medewerkers minder op de groep zijn, zouden de jongeren weinig betrokkenheid ervaren. Dit heeft ook effect op de groepssfeer. De factoren staan niet helemaal los van elkaar, vandaar dat wij deze factoren in één adem noemen in deze conclusie.

De belangrijke anderen in de omgeving van de jongeren zijn ook belangrijk in de behandeling, zij kunnen een oorzaak zijn van het wel of niet afmaken van de behandeling. Evenveel jongeren geven aan dat de belangrijke anderen belemmerend zijn, als het aantal jongeren die dit als bevorderende factor aangeven. In de kliniek is groepsdynamica ook nog een aspect dat een rol speelt, voornamelijk in de belemmerende zin. Wel kan de groep heel bevorderend werken, als de groep als veilig en fijn wordt ervaren.

De regels zijn volgens acht van de tien jongeren belemmerend in de behandeling, zij ervaren weinig vrijheid, waardoor zij zich belemmerd voelen de behandeling af te maken. De helft van de jongeren ervaart een gebrek aan duidelijkheid en geeft aan dat de medewerkers te veel verschillende dingen uitdragen. Wanneer wij kijken naar de verschillende onderwerpen die te maken hebben met duidelijkheid, dan zien wij dat zeven van de tien jongeren duidelijkheid en eenduidigheid als belangrijke oorzaak voor voortijdige uitval zien.

Wat opvalt, is dat de jongeren weinig bevorderende factoren noemen wat betreft het voortzetten van de behandeling. Het belangrijkste wat zij noemen is de houding van de jongere zelf en de invloed die de belangrijke anderen op hen hebben.

6.1.5. Beantwoording hoofdvraag

Welke factoren dragen bij aan het besluit van jongeren tussen 12 en 23 jaar met verslavingsproblematiek, die zijn opgenomen in de jeugdkliniek van IrisZorg, die behandeld worden volgens de ACRA methode, om de behandeling af te ronden of om de behandeling voortijdig te verlaten?

De belangrijkste factor die van invloed is op de behandeling is de houding van de jongere. Deze factor is zowel bij de medewerkers als bij de jongeren naar voren gekomen. De factor houding wordt door dertien van de veertien personen genoemd als het gaat om belangrijke oorzaak van voortijdig verlaten of afronden van de behandeling. De houding van de jongere is vaker belemmerend dan bevorderend genoemd voor de behandeling. In veel gevallen zou dit te maken hebben met overmoedigheid, zo geven de medewerkers en jongeren aan. Uit onderzoek van Hagenauw (2010) blijkt dat bijna driekwart van de cliënten die de behandeling niet heeft afgemaakt, heeft aangegeven dat zij het idee hadden dat het probleem gedurende de behandeling was opgelost en dat er geen verdere behandeling nuttig was. Ook Versluis (1994) geeft dit aan, wanneer de lijdensdruk lager zou zijn, is men geneigd om af te haken.

De aansluiting bij de jongeren is daarna één van de belangrijkste factoren die invloed heeft op de behandeling. De aansluiting bij de jongeren wordt vaker als belemmerende factor gezien dan dat deze bevorderend is. De aansluiting bij de jongeren is, zoals eerder omschreven, een factor die

nauw samen kan hangen met de houding van de medewerkers en de aandachtverdeling. Die factoren worden iets minder vaak genoemd en komen vooral onder de aandacht door wat de jongeren aangeven. De literatuur bevestigt dat de aansluiting bij de jongeren een belangrijk aspect is in de behandeling. Uit ons onderzoek blijkt dat het gebrek aan aandacht een rol speelt in voortijdige uitval uit de kliniek. Volgens Broers & Eland (2000) is het belangrijk dat de cliënten genoeg aandacht en betrokkenheid ervaren. Dit vormt een groot deel de werkrelatie tussen de hulpverlener en cliënt. In ons onderzoek wordt echter over de betrokkenheid maar door één van de jongeren specifiek een uitspraak gedaan. Over de houding van de medewerker zegt Tjaden (2004) dat een gebrek aan interesse voor de cliënt voortijdige uitval kan veroorzaken. Meerdere jongeren benoemen in onderzoek wel dat ze zich niet altijd serieus genomen voelen, wat vaak komt vanuit de houding van de medewerker.

Een andere belangrijke factor is de motivatie voor de behandeling. De motivatie van de jongere wordt vaker als belemmerende factor gezien dan als een bevorderende factor. Wanneer jongeren intrinsiek gemotiveerd zijn en 'er klaar voor zijn', is de kans dat zij voortijdig de behandeling verlaten veel kleiner. Dit wordt bevestigd door het onderzoek van Hagenauw (2010) waaruit blijkt dat intrinsiek gemotiveerde cliënten de behandeling vaker afmaken dan extrinsiek gemotiveerde cliënten.

De belangrijke anderen worden over het algemeen ook veel genoemd, even vaak belemmerend als bevorderend. De rol van belangrijke anderen komt in de literatuur van de ACRA terug. De betrokkenheid van het gezin bij de behandeling, de belangrijke anderen, wordt sterk gestimuleerd in deze methode. Doordat deze methode in de kliniek wordt gehanteerd, is het logisch dat deze factor naar voren komt in ons onderzoek.

De regels zijn ook een aspect die heel belangrijk zijn, deze worden voornamelijk als belemmerende factoren gezien in de behandeling. Slechts één persoon ziet de regels als iets wat bevorderend kan zijn. De regels worden door Broers & Eland (2000) ook benoemd als een veelbesproken punt van ergernis is, zo blijkt uit de literatuur. Dit kan leiden tot gedwongen ontslag, zoals dat bij vier van onze jongeren minstens bij één van hun opnames het geval is. Dit aspect wordt door de jongeren ook genoemd als het gaat om factoren die de behandeling beïnvloeden. De sterke drang naar vrijheid die de jongeren ervaren draagt eraan bij dat de jongeren de kliniek voortijdig verlaten. De jongeren ervaren de beslotenheid waarin de kliniek werkt heel sterk, waardoor zij de behandeling willen verlaten. De drang naar vrijheid heeft een rol in voortijdige uitval, zo geven Broers & Eland (2000) aan in hun onderzoek. Zij stellen ook dat er een mogelijkheid is dat jongeren de behandeling eerder verlaten doordat er een sanctie op gebruik staat. Dit komt in ons onderzoek echter helemaal niet voor, aangezien ze binnen de jeugdkliniek werken volgens de ACRA methode. Deze methode werkt met een positieve benadering, waarin ze uit gaan van beloningen in plaats van sancties.

De veiligheid op de groep en groepsdynamica wordt in ons onderzoek genoemd als zowel belemmerend als bevorderend. De groepsdynamica wordt in de literatuur bevestigd als factor die kan bijdragen aan voortijdige uitval. Broers & Eland (2000) geven in hun onderzoek weer dat de omgang tussen medeverslaafden kan zorgen voor ruzie en irritaties. Dit kan mogelijk tot ontslag leiden. Wij herkennen dit in een aantal uitspraken van de jongeren en ook een aantal van de medewerkers heeft dit als belangrijke factor aangestipt.

De problematiek van de jongere wordt in de literatuur ook bevestigd als een factor die bijdraagt aan voortijdige uitval, zoals ook uit onze interviews is gekomen. Daarnaast schrijft Tjaden (2004) dat er in meerdere studies sterke aanwijzingen worden gevonden voor een verband tussen ernstige psychopathologie en drop-out. Wij hebben hiervoor niet echt sterke aanwijzingen gevonden, hiervoor is het een te kleine groep mensen. Hierdoor kunnen wij geen goede conclusie trekken.

Verder komt het behandelplan uit ons onderzoek naar voren als belangrijke, vaak belemmerende, factor in de behandeling. Het behandelplan sluit niet altijd aan bij de jongere. Volgens Broers &

Eland (2000) kan een programma-aanbod dat niet aansluit bij de behoeften van de cliënten invloed hebben op het behandeltraject. Zelfs in zo'n ernstige mate dat men soms besluit om de behandeling niet af te ronden aangezien het plan niet past. De medewerkers zeggen eigenlijk hetzelfde als in de literatuur. Zij geven aan dat afstemming op de jongeren heel bevorderend kan zijn, maar dan moet dit wel goed gebeuren.

Het gebrek aan ervaring van de medewerkers kan volgens Tjaden (2004) bijdragen aan voortijdige uitval. In ons onderzoek komt dit niet heel expliciet naar voren. Opvallend is dat slechts de helft van de respondenten aangeeft dat dit invloed zou kunnen hebben op de behandeling. Zij geven aan dat zij zich soms niet goed begrepen zouden voelen door de medewerkers die niet veel kennis hebben van verslavingen of die het zelf niet ervaren hebben. Uit onderzoek van Baan & Janssen (2013) blijkt dat het onvermogen van de groepsopvoeders om het gedrag van jeugdigen te hanteren kenmerkend is voor voortijdige uitval. Dit ligt in de lijn met wat Tjaden (2004) aangeeft. Ook dit kunnen wij op basis van onze resultaten niet concluderen.

6.2. Aanbevelingen

Naar aanleiding van de conclusie komen wij op een aantal belangrijke aspecten uit. De belangrijkste factor hierin is de houding van de jongere. Deze is niet te beïnvloeden door de kliniek of de medewerkers van de kliniek. De jongere zal hierin verandering moeten laten zien, wat maakt dat wij hierover geen aanbeveling kunnen schrijven. Mogelijk is de aansluiting bij de jongeren wel een aspect waardoor de houding van de jongeren beïnvloed wordt. Daar zou wel op ingezet kunnen worden. Een veel gehoorde klacht van de jongeren is dat de medewerkers veel in het kantoor zitten. Doordat de medewerkers hun gezicht niet veel laat zien, geven de jongeren aan dat het onveiliger is op de groep, maar daarnaast ook dat zij minder betrokkenheid ervaren. Juist het ervaren van deze betrokkenheid is belangrijk, zo is uit verschillende onderzoeken gebleken. Het feit dat de medewerkers niet goed aansluiten, te weinig op de groep zijn en soms als weinig betrokken worden ervaren, is nog een groter probleem op het moment dat de blokken van de jongeren niet goed aansluiten of uitvallen.

Aan de hand van deze punten kunnen wij de volgende aanbeveling doen richting de medewerkers:

Sluit goed aan op de behoeften van de jongeren en zorg dat je hierin een actieve rol aanneemt.

Heel concreet houdt dit in dat wij willen adviseren om, op het moment dat er blokken uitvallen, creatief te zoeken naar een oplossing hiervoor. Dit kan bij de medewerkers liggen. Er kan gedacht worden aan de mogelijkheid om naar buiten te gaan of te kijken naar werkbladen die aansluiten op de verschillende behandelblokken. Wanneer je de jongeren bij elkaar roept en iets gaat ondernemen, zou volgens één van de jongeren de energie er voor de rest van de dag in blijven zitten.

De jongeren die nog niet zijn gestart met hun behandelblokken, of die al klaar zijn met de blokken, zouden ook actief benaderd moeten worden. Wellicht aan de hand van werkbladen die nog iets toe kunnen voegen, maar indien dat niet kan is het wellicht nog een optie om de jongeren extern activiteiten of werkzaamheden te laten doen. Mogelijk kan dit in de vorm van 'stage', iets waar al mee geëxperimenteerd wordt. Het kan heel goed zijn om uit te zoeken wat de mogelijkheden zijn. Om hiermee verder te gaan en te onderzoeken of er meer bedrijven in Tiel zijn die samen willen werken en flexibele werkplekken beschikbaar willen stellen voor de jongeren die nog even moeten wachten op de blokken in de kliniek. Wij stellen voor dat hier een extra onderzoek naar komt om de mogelijkheden te onderzoeken en wellicht actie te ondernemen, zodat dit aspect aangepakt wordt. Eventuele bezwaren die deze aanbeveling met zich mee brengt zouden mogelijk opgepakt kunnen worden door vrijwilligers. Hiervoor is een actieve zoektocht naar nieuwe vrijwilligers een belangrijk punt.

Wij willen voorkomen dat de medewerkers zich nu alleen gaan richten op de aansluiting als er behandelblokken uitvallen of als jongeren nog geen invulling van de blokken hebben. Daarom zouden wij ze ook uit willen dagen om na te denken over waar ze hun focus op leggen in een dienst. Het gaat erom dat er beter wordt aangesloten bij waar de jongeren mee bezig zijn. Deze aansluiting zal zeer waarschijnlijk als beter worden ervaren, wanneer er meer aandacht wordt gegeven aan de jongeren op de groep, zo blijkt uit de reacties van de jongeren. Het is de bedoeling dat de medewerkers in ieder geval nadenken over het effect van hun aanwezigheid of afwezigheid op de groep. Wij adviseren het team om dit onderwerp in te brengen in een intervisie bijeenkomst. Op die manier kun je de moeilijkheden bespreken en kan men van elkaar leren doordat zij weten hoe andere collega's hier mee omgaan. Mogelijk kunnen collega's elkaar tips geven hoe zij de verdeling tussen administratief werk en de aanwezigheid op de groep op een prettige manier kunnen laten verlopen.

De regels, met name het gebrek aan vrijheid, wordt door de jongeren veel genoemd als het gaat om belemmerende factoren in de behandeling. Daarnaast wordt ook de duidelijkheid en het gebrek aan duidelijkheid in de kliniek als belangrijk aspect door de jongeren naar voren gebracht. De aanbeveling die wij in het kader hiervan willen doen is:

Organiseer een themabijeenkomst waar duidelijkheid centraal staat. Ga met elkaar in gesprek en ontdek hoe je collega's in bepaalde situaties staan.

Wij willen adviseren om eens goed met elkaar te gaan zitten en te kijken hoe er op dit moment zoveel onduidelijkheid ontstaat bij de jongeren. Dit kan heel goed worden gedaan aan de hand van de uitspraken van de jongeren, die wij noemen in dit onderzoeksverslag. De manier van omgang met de jongeren moet een onderwerp van gesprek worden. Belangrijk is dat in dit gesprek de regels die de kliniek hanteert bekend zijn bij elke medewerker. Ook is het van belang dat de visie van de jeugdkliniek bekend is. Op het moment dat dit helder is, kan het gesprek starten. Door met elkaar het gesprek aan te gaan kun je zoeken naar de gemene delen en komen de verschillen in visie onder de medewerkers wellicht aan de orde. Door de visie met elkaar te delen en daar gesprekken over te voeren is het mogelijk dat men weer de juiste en een gemeenschappelijke richting vindt. Iedere medewerker heeft zijn eigen manier van werken, maar het team moet meer op één lijn komen te liggen. Het is belangrijk om als team hetzelfde uit te dragen, hierdoor creëer je volgens de jongeren meer duidelijkheid. Dit zou er uiteindelijk aan bij kunnen dragen dat de jongeren besluiten om toch in de kliniek te blijven.

6.3. Discussie en evaluatie

Wanneer wij terugblikken op het onderzoek zijn er een aantal tekortkomingen die wij zullen beschrijven in deze paragraaf. Wij omschrijven wat de beperkingen zijn geweest en hoe wij deze in de toekomst kunnen voorkomen. Verder zullen wij in deze paragraaf aandacht besteden aan de toevoeging die dit onderzoek voor de praktijk met zich mee kan brengen. Ten slotte zullen wij deze paragraaf afronden met suggesties voor nieuwe onderzoeksprojecten of vragen die voortkomen uit het uitgevoerde onderzoek.

6.3.1. Beperkingen onderzoek

Wij zijn verschillende beperkingen tegengekomen, één daarvan is dat wij afhankelijk zijn van de jongeren die nog in beeld zijn bij IrisZorg, aangezien wij de rest van de jongeren niet of nauwelijks kunnen bereiken. De beperking die dit met zich mee heeft gebracht is dat wij misschien geen volledig beeld hebben kunnen geven van de jongeren die voortijdig de behandeling hebben verlaten. De jongeren die niet meer in beeld zijn bij IrisZorg zijn wellicht juist de jongeren die een kritische noot kunnen toevoegen aan het onderzoek. Aangezien zij alle contacten met IrisZorg hebben verbroken en dus niet hoeven te letten op hun woorden. Daarnaast kan de reden van deze contactbreuk een interessante aanleiding zijn om een interview af te nemen. Wij hebben enkel de jongeren die mee wilden werken kunnen interviewen, waardoor wij misschien informatie missen van jongeren die zich van IrisZorg hebben afgesloten.

Iets waar wij moeilijkheden door hebben ondervonden is dat wij de jongeren niet snel konden benaderen. Dit is iets geweest waarin wij zelf meer initiatief hadden kunnen nemen aan het begin

van het traject. Wij zijn te afwachtend geweest in het contact met de behandelaren, waardoor wij uiteindelijk in zeer korte tijd nog vrijwel alle interviews met jongeren af moesten nemen. Doordat deze interviews redelijk dicht op elkaar gepland waren, was het mogelijk dat wij niet naar elk interview met een open blik konden luisteren. Mogelijk hadden wij het voorgaande interview nog in ons hoofd. Door met elkaar in gesprek te gaan na de interviews hebben wij toch geprobeerd om elk interview af te sluiten. Een volgende keer kunnen wij dit voorkomen door de interviews ruimer van te voren te plannen. Dit had kunnen lukken op het moment dat wij actief de behandelaren zouden zijn gaan bellen in het beginstadium van ons onderzoek.

Een beperking die het onderzoek ook met zich meebrengt is dat de jongeren zich aan ons mogelijk beter voor willen doen. De jongeren lijken allemaal overtuigd van hun eigen goedheid en hun eigen inzet, daar waar andere jongeren volgens hen bepaalde dingen niet aan kunnen. Bijvoorbeeld als het gaat om de manier van omgang met gebruik op de groep. Doordat deze jongeren wellicht de drang hebben om zich te bewijzen zou het kunnen dat wij geen open en eerlijke antwoorden hebben gekregen, maar iets mooier gemaakte antwoorden. Of wij dit echt hadden kunnen voorkomen is echter de vraag.

Een beperking die onze interviews met zich mee heeft gebracht zijn de open vragen die wij hebben gesteld. De openheid waarmee wij de interviews in zijn gegaan is iets waardoor wij veel informatie krijgen. Het nadeel hiervan is dat wij veel informatie hebben gekregen, waarvan niet alles even bruikbaar is gebleken. Dit maakt het analyseren wat lastiger. Enerzijds hebben wij een heel divers beeld gekregen van voortijdige uitval, anderzijds is de lijn hierin misschien minder goed te ontdekken. Door onze vraagstelling hebben wij niets uitgesloten, maar aan de andere kant hebben wij heel veel ruimte gegeven om alle aspecten die iemand kan bedenken maar op te noemen. Deze beperking hadden wij kunnen omzeilen door meer vragen vast te leggen in ons onderzoek en toch meer te sturen in de interviews. Dit is iets wat wij in deze situatie niet wilden, maar waarbij wij wel nagaan of het iets is wat een andere keer mogelijk beter zou kunnen.

Wat wij ook als beperking zien in het onderzoek is het feit dat wij dit nooit eerder hebben gedaan. Wij kwamen al naar gelang het onderzoek voortduurde achter verschillende aspecten die wij nooit hadden gedaan. Zo moesten wij voor de eerste keer labelen, een labelsysteem opzetten en een heel aantal interviews houden. Doordat er veel aspecten waren die wij nog moesten uitvinden is het onderzoek mogelijk minder helder dan wanneer wij al vaker onderzoek zouden hebben gedaan. Op dat moment zouden wij duidelijker weten wat wij precies willen met de verschillende aspecten in het onderzoek, waardoor er ook een meer concrete aansluiting plaats kan vinden.

6.3.2. Bijdrage onderzoek

Binnen de kliniek is eerder onderzoek gedaan naar voortijdige uitval. Ons onderzoek heeft voortijdige uitval nader bekeken, iets wat in het onderzoek van Weert et al. (2013) gebleken is. Wij hebben gekeken naar de achtergrond van de voortijdige uitval door middel van het benaderen van een aantal jongeren en medewerkers. Door antwoord te geven op onze hoofdvraag hebben wij ook een antwoord gevonden op de vraag die uit het genoemde onderzoek gekomen is.

De toevoeging aan het eerder uitgevoerde onderzoek is het feit dat wij in zijn gegaan op de persoonlijke beleving van de jongeren en van de medewerkers. Iets wat in de eerder genoemde onderzoeken niet is meegenomen. Daarnaast hebben wij in ons onderzoek concreet gevraagd wat er aan heeft bijgedragen dat jongeren de behandeling niet afmaken en niet alleen geconstateerd dat zij de behandeling niet hebben afgemaakt. Deze toevoeging wijkt af van eerder genoemd kwantitatief onderzoek, aangezien wij kwalitatief onderzoek hebben verricht.

6.3.3. Suggesties voor vervolgonderzoek

Een suggestie voor vervolgonderzoek is om te kijken naar de kansen en mogelijkheden die er in Tiel zijn om een externe dagbesteding voor de jongeren op te pakken. Er zal moeten worden onderzocht wat mogelijke bedrijven zijn die mee zouden willen werken, gezien de geografische afstand en de werkzaamheden die er worden uitgevoerd. Daarnaast is het van belang dat er wordt onderzocht wat de beperkingen zijn van de externe dagbesteding. Ook moet worden gekeken naar de haalbaarheid hiervan, niet alleen in het vinden van bedrijven, maar daarnaast ook als het gaat om het wegbrengen van de jongeren naar deze externe dagbesteding, maar ook of er daar toezicht aanwezig is of niet.

Hiernaast zijn er enige aanwijzingen, om aan te nemen dat het bejegeningsplan meer onder de aandacht moet komen. In sommige gevallen wordt een bejegeningsplan op dit moment al ingezet. Dit is echter niet standaard. Mogelijk kan een bejegeningsplan per jongere voortijdige uitval voorkomen en betere aansluiting veroorzaken. Aangezien wij hiervoor niet genoeg materiaal hebben kunnen verzamelen, kan het raadzaam zijn om hier extra onderzoek naar te doen. Daarbij moet worden gekeken naar de haalbaarheid van het maken van een bejegeningsplan per jongere.

7. Evaluatie

In dit hoofdstuk blikken wij terug op het proces dat past bij het uitvoeren van dit onderzoek. Wij zullen eerst een evaluatie van het product uitschrijven aan de hand van een SWOT-analyse, waarna wij een procesevaluatie zullen schrijven, hieruit blijkt hoe de samenwerking met school, IrisZorg en tussen ons als duo is verlopen. Wij blikken terug op de doelen die wij in hoofdstuk één hebben vastgesteld en kijken of wij deze behaald hebben. Het hoofdstuk, en daarmee het werkstuk, sluiten wij af met een korte competentiereflectie.

7.1. Productevaluatie

Wanneer wij terugkijken op het proces dat wij door zijn gegaan gedurende het afstuderen hebben wij op verschillende manieren keuzen moeten maken. Dit hebben wij op kleine schaal gedaan, wanneer het ging om een werkwoordsvorm, maar ook wanneer wij essentiële keuzen moesten maken. Een aantal belangrijke keuzen die van invloed zijn hebben voornamelijk te maken met de ontvangen feedback (zie bijlage 11). Het is heel belangrijk geweest om dit goed met elkaar te bespreken.

De SWOT-analyse gaat over de punten die van invloed zijn geweest op het eindproduct. Het interne gaat over de punten die spelen in het afstudeer duo, dit zijn punten waar wij zelf invloed op uitoefenen. De externe factoren zijn de factoren die van buiten komen, waar wij geen directe invloed op hebben. De bovenste regel heeft een positief effect op de kwaliteit van het onderzoek, daar waar de onderste twee kolommen de kwaliteit van het onderzoek op een negatieve manier beïnvloeden.

Intern	Extern
<i>Sterke punten</i>	<i>Kansen (positief)</i>
• Scherpe stukken schrijven door veel onderling overleg en onderling contact. • Door onze taken aan te passen op ieders competenties, maken wij zo goed mogelijk gebruik van onze kwaliteiten om het product goed af te ronden. • De interviews konden wij met zijn tweeën doen, waardoor je elkaar scherp kunt houden en de best mogelijke resultaten eruit krijgt.	• Wij krijgen feedback van de werkveldbegeleider en afstudeerbegeleider, waardoor wij ons eindproduct kunnen verbeteren. • De werkveldbegeleider heeft als behandelaar contact met zowel de werkvloer als andere behandelaren, waardoor we korte lijntjes hadden. • IrisZorg heeft een groot bestand aan jongeren, die in de kliniek opgenomen zijn geweest, waardoor de haalbaarheid van ons onderzoek groot is.
<i>Zwakke punten</i>	<i>Bedreigingen (negatief)</i>
• De geografische afstand tussen onze werkplekken. • Gebrek aan ervaring met onderzoek doen.	• Kort voor de start van het uit te voeren onderzoek kregen wij een nieuwe werkveldbegeleider, waardoor wij opnieuw afstemming moesten vinden. • De behandelaren reageerden traag via de e-mail, waardoor er minder tijd over bleef voor het afnemen van de interviews. • Meerdere jongeren wezen een interview af.

7.2. Procesevaluatie

De samenwerking tussen ons als afstudeerkoppel verliep goed. Aan het begin van het afstudeertraject was het zoeken naar een manier waarop wij het beste met elkaar samen zouden kunnen werken. Uiteindelijk hebben wij deze gevonden door vaak op maandag en vrijdag afspraken te plannen. Wij hebben veel contact gehad via Skype aangezien de geografische afstand tussen ons twee nogal groot is. Op dagen dat wij afspraken hebben met externen, plannen wij regelmatig een hele dag in om met elkaar te werken aan het afstudeeronderzoek. Daarnaast plannen wij zo'n dag, als wij samen dingen aan moeten pakken die via Skype niet goed te bespreken zijn. Wij spraken met elkaar als er dingen waren die ons mogelijk in de weg

zitten wat betreft de samenwerking. Hier hebben wij samen een weg in weten te vinden en zijn we het meer gaan aangeven op het moment dat het nodig was.

De samenwerking met IrisZorg en de Christelijke Hogeschool Ede is goed verlopen. Elke twee weken spraken wij bij IrisZorg en konden wij 'sparren' over ons product. Ook op school hadden wij elke drie weken een afspraak, waarin wij onze stukken bespraken en feedback ontvingen. In de begeleidingsgesprekken met de verschillende partijen kon ook de samenwerking besproken worden. Door dit te bespreken konden wij bekijken of we nog op één lijn liggen.

7.3. Terugblik op de bereikte doelstellingen

Wanneer wij terugkijken naar de doelstelling zoals omschreven in hoofdstuk één lezen wij:

Wij hebben voor juni 2014 zicht op wat ertoe bij heeft gedragen dat jongeren tussen 12 en 23 jaar met verslavingsproblematiek die gedurende de maanden september tot en met november 2013 klinisch behandeld werden volgens de ACRA methode, besluiten hun behandeling bij de jeugdkliniek van IrisZorg af te ronden of met de behandeling stoppen.

Deze doelstelling hebben wij opgesplitst in meerdere kleine doelstellingen, welke terug te lezen zijn op pagina 18 in dit onderzoeksverslag.

Wanneer wij kijken naar het eerste subdoel komen wij erachter dat wij nu weten welke ontwikkelingsfasen en taken horen bij jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar zitten. Wij hebben ook gekeken naar de mogelijke stagnaties en het effect hiervan op de jongeren en daarnaast hebben wij ook gekeken naar gedragspatronen die passen bij jongeren met verslavingsproblematiek.

Ook het tweede doel hebben wij bereikt door middel van het schrijven van hoofdstuk drie in het onderzoeksverslag. Wij hebben gekeken naar de ACRA methoden en hebben gezocht naar mogelijke informatie die de ACRA weergeeft over voortijdige uitval. Dit blijkt echter vrijwel niet te vinden.

Door middel van interviews met jongeren en medewerkers hebben wij de subdoelen drie en vier weten te realiseren. Wij hebben de jongeren en medewerkers gevraagd hun visie te geven op voortijdige uitval. Wij hebben hen vragen gesteld en hebben van hun gehoord wat ertoe zou kunnen bijdragen dat een jongere de behandeling afrondt of niet afrondt. Door middel van de conclusies hebben wij de literatuur en de interviews bij elkaar weten te brengen, zodat er een compleet beeld is ontstaan waardoor wij uiteindelijk een antwoord vinden op onze deelvragen en waardoor wij onze bovenstaande doelstelling hebben weten te bereiken.

7.4. Competentiereflectie

7.4.1. Jasmijn Kostelijk

In het onderzoek heb ik geleerd om op een methodische wijze onderzoek te doen. Aangezien wij niet eerder onderzoek hebben gedaan, was het even zoeken naar een manier van werken. Door de literatuurstudie uit te voeren, werd ik enthousiaster van de theorie over de ontwikkeling van jongeren en gedragspatronen van verslaafde jongeren. In de minor verslavingszorg heb ik kennis gemaakt met algemene theorie over verslavingen, maar ik heb nu ook door middel van de interviews kennis gemaakt met verslaafde jongeren. De theorie is iets meer gaan leven, doordat we in gesprek waren met deze jongeren.

Daarnaast heb ik geleerd om in een duo samen te werken aan een onderzoek. Op sommige momenten vond ik het lastig om met Marjolein af te stemmen, omdat zij graag liever zelfstandig aan het werk gaat, terwijl ik vaak de behoefte heb om wat meer te overleggen. Ik heb hierin mijn weg gezocht, door soms wat meer eigen keuzes te maken en niet te overleggen, maar wanneer ik niet verder kwam ging ik wel met Marjolein in gesprek. Ik mag soms meer eigen keuzes maken,

zonder eerst te overleggen met een ander. Dit leerdoel heb ik geprobeerd toe te passen in onze samenwerking. Marjolein hielp mij daarbij, door genoeg ruimte te bieden wanneer ik wilde overleggen. Op sommige momenten in het proces kwam ik mezelf tegen, doordat ik erg graag snel vooruit wilde, maar dat lukte niet altijd doordat we bijvoorbeeld nog geen interviews hadden kunnen plannen. Ik merk dat ik een echte 'doener' ben, en dat zorgt ervoor dat ik soms wat onrustig word als ik even niet vooruit kom. Wat ik gemerkt heb is dat ik mezelf soms iets te snel aanpaste, bijvoorbeeld wanneer Marjolein iets op een bepaalde manier aanpakte, dan had ik het gevoel dat ik het ook op die manier moest doen. Maar dat zorgt er wel voor dat we snel op één lijn kwamen te liggen. Mijn flexibele houding zorgde ervoor dat het samenwerkingsproces versnelde.

Ik ben als hulpverlener gegroeid tijdens het proces van afstuderen. Ik heb goed kunnen afstemmen met de behandelaren en met de jongeren. Dit is iets wat ik mee kan nemen als hulpverlener. Ook in de toekomst zal ik samen moeten werken met verschillende partijen, waarbij afstemming nodig is. Deze kwaliteit heb ik verder mogen ontwikkelen. Dit zorgde voor een prettige en snelle samenwerking, waar ik in de toekomst ook voordelen van kan ervaren. Tijdens de interviews heb ik mijn gesprekstechnieken gebruikt om de gesprekken in goede banen te leiden.

7.4.2. Marjolein Luyken

Gedurende het onderzoek heb ik kunnen leren hoe ik een onderzoek moet uitvoeren. Door het onderzoek uit te voeren wordt je voor mijn gevoel in het diepe gegooid, maar uiteindelijk is het wel een interessant leerproces waarin ik heb ontdekt hoe ik een onderzoek kan doen. Daarnaast heb ik door het onderzoek uit te voeren kennis mogen maken met een nieuwe doelgroep, jongeren, heel specifiek, jongeren met een verslaving. Ik heb mogen ervaren hoe het is om met jongeren te werken. Iets wat ik heel erg leuk vond om mee te maken.

Naast de bovengenoemde aspecten heb ik ook weer mogen oefenen met samenwerken. Ik heb mijn scherpe kantjes weer naar boven gekregen, namelijk dat ik soms wat snel aan de slag wil en liever zelfstandig werk. Dit heb ik met Jasmijn kunnen bespreken en wij hebben hierin beiden onze verwachting uitgesproken, waardoor wij elkaar weer wat meer vonden. Ik heb geprobeerd op sommige momenten wel het overleg te zoeken, aangezien ik weet dat die behoefte er bij Jasmijn ligt, ook al wil ik het zelf misschien niet altijd of denk ik dat het sneller gaat als ik het 'even' doe. Uiteindelijk denk ik in ons samenwerkingsproces ook te hebben geoefend met mijn kritische en soms wat dominante, kant. Ik heb geprobeerd om mijn kritiek te uiten, maar om ook te accepteren dat het soms iets anders loopt dan ik zelf eigenlijk zou willen zien. Dit is iets waar ik altijd moeite mee heb, doordat ik graag zelfstandig aan de slag ga. Ik denk dat ik in het samenwerken heb ervaren dat het alleen maar vertraging oproept als je zo star bent, waardoor ik ook iets meer acceptatie had voor de andere opties, die vaak minstens net zo goed waren.

Soms ervaar ik dat ik snel kan denken, wat voor mij het samenwerken soms ook wat bemoeilijkt. Voor mij is het vrij snel helder hoe het ervoor staat en wat er moet gebeuren. Daardoor kan ik snel aan de slag gaan, terwijl soms overleg gewenst is. Gelukkig was Jasmijn erg goed in het aangeven hiervan, waardoor ik af en toe even geremd werd en dat wij weer even afstemming konden zoeken, dit is ook al naar gelang wij samen aan het werken zijn deels veranderd, ik weet ook dat het uiteindelijk alleen maar helpt om elkaar op te zoeken en te overleggen, want dan ben je allebei effectief.

Als hulpverlener ben ik niet zo zeer gegroeid, naast het feit dat ik kennis heb mogen maken met een nieuwe doelgroep. In de gesprekken hebben wij vooral de focus gelegd op het inwinnen van informatie. Dit maakt dat mijn gesprekstechnieken zich niet zo zeer konden ontwikkelen. Zoals ik eerder al aangaf ben ik gegroeid in het samenwerken. Dit is persoonlijke winst, maar deze ontwikkeling kan ik ook inzetten in mijn werk als hulpverlener.

Bronnenlijst

Literatuur

- Baan, M., & Janssens, J. (2013). *De effectiviteit van residentiële zorg*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Baarda, Goede, d., & Teunissen. (2009). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Beemen, L. v. (2010). *Ontwikkelingspsychologie*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Berk, L. E. (2008). *Infants, Children, and Adolescents*. Boston, United States of America: Allyn and Bacon.
- Boendermaker, L., Rooijen, K. v., Berg, T., & Bartelink, C. (2013). *Residentiële jeugdzorg: wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Broers, E., & Eland, A. (2000). *Verslaafd, allochtoon en drop-out*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Clerkx, M., de Groot, R., & Prins, F. (2011). *Grensoverschrijdend gedrag van pubers*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant-Uitgevers n.v. & de auteurs.
- Delfos, M. F. (2012). *Psychologie van de adolescentie*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Franken, I., & Brink van der, W. (2009). *Handboek verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Fuentes-Merillas, L. D., & Jong, C. D. (2008). *Is belonen effectief?* Nijmegen: Nijmegen Institute Scientist Practitioners in Addiction (NISPA).
- Godley, Mark D., P., Godley, S. H., Rh.D., Dennis, M. L., Ph.D., et al. (2002). Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 21-32.
- Hagenauw, L. (2010). *Drop-out in de hulpverlening onder cannabisverslaafden*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen Faculteit de Gedrags- en Maatschappijwetenschappen.
- Hammink, A., Altenburg, M., & Schrijvers, C. (2011). *De sociale gevolgen van verslaving*. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Levenswijzen en Verslaving.
- Hasselt, N. v. (2010). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- IrisZorg. (2012). Flyer. *Jeugdkliniek Tiel*. Arnhem, Gelderland, Nederland: IrisZorg.
- IrisZorg. (2012). Jeugdkliniek Tiel. *Informatie voor ouders/verzorgers*. Tiel, Gelderland, Nederland: IrisZorg.
- IrisZorg. (2012). Jeugdkliniek Tiel. *Informatie voor verwijzers*. Tiel, Gelderland, Nederland: IrisZorg.
- Lemmens, J., Valkenburg, P., & Peter, J. (2007-2010). *Oorzaken en Gevolgen van Gameverslaving onder Adolescenten*. Amsterdam: ASCoR.
- Mönks, F., & Knoers, A. (2009). *Ontwikkelingspsychologie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

- Nieuwenhuizen, N. v. (2012). *Beschrijving van de op ACRA gebaseerde klinische behandeling van jongeren met een verslaving*. Tiel: IrisZorg.
- Nieuwenhuizen, N. v. (2012). *Beschrijving van de op ACRA gebaseerde klinische behandeling van jongeren met een verslaving*. Tiel: IrisZorg.
- NX Domain. (sd). Opgeroepen op Februari 7, 2014, van <http://www.nxdomain.nl/~anja/brains/hersenen.html>
- Reijen, L. v. (2011). *Voorspellers van behandelverloop bij jongeren met gedragsproblemen*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Reijen, L. v., Nijman, H., Orobio de Castro, B., & Schmitz, R. (2013). Kenmerken van jongeren met gedragsproblemen en samenhang met het voltooiën van een residentiële behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 395-404.
- Ridder, H. d. (2001). *Jongeren, ouders en drugs*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Rögels, N. (2011). *Levensloopspsychologie*. Den Haag: Boom Lamma uitgevers.
- Roozen, H. G., & Greeven, P. G. (2011). *De Adolescent Community Reinforcement: behandeling voor adolescenten met cannabismisbruik*. Vught: Novadic-Kentron.
- Rutten, R., Loth, C., & Hulshoff, A. (2009). *Verslaving: handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Bolier, L. (2007). Jongeren en verslaving - De effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren. *Een literatuurstudie en een inventarisatie van behandelaanbod in Nederland*. Amersfoort, Utrecht, Nederland: GGZ Nederlang/Trimbos-instituut.
- Snoek, A., Wits, E., van der Stel, J., & van Mheen, D. (2010). *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Soenens, B., & Luyckx, K. (2003). Nieuwe ontwikkelingen in onderzoek naar identiteitsvorming. *Kind en Adolescent*, 122-129.
- Tjaden, B. (2004). *De invloed van etniciteit, waarden en normen en behandelvisie op de klinische behandeling van verslaafden*. Amsterdam: Thela Publishers.
- Versluis, A. (1996). *Drop-out bij de jeugdzorg*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam; vakgroep klinische kinder- en jeugdpsychologie.
- Waldron, B. H., & Turner, C. W. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 238-261.
- Weert, G. d. (2011). *Voorstel Monitor Jeugdkliniek Iriszorg*. Arnhem: IrisZorg.
- Weert, G. d., Nieuwenhuizen, N. v., & Nabuurs, M. (2013). *Jong afgeleerd; Een nieuwe behandelkliniek voor jongeren met verslavingsproblemen*. Arnhem: IrisZorg.
- Wijngaarden-Cremers, P. v., & Gaag, R. v. (2010). Verslaving als ontwikkelingsstoornis. *Kind & Adolescent*, 174-187.

Interviews

Expertinterview

Hendrik Rozen; expert op het gebied van de ACRA. Implementeerde de ACRA in de Nederlandse hulpverlening. Gepromoveerd aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, op de afdeling klinische psychologie. De titel van het promotieonderzoek luidt; *CRA and Naltrexone in the Treatment of Addiction*.

<i>Datum</i>	<i>Tijd</i>	<i>Plaats</i>
14 februari 2014	14.00	Telefonische afspraak, vanuit Tiel

Interviews hulpverleners

	<i>Datum</i>	<i>Tijd</i>	<i>Plaats</i>
Interview Ha	3 maart 2014	16.30	Tiel
Interview Hb	7 maart 2014	11.00	Tiel
Interview Hc	10 maart 2014	14.00	Tiel
Interview Hd	17 maart 2014	14.00	Tiel

Interviews jongeren

	<i>Datum</i>	<i>Tijd</i>	<i>Plaats</i>
Interview Ja	10 maart 2014	11.15	Tiel
Interview Jb	25 maart 2014	13.30	Tiel
Interview Jc	4 april 2014	11.00	Bemmel
Interview Jd	7 april 2014	11.00	Arnhem
Interview Je	7 april 2014	12.15	Velp
Interview Jf	7 april 2014	14.00	Doetinchem
Interview Jg	7 april 2014	15.30	Doetinchem
Interview Jh	11 april 2014	9.30	Tiel
Interview Ji	11 april 2014	15.15	Tiel
Interview Jj	2 mei 2014	11.00	Tiel

Begrippenlijst

Begrip	Uitleg begrip
Autoritair	Zelfregelend, zelf bepalend en eigenmachtig dingen bepalen.
Behandelretentie	De mate waarin wordt vastgehouden aan de behandeling.
Bejegeningsplan	De manier waarop je iemand bejegt vooraf vaststellen in een plan. Op die manier staat vooraf beschreven hoe je elk individu in verschillende situaties het beste kunt benaderen.
Concreet operationele stadium	Een stadium van cognitieve ontwikkeling volgens Piaget. Je verkeerd in dit stadium in de leeftijd van 6/7 tot 11/12 jaar. Informatie die kinderen krijgen heeft in deze leeftijdscategorie betrekking op realistische, concreet voorspelbare situaties. In deze periode groeit het probleemoplossend vermogen van een kind. Een kind kan een uitgevoerde handeling in gedachte weer terugdraaien (reversibiliteit) en een kind kan op deze leeftijd meerdere aspecten van een probleem meenemen om tot een slotconclusie te komen (Beemen, 2010, p. 115).
Conventionele moraliteit	De morele ontwikkeling volgens Kohlberg. Het is vooral het naleven van de wetten en hier niet vanaf wijken, op dit moment kan wel de intentie van iemand die iets tegen de wet in doet herkend worden (Beemen, 2010, p. 193).
Cross-sectioneel onderzoek	Dit is een vorm van observationeel onderzoek, waarbij op een bepaald tijdstip gegevens over risicofactoren en/of uitkomsten in een populatie worden verzameld. Voorbeelden van cross-sectioneel onderzoek zijn: het bepalen van de prevalentie van een ziekte, het opsporen van een ziekte of risico (screening), onderzoek naar etiologische factoren.
Detox	Wanneer iemand verslaafd is zullen de aanwezige giftige stoffen zich onttrekken uit het lichaam wanneer iemand stopt met middelengebruik. Dit wordt ook wel ontgiften genoemd.
DSM IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (kortweg DSM) is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient.
Etnocentrisch	Denkwijze en gedragwijze gekenmerkt door onmacht of onwil zich te verplaatsen in de normen, waarden, motieven, belangen, opvattingen en gewoonten van andere mensen.
Extrinsieke motivatie	Motivatie die mensen hebben om een prestatie te leveren op basis van een beloning die hen wordt voorgehouden. Dit kan in materiële vorm of een immateriële vorm plaats vinden. In dit geval komt de extrinsieke motivatie vaak vanuit de omgeving van de jongere.
Intramurale verslavingszorg	Verslavingszorg waarbij je als cliënt intern verblijft bij de instelling, om op die manier een behandeling te volgen.
Intrinsieke motivatie	Motivatie die mensen vanuit zichzelf hebben. Mensen willen zelf graag iets bereiken.
Lijdensdruk	Het leed dat iemand ervaart door zijn problematiek. Hieruit ontstaat bereidheid tot verandering.
Longitudinaal onderzoek	Longitudinaal onderzoek is onderzoek waarbij herhaaldelijk en steeds op dezelfde manier metingen worden verricht om een ontwikkeling in kaart te brengen.
<i>Matched care</i>	Invetten in de behandeling met datgene waarbij de meeste kans van slagen geldt. Er wordt gekeken naar ernst en complexiteit van de problematiek en hierop ingespeeld, waar nodig, met een tweesporige aanpak.
Middelen specifieke	Het gedeelte van de opvoeding die gericht is op de communicatie over

opvoeding	middelengebruik door de ouders richting kinderen.
Neuronen	Het is een zenuwcel, bestaande uit het cellichaam en cel uitlopers.
Neurotransmittersysteem	Boodschappen worden in de zenuwcel via elektrische prikkels doorgegeven. Zenuwcellen sluiten onderling niet vast op elkaar aan. Tussen twee zenuwcellen ligt een open gebied (een spleet) die men synaps noemt. In deze synaps worden de boodschappen van het uiteinde van de ene cel via chemische stoffen doorgegeven naar het uiteinde van de andere cel. Deze chemische stoffen noemen we neurotransmitters. In de zenuwcel wordt de chemische reactie weer omgezet in een elektrische prikkel.
Opnamegegevens	Een statusbeschrijving van de jongere waarin onder andere leeftijd, geslacht, etniciteit, burgerlijke staat, opleidingsniveau et cetera staat genoteerd.
PAL-lijst	Plezierige activiteitenlijst, deze lijst gebruiken ze in de kliniek om naar alternatieve activiteiten te zoeken, in plaats van gebruiken
Permissief	Een tegemoetkomende houding aannemen, veel accepteren en goedkeuren zonder veel consequenties te geven.
Post conventionele moraliteit	De morele ontwikkeling volgens Kohlberg. Er kan onderscheidt worden gemaakt in een dilemma en deze kan worden benaderd door te kijken naar de verschillende ethische principes (Beemen, 2010, p. 193).
Pre conventionele moraliteit	De morele ontwikkeling volgens Kohlberg gedurende de kindertijd. Egocentrisch denken staat centraal, morele argumenten worden niet genoemd (Beemen, 2010, p. 193).
Prefrontale cortex	De prefrontale cortex is een gebied dat in de frontaal kwabben is gelegen. Het is betrokken bij cognitieve en emotionele functies zoals beslissingen nemen, plannen, sociaal gedrag en impulsbeheersing. Ook speelt het een rol in het werkgeheugen. De prefrontale cortex wordt tot het limbisch systeem gerekend.
Preoperationele stadium	Een stadium van cognitieve ontwikkeling volgens Piaget. Je verkeert in dit stadium in de leeftijd van 2 tot 6/7 jaar. In dit stadium gaan peuters hun eigen individuele fantasiewereld creëren. Kleuters gaan zich echter al meer richten op de omgeving en zullen meer gaan communiceren via taal. Het egocentrisme, het zich niet kunnen verplaatsen in een ander, neemt af. Een belangrijk kenmerk in dit stadium is dat een kind in dit stadium de redeneringen en conclusies gaat laten leiden door het meest opvallende aspect van het probleem (centratie) (Beemen, 2010, p. 112).
Psychopathologie	De wetenschap die zich bezighoudt met de geest, wat zoveel inhoudt als het bezighouden met psychische stoornissen en problematiek.
Respondenten	Als iemand wordt geïnterviewd of geobserveerd met als doel informatie over zichzelf of zijn situatie te verkrijgen.
Sensitisatie	Toestand waarin het effect van een tweede of latere prikkel groter is dan dat van de originele stimulus.
Sensomotorische stadium	Een stadium van cognitieve ontwikkeling volgens Piaget. Je verkeert in dit stadium in de leeftijd van 0 tot 2 jaar. In dit stadium ontstaat denken vaak door doen. Het belang van zintuiglijke indrukken en motorische handelingen is groot. Deze twee aspecten stellen de zuigeling in staat om het effect van de eigen activiteiten te ontdekken en ermee te experimenteren (Beemen, 2010, p. 109).
Verslavingsproblematiek	Wanneer een bepaalde activiteit (bijvoorbeeld gamen, drinken of blowen) het leven van iemand gaat beheersen. Je kunt spreken van een verslaving als een persoon nog maar voor één ding leeft zoals bovenstaande voorbeelden. Het lichaam heeft voor zijn functioneren de stof of het gedrag (bijvoorbeeld gamen) nodig.

• Misbruik	Wanneer het lichaam nog niet afhankelijk is van het middel, maar het gebruik of gedrag wel problemen oplevert op andere levensgebieden
• Afhankelijkheid	Het lichaam heeft voor zijn functioneren de stof of het gedrag nodig. Men is alleen maar bezig met het verkrijgen van het betreffende middel of het uitvoeren van de betreffende activiteit.
Verzadiging	Bij kwalitatief onderzoek is het gebruikelijk om met een klein aantal kwalitatieve metingen te beginnen en vervolgens ga je net zo lang door totdat je geen nieuwe informatie meer krijgt.
Zelfregulatie	Zelfregulatie impliceert beïnvloeding van cognitieve, emotionele en motiverende processen en de regulatie van het gedrag.

Bijlagen

Wij hebben besloten om de bijlagen middels een cd-rom bij te voegen. Dit doen wij aangezien ons onderzoeksverslag op dit moment al een groot bestand is en de bijlagen slechts als naslagwerk dienen bij het onderzoek. Om het overzichtelijk te houden zetten wij het daarom op de cd-rom.

Graag lichten wij de manier van opbouw van de bestanden op de cd-rom toe:

De cd-rom bevat een aantal losse documenten, waaronder:

- Contract – omgaan met persoonsgegevens IrisZorg getekend
- Contract – afstudeercontract CHE getekend
- Onderzoeksverslag (digitaal)

Daarnaast staan er verschillende mappen op de cd-rom, elk van deze mappen lichten wij toe, waarbij wij aangeven wat de inhoud van deze mappen is.

Bijlagen

In deze map zijn alle bijlagen ten aanzien van het onderzoeksverslag opgenomen, dit zijn:

- Bijlage 1 – Vragenlijsten monitor
- Bijlage 2 – Informatiebrieven interviews
- Bijlage 3 – Toestemmingsformulieren interviews
- Bijlage 4 – Topiclijst medewerkers
- Bijlage 5 – Topiclijst jongeren
- Bijlage 6 – Definitie labels
- Bijlage 7 – Gegevens jongeren
- Bijlage 8 – Verantwoording verdiepingsminoren en competenties
- Bijlage 9 – Persbericht
- Bijlage 10 – Leeswijzer resultaten
- Bijlage 11 – Keuzen feedback
- Bijlage 12 – Resultaten interviews (Excel bestand)
- Bijlage 13 – Analysebestand interviews (Acces bestand)
- Bijlage 14 – Interviewvragen expertinterview
- Bijlage 15 – Logboek Jasmijn
- Bijlage 16 – Logboek Marjolein

Bronnen

In deze map bevinden zich bronnen die niet direct op internet te vinden zijn, maar welke wij wel hebben gebruikt voor ons onderzoek.

Interviews

In deze map bevinden zich alle interviews. De namen in deze interviews zijn weggelaten ter bescherming van de privacy van de respondenten. De toestemmingsverklaringen, die elke respondent getekend heeft, houden wij in eigen beheer in verband met privacygevoelige gegevens. De geluidsopnames van de interviews hebben als middel gediend om de interviews uit te werken, zoals eerder aangegeven zijn deze geluidsopnames vernietigd.

Om de interviews uit elkaar te houden hebben we de namen vervangen door codes. Deze zijn te verdelen in twee groepen, jongeren en hulpverleners. De interviews met de hulpverleners zijn voorzien van een 'H'. De interviews met de jongeren zijn voorzien van de letter 'J'. Per code is een map aangemaakt, waarin de verschillende versies van de interviews te vinden zijn:

- Uitgeschreven interview
- Doorgehaald interview
- Gereduceerd interview
- Gefragmenteerd interview
-

In bijlage 13 zijn alle fragmenten ingevoerd en genummerd. De verwijzingen in de tekst zijn terug te vinden in het Access bestand.