

BACHELORPROEF

Bevorderen van sportparticipatie bij mensen met een drugsverslaving

Kwalitatief onderzoek binnen verslavingsnetwerk De Sleutel

Bachelor	Toegepaste psychologie
----------	------------------------

Academiejaar	2018 - 2019
--------------	-------------

Student	Laura Verstraete
---------	------------------

Begeleider	Heleen Vermeersch en Elia Wyverkens
------------	-------------------------------------

Valorisatiepeter	Sander Van den Hende
------------------	----------------------

BACHELORPROEF

Bevorderen van sportparticipatie bij mensen met een drugsverslaving

Kwalitatief onderzoek binnen verslavingsnetwerk De Sleutel

Bachelor	Toegepaste psychologie
Academiejaar	2018 - 2019
Student	Laura Verstraete
Begeleider	Heleen Vermeersch en Elia Wyverkens
Valorisatiepeter	Sander Van den Hende

Dankwoord

Deze bachelorproef schrijven was het laatste wat gedaan moest worden voor het behalen van mijn bachelordiploma Toegepaste Psychologie. Na bloed, zweet en tranen, presenteer ik u met veel trots deze bachelorproef over het bevorderen van sportparticipatie bij mensen met een drugsverslaving. Graag wil ik een aantal personen bedanken om mij te ondersteunen tijdens het uitvoeren van mijn onderzoek.

Eerst en vooral had ik graag iedereen van De Sleutel bedankt om mij de mogelijkheid te geven deze bachelorproef te schrijven. Mijn dank gaat uit naar alle deelnemers van dit onderzoek die bereid waren tijd vrij te maken voor mijn interviews. Zonder hun hulp was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Tevens wil ik mijn valorisatiepeter, Sander Van den Hende, speciaal bedanken om mij te ondersteunen bij het opstellen van mijn onderzoeksvraag, het opstarten van mijn onderzoek en het delen van zijn praktijkervaringen.

Daarnaast bedank ik mijn bachelorproefbegeleidsters, Heleen Vermeersch en Elia Wyverkens, voor het beantwoorden van al mijn vragen, het geven van leerrijke feedback en steeds te geloven in mijn bachelorproef. Jullie feedback zorgde ervoor dat ik steeds de moed terugvond om verder te gaan met mijn onderzoek!

Verder wil ik mijn tante, Annelie Vanderheyden, bedanken voor het nalezen van mijn bachelorproef op taal- en spellingsfouten.

Ten slotte bedank ik nog mijn ouders, zus, familie en vrienden om mij steeds te steunen en in mij te blijven geloven tijdens deze stressvolle periode.

Dankuwel!

Laura Verstraete

Inhoudsopgave

Afkortingen	7
Abstract	8
Krantenartikel.....	9
Informatieve poster	11
1. Inleiding	12
1.1. Algemene situering	12
1.2. Het concept ‘drugverslaving’	14
1.2.1. Definiëring drugs.....	14
1.2.2. Definiëring verslaving.....	17
1.2.3. DSM V: aan een middel gebonden stoornis.....	17
1.2.4. Comorbiditeit	19
1.2.5. Evoluerende visie rond verslaving	20
1.2.6. Invloed van fysieke activiteit	21
1.3. Self-efficacy	24
1.3.1. Theoretische achtergrond: De sociaal-cognitieve theorie van Bandura.....	24
1.3.2. Definiëring self-efficacy.....	24
1.3.3. Het vergroten van self-efficacy	25
1.3.4. Self-efficacy en verslaving	27
1.3.5. Verwante begrippen	28
1.4. De zelf-determinatietheorie.....	29
1.4.1. Definiëring	29
1.4.2. De drie psychologische basisbehoeften.....	29
1.4.3. De Organismic Integration Theory (OIT)	30
1.4.4. Het Hiërarchisch Model van Intrinsieke en Extrinsieke Motivatie (HMIEM)	33
1.5. De Sleutel	35

1.5.1. Visie op verslaving	35
1.5.2. Verschillende vormen van hulpverlening	36
1.5.3. Sport binnen De Sleutel.....	37
1.6. Onderzoeksvragen	39
2. Methode.....	40
2.1. Deelnemers	40
2.2. Semigestructureerd interview	44
2.2.1. Vragenprotocol.....	44
2.2.2. Betrouwbaarheid en validiteit	45
2.3. Procedure.....	47
2.3.1. Rekrutering van respondenten.....	47
2.3.2. Tijdens het interview	47
2.4. Analyse.....	48
3. Resultaten	49
3.1. Drempels	52
3.1.1. Laag zelfbeeld	52
3.1.2. Faalangst.....	53
3.1.3. Sociale drempel	54
3.1.4. Fysieke drempel	56
3.1.5. Beperkte kennis	56
3.1.6. Financiële drempel	57
3.1.7. Drempels binnen de werking.....	57
3.2. Hoe kan de motivatie verhoogd worden?.....	58
3.2.1. Autonomie	58
3.2.2. Competentie	59
3.2.3. Relationele steun	60
3.2.4. Intrinsieke motivatie.....	61

3.3. Hoe kan de self-efficacy verhoogd worden?	62
3.4. Bespreking beroepsproduct	63
4. Discussie.....	64
4.1. Terugkoppeling van de onderzoeksvragen.....	64
4.1.1. Meerwaarde van sport	64
4.1.2. Drempelverlagende factoren	65
4.1.3. Motivatie	66
4.1.4. Self-efficacy	66
4.2. Sterkte-zwakteanalyses	68
4.3. Betekenis voor de praktijk.....	69
4.4. Conclusie.....	69
5. Referenties.....	70
6. Bijlagen	77
Bijlage 1: DSM-V-criteria: middelgerelateerde of verslavingsstoornis.....	77
Bijlage 2: Valorisatiepeter.....	77
Bijlage 3: Mail deelnemers	77
Bijlage 4: Informatiebrief bachelorproef.....	77
Bijlage 5: Informed consent - Volwassenen	77
Bijlage 6: Draaiboek semigestructureerd interview	77
Bijlage 7: Kwalitatieve data-analyse.....	77
Bijlage 8: Beroepsproduct.....	77

Afkortingen

AA = Anonieme Alcoholisten

APA = American Psychiatric Association

BOV = Bewegen Op Verwijzing

CIC = Crisisinterventiecentrum

DCA = Dagcentrum Antwerpen

DCB = Dagcentrum Brugge

DCG = Dagcentrum Gent

DSM = Diagnostisic Statistic Manual of mental disorders

RKJ = Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma

STA = Start To Atletiek

SWA = Sociale Werkplaats Antwerpen

SWG = Sociale Werkplaats Gent

TGG = Therapeutische Gemeenschap Gent

TGM = Therapeutische Gemeenschap Merelbeke

VAD = Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs

ZDT = Zelf-determinatie Theorie

Abstract

Vrijtijdsbesteding is een belangrijke factor die herval bij een drugsverslaving voorkomt. Cliënten in behandeling gaan, in functie van gedragsverandering, hun verslaving afbouwen. Voor het voorkomen van herval en het vereenvoudigen van de re-integratie in de maatschappij is het van belang iets terug op te bouwen. Dit gebeurt op verschillende levensdomeinen waaronder werk, vrije tijd en sport.

In dit onderzoek staat het bevorderen van sportparticipatie centraal. Aan de hand van veertien semigestructureerde interviews met een ex-cliënt, sportbegeleiders en medewerkers van De Sleutel werd er nagegaan welke drempels cliënten ervaren en hoe men hierop kan inspelen.

Op basis van de interviews werden er acht drempels vastgesteld. Deze zijn een laag zelfbeeld, faalangst, sociale drempel, fysieke drempel, beperkte kennis, self-efficacy, motivatie en financiële drempel. Voor elke drempel zijn er enkele tips opgesteld die begeleiders binnen De Sleutel verder helpen in het ondersteunen van cliënten bij sportparticipatie. Ten slotte is er een filmpje gemaakt op basis van deze tips.

Bevorderen van sportparticipatie bij mensen met een drugsverslaving

14/08/2019 – Geschreven door: Laura Verstraete

Vrijtijdsbesteding is een belangrijke factor die herval bij een drugsverslaving voorkomt. Cliënten in behandeling gaan, in functie van gedragsverandering, hun verslaving afbouwen. Voor het voorkomen van herval en het vereenvoudigen van de re-integratie in de maatschappij is het van belang iets terug op te bouwen. Dit gebeurt op verschillende levensdomeinen waaronder werk, vrije tijd en sport.

Het bevorderen van sportparticipatie bij mensen met een drugsverslaving staat centraal in dit eindwerk. Het onderzoek speelt zich af binnen De Sleutel. De Sleutel is een netwerk van verschillende verslavingscentra



Foto 1: Sportvoormiddag De Sleutel (Sport en Bewegen De Sleutel, 2019)

over heel Vlaanderen. Aan de hand van kwalitatieve, semigestructureerde interviews bij een ex-cliënt, sportbegeleiders en medewerkers bij De Sleutel worden de drempels bestudeerd die mensen ervaren bij het participeren aan sport.

De drempels die mensen regelmatig ervaren zijn een laag zelfbeeld, faalangst, sociale drempel, fysieke drempel, beperkte kennis, self-efficacy (het geloof in eigen kunnen), motivatie en financiële drempels. Deze drempels komen tot uiting doordat ze vroegtijdig stoppen met het deelnemen aan een sportvereniging.

“Faalangst zie ik in een vorm van onzekerheid maar dat overwinnen ze eigenlijk wel meestal. Het is vooral als ze eraan beginnen. ‘Vijf keer drie minuten lopen dat ga ik niet kunnen’ maar vaak kunnen ze dat dan wel. En dan zeggen ze dat ze het maar één keer gaan kunnen. Ze beginnen dan aan de tweede keer en voordat ze het weten zitten ze aan vijf keer.” – Sportbegeleider

De vraag die centraal staat in dit onderzoek is ‘Welke factoren de drempels verlagen zodat mensen met een drugsverslaving blijven participeren aan sport?’. Uit het onderzoek blijkt dat het ervaren van succes hier een heel belangrijke rol in speelt. Daarnaast zijn stimuleren, recreatief sporten en het geleidelijk aan opbouwen van sport ook enkele van de vele factoren die ontstaan zijn uit het onderzoek.

“Want ik blijf erbij dat ding van succes is enorm belangrijk en als je dat genoeg ervaart dan ben je op den duur sterker om zelf naar een club te kunnen gaan. En als je zo dingen doet dan gaat dat op den duur wel keren.” - Ex-cliënt

Bovendien zijn er nog verschillende factoren die het participeren aan een sportvereniging kunnen vereenvoudigen. Echter komen er veel middelen tekort om dit tot uitvoering te brengen. De Sleutel zou onder andere graag verschillende samenwerkingsverbanden opstarten met verschillende clubs om zo de drempel te verlagen.

Dit eindwerk is uiteindelijk omgezet in een filmpje met verschillende tips voor de begeleiders binnen De Sleutel. Op deze manier hopen we met dit onderzoek de drempels voor mensen met een drugsverslaving in de toekomst te verlagen.

[DeSleutel]

MENSEN KANSEN GROEIEN

Laura Verstraete

Begeleider: H. Vermeersch

& E. Wyverkens



Image 1: www.desleutel.be

Bevorderen van sport - participatie bij mensen met een drugsverslaving

Kwalitatief onderzoek binnen verslavingsnetwerk De Sleutel

Welke factoren dragen er toe bij dat de drempel verlaagd wordt zodat mensen met een drugsverslaving (in behandeling bij De Sleutel) effectief gaan sporten in hun vrije tijd?

→ Op welke manier kan het verhogen van de self-efficacy en de motivatie van personen met een drugsverslaving (in behandeling bij De Sleutel) bijdragen tot sportparticipatie?

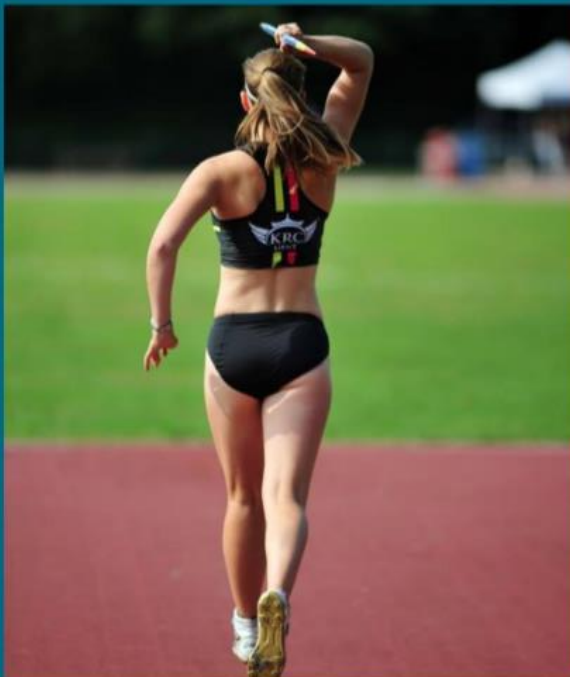
Methode:

- 14 participanten werkzaam binnen De Sleutel waarvan 1 ex-client, 2 sportbegeleiders en 11 werknemers van De Sleutel
- Semi-gestructureerd diepte - interview aan de hand van zelf ontwikkeld vragenprotocol

Resultaten:

- Uit de resultaten kwamen er acht drempels naar voor: laag zelfbeeld, faalangst, sociale drempel, fysieke drempel, beperkte kennis, financiële drempel, motivatie en self-efficacy (het geloof in eigen kunnen).
- Eén van de belangrijkste factoren om de drempel te verlagen is het ervaren van succes! Er zijn er uiteraard nog meer maar daarvoor verwijs ik u door naar mijn eindwerk

"Faalangst zie ik in een vorm van onzekerheid maar dat overwinnen ze eigenlijk wel meestal. Het is vooral als ze eraan beginnen. 'Vijf keer drie minuten lopen dat ga ik niet kunnen' maar vaak kunnen ze dat dan wel. En dan zeggen ze dat ze het maar één keer gaan kunnen. Ze beginnen dan aan de tweede keer en voordat ze het weten zitten ze aan vijf keer." - Sportbegeleider



howest
/ we develop people

1. Inleiding

1.1. Algemene situering

Re-integratie na een verslavingsproblematiek is een veelvoorkomend probleem. Re-integratie wordt gedefinieerd als “De persoon onderneemt concrete actie die betrekking kan hebben op het oppakken van zingevende activiteiten en sociale rollen. Voorwaarden om deze belangrijke stap te zetten zijn voldoende zelfvertrouwen en wilskracht. Daarnaast is steun vanuit de omgeving van belang. Kortom, er dient een zodanig niveau van self-empowerment¹ bereikt te zijn zodat de persoon zich sterk genoeg voelt om dingen in zijn leven te veranderen.” (pp. 208-217).

De Sleutel is sinds 1972 actief inzake residentiële en ambulante hulpverlening in het kader van drugsproblematieken. Ze focussen zich sinds een aantal jaar op de functie van sport tijdens de re-integratie. De Sleutel (De Sleutel, 2012) heeft ongeveer zes jaar geleden een implementatieonderzoek uitgevoerd. In het implementatieonderzoek gebruikte men sport als stimulans tot een succesvolle re-integratie. Uit dit onderzoek heeft men geconcludeerd dat de doelgroep sport als leuk ervaart. Het bleek heel belangrijk om een breed en kwaliteitsvol sportaanbod aan te bieden. Daarnaast bracht sport mensen samen waardoor men ook spelplezier en verbondenheid bereikte. Daartegenover staat wel dat uit dit implementatieonderzoek blijkt dat de drempel te hoog is voor mensen met een drugsverslaving om zich aan te sluiten bij een sportclub. Er zijn heel wat barrières voor mensen met een drugsverslaving ten opzichte van sport, namelijk fysieke problematieken, persoonlijke problemen, gebrek aan doorzettingsvermogen, gebrek aan motivatie... Daarnaast zijn mensen met een verslavingsproblematiek, eenmaal ze aan het einde van hun behandeling komen, vaak bang om de stap te zetten naar een gewone sportclub.

Volgens Professor Cardon (verantwoordelijke vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen aan de UGent) is ‘de self-efficacy’ een belangrijke determinant voor bewegen bij de re-integratie van mensen met een drugsverslaving. ‘Self-efficacy’ wordt gedefinieerd als “The level of an individual’s confidence in his or her abilities to organise and complete actions that lead to particular goals” (Bandura 1977; Bandura en collega’s 1977). Professor Cardon haalt

¹ Empowerment wordt ook wel gedefinieerd als “Empowerment is viewed as a process: the mechanism by which people, organizations and communities gain mastery over their lives.” (Rappaport, 1984, p43)

aan dat cliënten vrezen om niet geaccepteerd te worden, om als laatste over de meet te komen,
...

Het is als begeleider heel belangrijk om hieraan te werken, zodat de cliënten wel sterk in hun schoenen staan. De sport- of beweegsessies moeten hen een succesbeleving geven. Dit kan ervoor zorgen dat de eigen-effectiviteit omhoog gaat.

Cox en Klinger (2011) benadrukken ook de rol van motivatie bij het beoefenen van sport bij de re-integratie na een verslavingsproblematiek. Ze hanteren hiervoor de zelf-determinatietheorie. De zelf-determinatietheorie wordt door Deci en Ryan (1985, 1991) gedefinieerd als “An empirically derived theory of human motivation and personality and social contexts that differentiates motivation in terms of being autonomous and controlled. It assumes that the human organism is evolved to be inherently active, intrinsically motivated, and oriented toward developing naturally through integrative processes.”. In het boek ‘Motiverend coachen in de sport’ (Aelterman, de Muynck, Haeren, Vansteenkiste, & Vandebroeck, 2017) werd de zelf-determinatietheorie al eerder gehanteerd om motiverend te gaan coachen.

De hoofdonderzoeksvraag van deze bachelorproef luidt: ‘Welke factoren dragen ertoe bij dat de drempel verlaagd wordt zodat mensen met een drugsverslaving (in behandeling bij De Sleutel) effectief gaan sporten in hun vrije tijd’. In dit onderzoek gaan we eerst uitgebreid in op de centrale begrippen, namelijk verslaving, de functie van sport, self-efficacy en motivatie door middel van de zelf-determinatietheorie. De visie van De Sleutel over sport wordt ook verduidelijkt. Deze begrippen worden theoretisch verklaard aan de hand van een uitgebreide literatuurstudie. Vervolgens worden de onderzoeksvragen gepresenteerd, de gebruikte onderzoeksmethode en -procedure toegelicht met daaropvolgend een weergave van de resultaten. De bachelorproef wordt afgesloten met een conclusie, namelijk een opsomming van de verschillende factoren die de drempel mogelijks kunnen verlagen zodat mensen met een drugsverslaving effectief gaan sporten in hun vrije tijd. De conclusie wordt tevens omgezet in een beroepsproduct, namelijk een filmpje. Dit zorgt ervoor dat deze in de toekomst gehanteerd kan worden in De Sleutel om cliënten te begeleiden in het participeren aan sport.

1.2. Het concept 'drugsverslaving'

1.2.1. Definiëring drugs

Het concept 'drugs' is een veel voorkomende term in de volksmond. Er zijn dus heel wat verschillende definities terug te vinden. De World Health Organisation (WHO) definieerde drugs in 1960, namelijk:

In de geneeskunde verwijst drugs naar elke stof met het vermogen om een ziekte te voorkomen of genezen of het lichamelijk of geestelijk welzijn te verbeteren. In de farmacologie verwijst het naar elk chemisch agens dat de biomedische fysiologische processen van weefsels of organismen verandert. In veelvuldig gebruik verwijst de term vaak specifiek naar psychoactieve drugs en vaak meer specifiek naar illegale drugs, waarvan er naast medisch gebruik ook niet-medisch gebruik is. (Management of substance abuse, 2019, "Drugs", para. 129)

Aangezien deze definitie heel breed en allesomvattend is en voornamelijk het tweede deel van de definitie van de World Health Organisation van toepassing is, wordt in deze literatuurstudie de definiëring van Van Epen en Tytgat gehanteerd. Van Epen (2002) definieert drugs als "stoffen die een verandering van het menselijk bewustzijn veroorzaken en die om deze reden worden gebruikt" (p.12). In de definitie van Tytgat (2007) wordt er meer gefocust op de illegale drugs. Deze begripsomschrijving luidt als volgt "een enkelvoudige of samengestelde stof die zonder ernstige medische reden ingenomen wordt en daarbij de gevoelens, het gedrag, de waarneming of het bewustzijn van de mens wijzigt en waarvan het gebruik nadeel of schade met zich mee kan brengen voor het individu en/of de gemeenschap en dit op lange of korte termijn" (p.27)

Indeling van drugs: drie groepen

De bekendste en meest gebruikte indeling van drugs is deze in drie groepen: de dempende middelen, stimulantia en hallucinogene middelen. Elke groep wordt kort omschreven.

De eerste groep, **de dempende middelen** wordt gekenmerkt doordat de stof de activiteit van het centraal zenuwstelsel gaat afremmen en vertragen. Dit heeft als gevolg dat emoties van spanning en angst verminderen, bewegingen vertragen en cognitieve processen worden afgeremd. Tot deze groep behoren voornamelijk de opiaten, zoals morfine, heroïne en methadon maar ook de barbituraten, zoals amobarbital. Overmatig gebruik van deze drugs kan leiden tot het afremmen van vitale functies en de dood veroorzaken. Deze groep wordt ook wel depressivum genoemd.

Vervolgens zijn er **de stimulantia**, ook wel de opwekkende middelen. Zoals de term al duidelijk maakt, hebben deze groep drugs een stimulerende werking op het zenuwstelsel. De gevolgen van stimulantia zijn niet altijd hetzelfde. Ze kunnen onder andere gevoelens van euforie en zelfvertrouwen veroorzaken en er ook voor zorgen dat het zenuwstelsel zeer actief en alert blijft. Voorbeelden van stimulantia zijn cocaïne, amfetaminen (o.a. speed), ecstasy en nicotine.

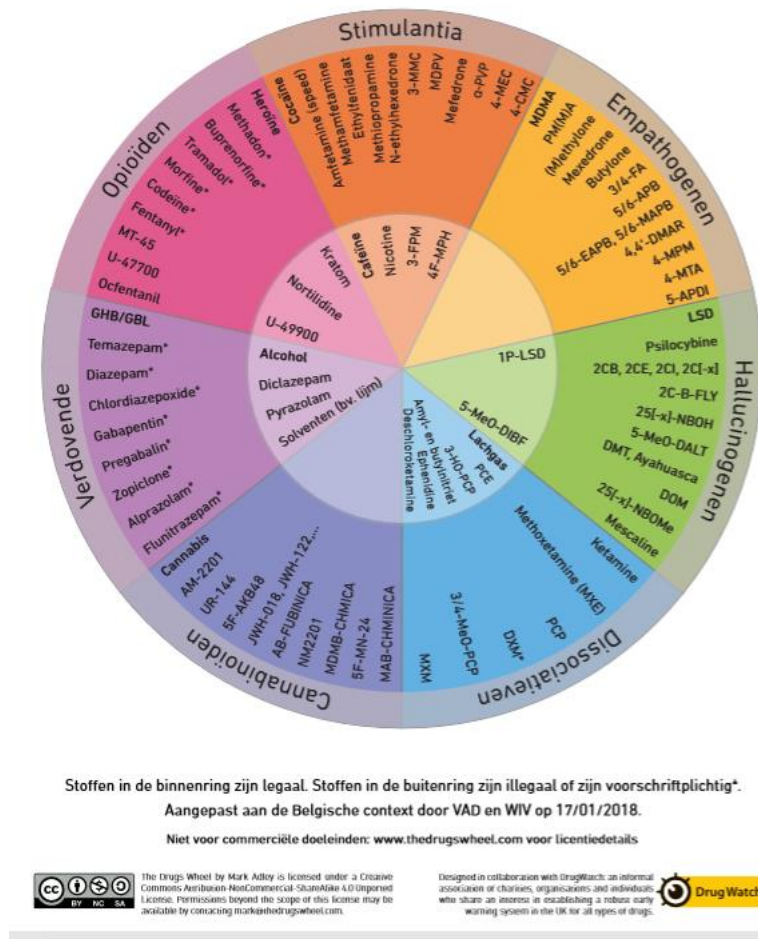
De derde en laatste groep zijn **de hallucinogene middelen**. Vroeger kreeg deze groep ook wel de naam tripmiddelen. Deze groep is heel groot en gevarieerd. Het wordt gekenmerkt doordat de middelen hallucinaties of zintuiglijke vertekeningen teweegbrengen. Deze hallucinaties worden voornamelijk duidelijk in vertekeningen van de kleurwaarneming of gehoor. Het gevolg van hallucinogene middelen kan zowel euforie en ontspanning zijn, alsook paniek. Tot deze groep behoort onder andere Lsd, Fencyclidine (PCP) en Marihuana.

Er zijn ook stoffen die tot twee categorieën behoren, namelijk alcohol. Indien er een lage dosis alcohol genomen wordt, werkt het opwekkend. In een hogere dosis kan het dempend werken. Een ander voorbeeld is snuifmiddelen. Deze hebben dempende gevolgen maar kunnen ook tripeffecten realiseren bij een hoge dosis (Nevid, Rathus, Greene, 2017).

Recentere indeling van drugs: Het drugswiel

Bij de indeling van drugs in drie groepen is het niet altijd duidelijk welke drugs in welke groep thuishoort, er zijn namelijk enkele overlappingsen. Daarnaast zijn er de laatste jaren ook heel wat nieuwe psychoactieve stoffen ontdekt. Om deze reden is er een nieuwe indeling ontstaan, namelijk Het Drugswiel. Het drugswiel is een nieuw model waarmee men de verschillende categorieën van drugs in kaart kan brengen. Oorspronkelijk is het ontwikkeld in 2012 door

Mark Adley, in samenwerking met DrugWatch². In 2018 heeft het Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en Drugs (VAD) dit model aangepast aan de Belgische context. In tegenstelling tot de drie categorieën in het vorige model, worden er in het Drugswiel zeven categorieën onderscheiden. De drie gekende categorieën, namelijk de stimulerende, dempende en hallucinogenen werden behouden maar de dempende drugs worden in dit model opgesplitst in de opioïden en de verdovende middelen. Daarnaast zijn er ook drie nieuwe categorieën toegevoegd, de empathogenen, de dissociatieven en de cannabinoïden. In het Drugswiel wordt er ook een onderscheid gemaakt tussen de binnenring en de buitenring. Stoffen die illegaal zijn of waarvoor men een voorschrift nodig heeft staan in de buitenring. In de binnenring staan de middelen die legaal zijn omdat ze momenteel niet zijn opgenomen in de Belgische drugswetten. Bij figuur 1 vind je een afbeelding van het model ter visuele verduidelijking.



Figuur 1 (VAD, 2018) is een afbeelding van het Drugswiel. Overgenomen van het Vlaamse expertisecentrum voor Drugs en Alcohol (<http://www.vad.be/assets/2431>)

² DrugWatch wordt ook gedefinieerd als een “a volunteer non-profit drug information network and organization that promotes the creation of healthy drug-free cultures in the world and opposes the legalization of drugs prohibited by national and international laws. (in the UK)” (DrugWatch International, 2001-2013)

1.2.2. Definiëring verslaving

Net zoals het niet makkelijk was om het concept ‘drugs’ te definiëren, is het ook niet gemakkelijk om een allesomvattende correcte definitie van verslaving te geven. Sommigen vinden dat verslaving gaat over elk gebruik van een middel (cannabis, cocaïne of heroïne). Volgens anderen gaat het over de mate van gebruik en de context waarin het gebruik plaatsvindt. Het is vanzelfsprekend dat een persoon een middel minstens een keer gebruikt moet hebben, vooraleer men er verslaafd aan kan geraken (Salomon, 2012). Dit betekent niet dat iedereen die drugs probeert verslaafd wordt. Vooraleer men verslaafd kan geraken aan een middel worden er verschillende stadia doorlopen. Dit start bij de eerste kennismaking met een middel, namelijk de experimentele fase, en gaat verder naar recreatief gebruik. Na verloop van tijd zullen sommigen de controle over het gebruik gaan verliezen en overmatig gaan gebruiken. Dit kan uiteindelijk leiden tot gebruik buiten de sociale context, ook wel solitair drugsgebruik. Wanneer dit stadium bereikt wordt, kunnen we spreken van een verslaving (Donckers, 2000; Salomon, 2012; VSP, z.j.). Van Epen (1997) definieert verslaving als volgt “Een zeer grote, onweerstaanbare behoefte de stof op te nemen, onafhankelijk van een lichamelijke behoefte in de vorm van een abstinentiesyndroom” (p. 7).

De laatste jaren wordt alsmaar meer de term ‘afhankelijkheid’ gebruikt in de wetenschappelijke literatuur. De termen ‘afhankelijkheid’ en ‘verslaving’ worden ook beschreven in het Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM), waarvan momenteel de vijfde versie in gebruik is.

1.2.3. DSM V: aan een middel gebonden stoornis

De Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM) is uitgegeven door de American Psychiatric Association (APA) en bestaat uit een classificatie van psychische stoornissen met bijhorende criteria. Op basis van deze criteria kan men in de gezondheidszorg de stoornissen op een betrouwbare manier diagnosticeren. (APA, 2013) De DSM heeft verschillende versies. De recentste versie is de vijfde en deze is uitgebracht in 2013. In de DSM-V wordt er van middel gerelateerde en verslavingsstoornissen gesproken. Tot de middel gerelateerde stoornissen behoren tien verschillende soorten middelen: alcohol, cafeïne, cannabis, hallucinogenen, inhalantia, opioïden, hypnotica en anxiolytica, stimulantia, tabak en andere en/of onbekende middelen. De overeenkomst bij overmatig gebruik van deze middelen is dat zij een directe uitwerking hebben op het beloningssysteem in de hersenen. Elk middel wordt gezien als een afzonderlijke stoornis, bijvoorbeeld alcohol gerelateerde stoornissen of cannabis gerelateerde stoornissen. De gokstoornis is ook opgenomen bij de middel gerelateerde

stoornissen doordat er aanwijzingen zijn dat gokken op een vergelijkbare manier een invloed uitoefent op het beloningssysteem in de hersenen. De middel gerelateerde stoornissen worden onderverdeeld in twee categorieën, namelijk de stoornissen in het gebruik van een middel en stoornissen door een middel/medicatie.

Stoornissen in het gebruik van een middel

Stoornissen in het gebruik van een middel worden door de DSM gedefinieerd als “aandoeningen die worden gekenmerkt door inadequaat gebruik van psychoactieve stoffen” (Nevid, Rathus, Greene, 2017, p.251). Het belangrijkste kenmerk is de samenhang van de gedragsmatige, cognitieve en somatische symptomen waaruit men kan afleiden dat de betrokkene het middel blijft gebruiken ondanks de significante problemen die dit oplevert. De tien klassen die behoren tot de middel gerelateerde stoornissen zijn alcohol, cafeïne, cannabis, hallucinogenen, inhalantia, opioïden, hypnotica en anxiolytica, stimulantia, tabak en andere en/of onbekende middelen. Voor elk middel kan er een afzonderlijke stoornis ontstaan. Er is wel variatie bij de verschillende middelen. Zo kunnen de symptomen bij de ene groep opvallender zijn dan bij een andere groep. Daarnaast zijn ook niet alle symptomen bij elk middel van toepassing, bijvoorbeeld geen ontrekkingssymptoom bij de stoornis in fencyclidinegebruik.

Stoornissen in het gebruik van een middel hebben nog een tweede belangrijk kenmerk dat voornamelijk voorkomt bij de meer ernstige vorm, namelijk herhaaldelijke terugval en craving. Craving wordt ook wel omschreven als “een sterke hunkering naar het middel wanneer de betrokkene wordt blootgesteld aan stimuli die met het middel te maken hebben” (APA, 2013). Deze symptomen ontstaan doordat er veranderingen plaatsvinden in de hersencircuits, die ook na de afkickbehandeling aanwezig blijven. Indien deze symptomen optreden is er een langdurige behandeling vereist. Vooraleer men kan spreken over een middel gerelateerde stoornis, moet de betrokken persoon minsten twee of drie symptomen vertonen uit de lijst van elf criteria (APA,2013). (Cf. DSM-V-criteria middel gerelateerde of verslavingsstoornis, bijlage 1)

Op basis van het aantal symptoomcriteria waaraan een persoon voldoet, kan er gesproken worden van de ernst van een stoornis. Dit kan variëren van licht tot ernstig. Bij een lichte stoornis is er een aanwezigheid van twee of drie symptomen, bij een matige stoornis vier of vijf symptomen en bij een ernstige stoornis zes of meer symptomen.

Stoornissen door een middel/medicatie teweeggebracht

De tweede categorie, stoornissen door een middel/ medicatie teweeggebracht, worden ook wel gedefinieerd als “stoornissen die door het gebruik van psychoactieve stoffen kunnen worden geïnduceerd” (Nevid, Rathus, Greene, 2017, p.252). Deze categorie wordt heel kort behandeld aangezien deze niet van belang is voor deze bachelorproef. Binnen deze categorie zijn er twee belangrijke typen, namelijk intoxicatie en het onttrekkingssyndroom. Het begrip intoxicatie kan ook omschreven worden als “een toestand waarin de hersens zo zijn beïnvloed door het middel dat ze niet meer adequaat kunnen functioneren. In bepaalde gevallen kan intoxicatie tot de dood leiden” (Nevid, Rathus, Greene, 2017, p.252). Intoxicatie heeft ook enkele specifieke kenmerken maar deze zijn afhankelijk van het gebruikte middel, de dosis, de biologisch bepaalde kwetsbaarheid van de gebruiker en soms op de verwachtingen van de gebruiker. Het tweede type is het onttrekkingssyndroom, ook wel gedefinieerd als “een groep symptomen die zich voordoen wanneer een afhankelijk persoon, na zwaar en langdurig gebruik van een bepaalde stof, plotseling stopt met gebruiken” (Nevid, Rathus, Greene, 2017, p.252).

1.2.4. Comorbiditeit³

Kraanen, Emmelkamp en de Wildt (2007) hebben in Nederland een onderzoek uitgevoerd naar de comorbiditeit van verslaving. Hieruit blijkt dat dit vaak voorkomt in combinatie met andere stoornissen. Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat bijna de helft van de personen met een psychische stoornis in het verleden ook te maken heeft gehad met misbruik of afhankelijkheid van een middel. Daarnaast voldoet bijna de helft van de personen met een stoornis in het gebruik van verslavende middelen aan alle criteria voor minstens één andere psychische stoornis (Emmelkamp & Vedel, 2007). De relatie tussen middelengebruik en psychische stoornissen is complex. Er wordt uitgegaan van vier mogelijke vormen van interactie. Het gebeurt echter zelden dat een patiënt voldoet aan één van deze vier vooropgezette interactiemodellen. Bij de eerste vorm is het middelenmisbruik een gevolg van een psychische stoornis. Hierbij begint de patiënt middelen te gebruiken om de symptomen, die hij ervaart ten gevolge van zijn psychische stoornis, te verminderen. Vervolgens is het ook mogelijk dat het middelenmisbruik aanleiding geeft tot psychische problemen. Personen die tot deze groep behoren worden meestal niet beschouwd als comorbide, aangezien zij niet echt aan twee afzonderlijke psychische aandoeningen lijden. Bij de derde vorm ontstaat het middelenmisbruik en de psychische aandoening vanuit een gemeenschappelijke onderliggende kwetsbaarheid.

³ Comorbiditeit wordt ook wel omschreven als “het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer aandoeningen of stoornissen bij één persoon” (“Comorbiditeit,” n.d.).

Deze kwetsbaarheidsfactoren kunnen gesitueerd zijn op zowel het genetisch, lichamenlijk als sociofamiliaal niveau. Het maakt iemand al dan niet vatbaarder voor het ontwikkelen van een psychische aandoening, Bij de laatste vorm bestaat het middelenmisbruik en de psychische aandoening onafhankelijk naast elkaar. Hierbij veroorzaakt het een niet het ander maar heeft het samengaan meestal een negatief effect voor beide probleemgebieden. Dit waren de vier vormen maar het blijft belangrijk om per individu goed na te gaan wat de specifieke beïnvloedende factoren zijn. (Dom., 1999, p. 20-27)

1.2.5. Evoluerende visie rond verslaving

Doorheen de geschiedenis is de visie rond verslaving regelmatig veranderd en blijven evolueren. Van den Brink heeft de evoluerende visie uitgebreid besproken (Van den Brink, 2009). In het begin, rond de achttiende eeuw, werd verslaving gezien als een teken van morele zwakte. Personen met een verslaving werden vaak langdurig opgesloten in gevangenissen of heropvoedingskampen. Er wordt ook van het morele model gesproken. Dit model komt nog steeds terug in bijvoorbeeld zorgboerderijen en heropvoedingskamp. Vanaf het midden van de negentiende eeuw ontstaat er een tweede model, namelijk het farmacologische model. Volgens dit model is een verslaving niet de schuld van de verslaafde maar van de verslavende stof. Dit heeft als gevolg dat met drugs en alcohol wil verbieden (vb. de drooglegging in Amerika van 1920-1933). Verder onderzoek toont aan dat verslaving ook samenhangt met verschillende individuele en sociale factoren waardoor het farmacologische model niet alleen te handhaven is. Vanaf 1930 gaat men verslaving zien als symptoom van een onderliggende persoonlijkheidsstoornis, ook wel gebaseerd op de psychoanalyse. Men spreekt van het symptomatisch model. Op basis van dit model ontstond er een psychotherapeutische behandeling. In therapeutische gemeenschappen wordt deze soms nog gebruikt. Vervolgens kwam er het ziektemodel (1940-1960), waarbij fundamentele, biologische en psychische verschillen tussen personen met een verslaving en zonder een verslaving centraal staan. Deze verschillen zouden namelijk de oorzaak zijn waarom sommige personen wel verslaafd geraken en andere niet. Op basis van dit model ontstonden er zelfhulporganisaties met de steun van lotgenoten (vb. AA). Van 1960-1970 was er het leertheoretisch model, waarbij men verslaving ziet als een aangepast aangeleerd gedrag dat men kan afleren. Uit dit model is de cognitieve gedragstherapie en de cue-exposuretherapie ontstaan. De gedragstherapie heeft nog steeds een belangrijk plaats binnen de verslavingszorg. Vervolgens ontstond er het bio psychosociale model, waarbij de interactie tussen aangeboren kwetsbaarheid (biologisch), persoonlijke ontwikkeling en leerervaringen (psychologisch) en omstandigheden (sociaal) centraal staan.

Sinds 1990 wordt verslaving alsmaar meer gezien als een hersenziekte, waarbij de aangeboren kwetsbaarheid de basis vormt voor herhaald gebruik van psychoactieve middelen. Hierdoor wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar de neurocognitieve aspecten van verslaving.

1.2.6. Invloed van fysieke activiteit

In de literatuur is een beperkte hoeveelheid aan onderzoek te vinden over de invloed van fysieke activiteit op individuen met een drugsverslavingsproblematiek. Dit heeft als gevolg dat er geen eenduidig antwoord te geven is op de vraag of fysieke activiteit een invloed uitoefent en op welke manier. Er zijn echter wel al enkele veelbelovende onderzoeksresultaten.

Eén van de eerste onderzoeken was van Synyor en collega's in 1982. Gedurende zes weken werden er op maat gemaakte oefeningen gegeven aan patiënten die een intramurale alcohol revalidatiebehandeling ondergaan. Deze oefeningen bestonden uit geleidelijk aan moeilijker wordende lichamelijke oefeningen, inclusief wandelen of lopen, lenigheid en stretchen. De deelnemende patiënten hadden minder problemen met verdere onthouding van drugs dan de controlegroep. De verschillen waren nog steeds merkbaar bij een follow-up onderzoek na drie en ook na achttien maanden (Abrantes, Matsko, Wolfe & Brown, 2013). In 2010 is er een pilotenstudie uitgevoerd in Denemarken naar "Exercise treatment for drug abuse". De resultaten tonen aan dat het regelmatig deelnemen aan een fysieke activiteit met een hoge aerobe intensiteit (zoals wandelen, fietsen...) succesvolle resultaten teweegbrengen als onderdeel van therapie. Het waarborgen van de resultaten op lange termijn zou worden beïnvloed door leeftijdsgroepen (Roessler, 2010). Uit onderzoek van Brown en collega's (2010) is geconstateerd dat mensen met een drugsverslavingsproblematiek dankzij beweging positieve zaken kunnen ervaren zonder dat daarvoor gebruik nodig is.

Het voorschrijven van beweging zou alsook nuttig kunnen zijn voor een verscheidenheid aan mechanismen die vaak worden geassocieerd met een drugsverslaving (Linke & Ussher, 2014). Hoewel geen van deze mechanismen rechtstreeks formeel empirisch getest zijn bij mensen met een drugsverslaving, volgt hieronder een beschrijving van enkele veelbelovende gebieden voor verder onderzoek (Abrantes, Matsko, Wolfe & Brown, 2013).

- **Stemmingsregulatie**

Een negatieve gemoedstoestand en angstige en depressieve symptomen worden geassocieerd met een hoger risico op terugval. Diverse onderzoeksresultaten hebben aangetoond dat fysieke activiteit de stemming en het welzijn kan verbeteren. Dit effect zou kunnen standhouden voor drie à vier uur. Verschillende vormen van fysieke activiteit kunnen dit effect bereiken, zolang het niet te competitief of intens is (Zschucke, Heinz & Ströhle, 2011).

- **Cognitief functioneren**

Toenemende lichamelijke activiteit zou kunnen leiden tot kritische verbeteringen in de regulering van aandacht, gecontroleerde informatieverwerking en leercapaciteit indien er sprake is van vroeg herstel bij personen met een alcohol en/of drugsverslaving (Abrantes, Matsko, Wolfe & Brown, 2013).

- **Eigen-effectiviteit**

Een verlaagde eigen-effectiviteit komt regelmatig voor bij personen met een drugsverslaving. Een mogelijke oorzaak hiervan is herhaaldelijk controleverlies en faalervaringen. Sommige auteurs gaan ervan uit dat begeleide fysieke activiteit de eigen-effectiviteit kan verhogen door de persoon progressie te laten maken. Er zijn echter geen onderzoeksresultaten beschikbaar die bevestigen of deze veranderingen gegeneraliseerd kunnen worden naar andere domeinen.

- **Sociaal netwerk**

Het opbouwen van een nieuw sociaal netwerk wordt door verscheidene hypothesen gezien als de sleutelfactor voor terugvalpreventie. Bij fysieke activiteit is er regelmatig sprake van activiteiten die in groep gebeuren. Hieruit kan men communicatievaardigheden leren, alsook leren omgaan met conflicten en frustraties.

- **Stress**

Stress is één van de veel voorkomende factoren die een rol speelt bij terugval⁴. Verschillende studies hebben aangetoond dat fysieke activiteit alledaagse stress reduceert. Daarnaast zou de stressreactie op een psychosociale spanningsfactor verminderd zijn bij personen die deelnemen aan fysieke activiteiten (Zschucke, Heinz & Ströhle, 2011).

⁴ Terugval wordt ook wel gedefinieerd als “Een serie van gebeurtenissen die al dan niet gevolgd worden door een terugkeer naar de basisfrequentie van het doelgedrag dat men wou veranderen. Met andere woorden, elke stap in de richting van het oorspronkelijk middelengebruik is te beschouwen als een terugval” (Keymeulen, 2011).

Er kan geconcludeerd worden dat er momenteel nog relatief weinig bewijs is dat lichaamsbeweging als aanvullende behandeling bij een drugsverslaving effect heeft. Echter, bevestigt de beperkte wetenschappelijke evidentie wel dat er een positief verband bestaat tussen fysieke activiteit en een drugsverslavingsproblematiek. Dit kunnen we stellen aangezien lichaamsbeweging een breed scala aan mentale en fysieke gezondheidsproblemen voorkomt of vermindert en dit met weinig negatieve bijwerkingen (Linke & Ussher, 2014).

1.3. Self-efficacy

1.3.1. Theoretische achtergrond: De sociaal-cognitieve theorie van Bandura

De sociaal-cognitieve theorie werd ontwikkeld door Albert Bandura, een sociaalpsycholoog. Deze theorie werd ontwikkeld als een verdere uitwerking van zijn eerdere Sociale Leertheorie. Volgens de sociaal-cognitieve theorie wordt het menselijk functioneren bepaald door een triadische wederkerigheid waarin gedrag, cognitieve en andere persoonlijke factoren, en omgevingsfactoren constant met elkaar interageren (Bandura, 1986). De omgevingsfactoren bieden het kader waarin een persoon bepaald gedrag probeert uit te voeren. De cognitieve factoren bepalen hoe een situatie geanalyseerd wordt en welke gedragingen gekozen zullen worden. Het gedrag beïnvloedt vervolgens terug de omgeving en de cognities (Brysbaert, 2014). De verschillende factoren zijn dus elkaars determinanten. Bandura omschrijft dit als ‘wederzijds determinisme’ (Brug, van Assema & Lechner, 2017).

De Sociaal-Cognitieve theorie benadrukt het idee dat menselijk gedrag bepaald wordt door de verwachtingen die men van een gedrag heeft. Drie verschillende verwachtingen spelen hierbij een belangrijke rol. Ten eerste zijn er de ‘situation-outcome expectancies’. Hierbij heeft een individu verwachtingen over de consequenties van gebeurtenissen in de fysieke en sociale omgeving zonder dat er sprake is van een persoonlijke actie of een gedragsverandering. Wanneer er wel sprake is van persoonlijke acties of gedragsverandering, spreken we van ‘action-outcome expectancies’. Als laatste is er de ‘self-efficacy of de eigen-effectiviteitsverwachting’. Dit verwijst naar de verwachting of men in staat is een bepaald gedrag zelf uit te voeren. Het begrip ‘self-efficacy’ heeft een centrale plaats gekregen in de Sociaal-Cognitieve theorie (Brug, van Assema & Lechner, 2017).

1.3.2. Definiëring self-efficacy

Bandura (1997) omschrijft self-efficacy als de overtuiging die een persoon heeft ten opzichte van zijn eigen mogelijkheden om met succes een probleem op te lossen of een bepaalde taak te realiseren. Bij een sterker gevoel van self-efficacy, zal iemand een grotere drijfveer hebben tot handelen. Het wordt ook wel omschreven als “een persoonlijke inschatting van het vertrouwen in zijn of haar vermogen om een bepaald prestatieniveau te bereiken” (Hagger & Chatzisarantis, 2008, p. 105).

In deze literatuurstudie zal de Engelse term ‘self-efficacy’ gehanteerd worden. Er is namelijk nog geen eenduidige vertaling van het woord naar het Nederlands. In verschillende Nederlandstalige meetinstrumenten wordt ‘self-efficacy’ vaak vertaald naar ‘het geloof in eigen kunnen’. In de onderzoeksliteratuur wordt er gesproken over ‘eigen-effectiviteit’.

Sommige auteurs definiëren self-efficacy als ‘situation-specific self-confidence’, ook wel vertaald als ‘situatie-specifiek zelfvertrouwen’ (Feltz & Chase, 1998). Een belangrijke eigenschap van self-efficacy is namelijk dat het situatie-specifiek is. Het geeft oordelen of verwachtingen weer in een gegeven context die gericht zijn op persoonlijk gedefinieerde resultaten. Het wordt gezien als een construct dat kan worden gemanipuleerd en gewijzigd. De reden hiervan is dat het niveau van self-efficacy van een individu afhankelijk is van een aantal interpersoonlijke en externe variabelen die dienen als informatiebronnen voor het vormen van self-efficacy beoordelingen (Hagger & Chatzisarantis, 2008). Als een individu een hogere self-efficacy heeft, zal men voldoende inspanning leveren voor een bepaalde taak. Dit zal vervolgens leiden, indien goed uitgevoerd, tot succesvolle outcomes. Individuen met een lagere self-efficacy daarentegen gaan mogelijks hun inspanningen vroegtijdig stopzetten en falen in hun taak (Bandura, 1986). Bijvoorbeeld een man gaat lopen maar denkt op voorhand al dat hij niet één rondje kan lopen. Dit kan ervoor zorgen dat de man vroegtijdig zijn inspanning gaat stopzetten en niet één rondje loopt. Indien hij op voorhand wel gelooft dat het mogelijk is om één rondje te lopen, was de kans groter dat het wel lukt.

Self-efficacy oefent dus een grote invloed uit op een verscheidenheid aan factoren, waaronder gedrag, gevoelens, cognitie en motivatie (Hagger & Chatzisarantis, 2008).

1.3.3. Het vergroten van self-efficacy

Zoals eerder vermeld oefent self-efficacy een invloed uit op verschillende factoren. Indien een individu een lage self-efficacy heeft, zal het van groot belang zijn om de self-efficacy te vergroten. Bandura (1986) omschrijft vier bronnen die mogelijks een positieve invloed uitoefenen op self-efficacy:

- **Persoonlijke ervaring**

Persoonlijke ervaringen waarbij het individu zelf gedrag stelt ('authentic mastery experiences') is de meest invloedrijke bron voor het verhogen van self-efficacy. Het ervaren van successen verhoogt de self-efficacy. Daartegenover kan self-efficacy verlaagd worden door faalervaringen, voornamelijk wanneer het mislukken zich voordoet in een vroeg stadium van de gebeurtenis en er geen sprake was van ongunstige externe omstandigheden of een gebrek aan inspanning. Een grote mate van self-efficacy bij een individu wordt ontwikkeld na het ervaren van meerdere succeservaringen. Dit kan ervoor zorgen dat in de toekomst kleine mislukkingen geen grote invloed meer hebben op de beoordeling van iemands capaciteiten.

- **Plaatsvervangende ervaring**

Het waarnemen van succes bij andere mensen beïnvloedt ook deels de self-efficacy van een individu ('vicarious experience'). Onze eigen self-efficacy neemt toe, wanneer we iemand succesvol gedrag zien stellen en we schatten deze persoon in als vergelijkbaar met onszelf. Anderzijds kan het zien van faalervaringen bij iemand anders, het tegenovergestelde effect teweegbrengen. Een belangrijke factor hierbij is de mate waarin we onszelf vergelijkbaar vinden met de persoon in kwestie.

- **Verbale overtuiging**

Self-efficacy kan ook positief beïnvloed worden door verbale overtuiging. De invloed is echter wel meer beperkt in vergelijking met de vorige twee informatiebronnen. Met verbale overtuiging wordt verwezen naar aanmoediging en feedback van andere personen. De geloofwaardigheid, expertise, betrouwbaarheid en aantrekkelijkheid die wordt toegeschreven aan de persoon, speelt een grote rol in de mate waarin verbale overtuiging werkt. Deze informatiebron kan goed worden toegepast in combinatie met persoonlijke ervaring.

- **Fysiologische en emotionele ingesteldheid**

Een vierde informatiebron zijn de fysiologische en emotionele veranderingen die een invloed kunnen uitoefenen op het individu. Het ervaren van negatieve 'arousal' (bijvoorbeeld: zwetende handen, rood gezicht) kan resulteren in het altijd associëren van het gedrag met de negatieve ervaring waardoor het individu kan twijfelen aan het eigen vermogen om het gedrag te stellen. Andersom kan het ervaren van successen gepaard gaan met gevoelens van blijdschap en vreugde. Hierdoor kan het gevoel van self-efficacy versterkt worden.

1.3.4. Self-efficacy en verslaving

Self-efficacy speelt een belangrijke rol binnen het concept ‘verslaving’ op twee manieren. Ten eerste kan het mee aan de basis liggen van de start van de ontwikkeling van een verslavende gewoonte. Daarnaast heeft het ook een grote invloed wanneer een individu de verslavende gewoonte wil stopzetten en hiervoor een gedragsverandering ondergaat.

Doorheen de jaren is er heel wat onderzoek gedaan naar de verandering van self-efficacy tijdens een verslaving. Op basis daarvan hebben Marlatt, Bear en Quigley (1995) een taxonomie ontwikkeld, bestaande uit vijf types van self-efficacy. Deze typologie loopt van de start van een verslaving tot de periode van de gedragsverandering bij het willen beëindigen van een verslaving.

Het eerste type is **resistance self-efficacy**. Het verwijst naar het vermogen om sociale druk te weerstaan bij het drinken van alcohol of het gebruiken van drugs. Onderzoek heeft aangetoond dat het hebben van een lage resistance self-efficacy en het krijgen van sociale invloeden die voor druggebruik zijn, een goede voorspeller zijn van de intentie of het daadwerkelijke gebruik van drugs bij adolescenten (Conrad, Flay & Hill, 1992; Ellickson & Hays, 1991,1992; Lawrence & Rubinson, 1986; Marlatt, Bear & Quigley, 1995). Dit heeft ervoor gezorgd dat heel wat preventieprogramma’s gericht zijn op kinderen en adolescenten en hoe om te gaan met groepsdruk met betrekking tot druggebruik. Eenmaal het druggebruik is gestart, is er sprake van **harm-reduction self-efficacy**. Er is nog weinig bekend over dit concept maar biedt wel een alternatieve mogelijkheid om drugmisbruik bij initiële alcohol- of druggebruikers te voorkomen. Volgens Brown en Horowitz (1993) zou het een nieuwe invalshoek bieden voor preventie. De focus wordt verlegd naar het verminderen van de mogelijkheid dat een adolescent een drugmisbruiker wordt en schade berokkent bij het individu en de samenleving als gevolg van drugmisbruik. Eenmaal er verslavend gedrag wordt vastgesteld en de persoon een poging wil doen om het gedrag te veranderen, is er sprake van het derde type. Bij **action self-efficacy** is er sprake van het geloof in iemands capaciteiten om het gewenste doel van het beëindigen van gebruik of gecontroleerd gebruik te bereiken. Bij het behouden van de actiefase van de persoonlijke gedragsverandering op lange termijn, spreken we **coping self-efficacy**. Dit betekent dat het individu in staat is om terugvalmogelijkheden het hoofd te bieden. In het cognitief-gedrags model van terugval (Marlatt & Gordon, 1985) staat self-efficacy centraal. Volgens dit model worden individuen, tijdens de fase van behoud, regelmatig geconfronteerd met hoge risico situaties. Deze hoge risico situaties (conflicten, sociale druk, negatieve emoties...) kunnen leiden tot terugval. Dit kan voorkomen worden door het individu effectieve

coping strategieën aan te leren. Bij een lage coping self-efficacy in combinatie met een hoge risico situatie, is er namelijk een grotere kans op middelengebruik. Het laatste type is **recovery self-efficacy**, waarmee er verwezen wordt naar het geloof in iemands capaciteiten om de coping strategieën terug op te nemen na enkele terugvalmomenten.

Op basis van deze vijf types wordt er heel wat preventie gevoerd tegen alcohol- en druggebruik. Daarnaast biedt het ook een handvat tijdens de gedragsverandering na een alcohol- en/of drugsverslaving.

1.3.5. Verwante begrippen

Self-efficacy wordt vaak verward met zelfbeeld en eigenwaarde. Het zelfbeeld en de eigenwaarde zijn echter twee beduidend andere concepten.

- **Zelfbeeld:**

In vergelijking met self-efficacy is het zelfbeeld een algemener concept. Het ontstaat uit externe en interne vergelijkingen. Het staat voor het gebruiken van andere personen en aspecten van het zelf als referentiekader voor de beoordeling van het zelf. Bij self-efficacy gaat het om de eigen capaciteiten bij het met succes volbrengen van een taak. Er is geen sprake van een vergelijking. Bij self-efficacy wordt de vraag ‘kan ik het doen?’ gesteld. De vraag ‘Zijn anderen daarin beter of slechter dan ik?’ wordt gesteld als men het eigen zelfbeeld beoordeelt. Dit heeft als gevolg dat self-efficacy een goede voorspeller is van het eigen handelen, terwijl het zelfbeeld dat niet is (Roosenbrand & Fard, 2012-2013).

- **Eigenwaarde:**

De eigenwaarde bestaat uit de gedachten, gevoelens en meningen die iemand over zichzelf heeft. Het doet geen uitspraak over de eigen vaardigheden. Er is echter wel een samenhang tussen de eigenwaarde en self-efficacy. Hoe groter je eigenwaarde (hoe positiever je denkt over jezelf), des ter meer je gelooft in je eigen kunnen. Door dit vertrouwen in je eigen kunnen is de uitkomst van je actie ook vaker positief (de Graaff, 2007).

1.4. De zelf-determinatietheorie

1.4.1. Definiëring

Een van de meeste gehanteerde theorieën over motivatie is de zelf-determinatietheorie. De studie vertegenwoordigt een breed raamwerk over zowel de motivatie als de persoonlijkheid. De theorie wordt over de hele wereld toegepast en is nog steeds een belangrijk onderzoek domein. De zelf-determinatietheorie is ontwikkeld door Edward L. Deci en Richard M. Ryan. Zij vertrekken vanuit het idee dat de mensen een positief mensbeeld hebben en graag het gevoel ervaren dat ze zelf kiezen wat ze doen. De motivatie zou bepaald worden door dit gevoel van het zelf kunnen beslissen (Deci & Ryan, 2004, p. 5-6). De zelf-determinatietheorie wordt in deze bachelorproef aangehaald doordat het een belangrijk theoretisch kader vormt voor veel studies naar de motivatie in sport. Vallerand en zijn collega's hebben een model van de zelf-determinatietheorie uitgewerkt voor de specifieke context van sport en bewegen. De intrinsieke en extrinsieke motivatie van Deci & Ryan ligt aan de basis van dit model (Vallerand & Loiser, 1999, p.142-169). In deze literatuurstudie zal zowel het model van Vallerand aangehaald worden als de oorspronkelijke zelf-determinatietheorie van Deci & Ryan.

1.4.2. De drie psychologische basisbehoeften

In de zelf-determinatietheorie staan er drie fundamentele psychologische basisbehoeften centraal. Het bevredigen van deze behoeften is essentieel voor iemands ontwikkeling en ontplooiing. Hierdoor gaan mensen bepaald gedrag stellen om deze behoeften te kunnen bevredigen. We kunnen er in feite van uitgaan dat hoe meer aan deze basisbehoeftes is voldaan, hoe beter we persoonlijk en sociaal functioneren. De drie psychologische basisbehoeften zijn de behoefte aan gevoelens van competentie, de behoefte aan verbondenheid en de behoefte aan autonomie. De minitheorie over de drie psychologische basisbehoeften, staat ook wel gekend als de Basis Psychological Need theory (Deci & Ryan, 2002, p.6-9). Elke psychologische basisbehoefte zal kort worden besproken.

Als eerste is er **de behoefte aan autonomie**. Deci & Ryan definiëren autonomie ook wel als “het ervaren van psychologisch vrijheid en keuze in ons denken, voelen en handelen” (Deci & Ryan, 2000, p. 227-268). Deze is in het kader van de Zelf-determinatietheorie van cruciaal belang aangezien je dan jezelf ziet als degene die je gedrag stuurt en jezelf ervaart als de persoon die initiatieven neemt. Tegenover de behoefte aan autonomie staat het gevoel dat je weinig controle hebt over je eigen leven of veel druk ervaart vanuit je omgeving.

Vervolgens is er ook **de behoefte aan verbondenheid**. Verbondenheid wordt ook wel door Deci & Ryan omschreven als “het ervaren van een warme en hechte band met anderen. Het houdt in dat we ons geliefd voelen en onze zorg en betrokkenheid voor elkaar kunnen tonen” (Deci & Ryan, 2000, p. 227-268). Het heeft een stuwende kracht en kan er zo voor zorgen dat mensen hechte vriendschappen opbouwen en groepen een groepsidentiteit gaan aannemen.

Als derde behoefte is er **de behoefte aan competentie**. Dit wordt ook wel gedefinieerd als “een gevoel van effectiviteit en bekwaamheid. Ze kunnen een gewenst resultaat behalen, een doel bereiken en hebben vertrouwen in het eigen kunnen” (Deci & Ryan, 2000, p. 227-268). De behoefte aan competentie kan ervoor zorgen dat mensen gemotiveerd zijn om hun vaardigheden te ontplooiën en zichzelf te verbeteren. Het is hierbij belangrijk dat mensen bij zichzelf zien dat ze vooruitgang boeken. Als ze naar hun gevoel te weinig vooruitgang boeken, kan de behoefte aan competentie in gedrag komen.

1.4.3. De Organismic Integration Theory (OIT)

De zelf-determinatietheorie bestaat uit zes minitheorieën, waaronder de Organismic Integration Theory (OIT). Deci and Ryan (2000) onderscheiden in deze theorie verschillende vormen van extrinsieke motivatie, namelijk een onderscheid tussen gecontroleerde en autonome vormen van motivatie. Dit onderscheid vervangt de vroeger dominante tweedeling tussen extrinsieke en intrinsieke motivatie en wordt nog eens onderverdeeld in verschillende subtypen (Vansteenkiste & Soenens, 2015). Extrinsieke motivatie wordt gezien als instrumenteel doordat het zich richt op uitkomsten die extrinsiek zijn aan het gedrag zelf. De verschillende vormen van extrinsieke motivatie worden gezien als een continuüm van internalisatie. Hoe meer de extrinsieke motivatie geïnternaliseerd is, hoe meer autonoom de persoon zich zal gedragen. Deci and Ryan (2002) spreken ook wel van het internalisatiecontinuüm.

Gecontroleerde of gedwongen motivatie

Gecontroleerde of gedwongen motivatie wordt in de volksmond ook wel moetivatie genoemd. Indien een persoon gecontroleerd gemotiveerd is, zal men een actie uitvoeren onder interne (geïntrojecteerde regulatie) of externe druk (externe regulatie). Kenmerken voor deze categorie kunnen onder andere zijn spanning voelen, maar ook een gevoel van verplichting ervaren, waardoor de term ‘moetivatie’ geïntroduceerd werd (Vansteenkiste & Soenens, 2015).

Ten eerste kan er sprake zijn van externe regulatie. Dit betekent dat iemand een activiteit gaat uitvoeren om aan externe verwachtingen te voldoen, een beloning te krijgen of een straf te vermijden (Vansteenkiste & Soenens, 2015). Van den Broeck en collega's (2009) maakt hierbij

een onderscheid tussen externe materiële regulatie en externe sociale regulatie. Bij externe materiële regulatie is er sprake van een persoon die bijvoorbeeld een taak uitvoert voor een financiële beloning of om ontslag te voorkomen. Bij externe sociale regulatie wordt er een taak uitgevoerd om waardering van anderen te krijgen of om afkeuring door anderen te voorkomen (Nijhuis, van Beek, Taris, & Schaufeli, 2012). Het is de minst autonome vorm van externe regulatie, waarbij het gedrag gestuurd wordt door factoren die volledig buiten het individu liggen (Vansteenkiste, Soenens, Sierens, & Lens, 2005). Bij externe regulatie heeft de persoon het gevoel geen andere keuze te hebben (Vansteenkiste & Soenens, 2015). Het probleem bij een persoon met motivatie is dat het gedrag verdwijnt eenmaal de bekrachtigers worden weggenomen (Vansteenkiste & Soenens, 2015).

Daarnaast kan er ook sprake zijn van geïntrojecteerde regulatie. Dit betekent dat mensen zichzelf onder druk zetten om een bepaalde activiteit uit te voeren. De druk en controle komt dus niet van buiten uit, maar vanuit zichzelf (Vansteenkiste, Soenens, Sierens, & Lens, 2005). Deze regulatie is nog vrij gedwongen waarbij men het gedrag uitvoert om gevoelens van schaamte, schuld of angst te vermijden, om trots te kunnen zijn op zichzelf of om het eigenwaardgevoel te kunnen opkrikken. Een voorbeeld van geïntrojecteerde regulatie is een meisje dat haar huiswerk maakt omdat ze van zichzelf vindt dat ze voorbeeldig hoort te zijn. Bij externe regulatie daarentegen zou het meisje haar huiswerk maken omdat ze dan een snoepje krijgt van haar ouders (Vansteenkiste & Soenens, 2015). Net zoals bij externe regulatie zal geïntrojecteerde regulatie op termijn ook leiden tot het volledig of gedeeltelijk verdwijnen van het aangeleerde gedrag (Vansteenkiste, Soenens, Sierens, & Lens, 2005).

Autonome of vrijwillige motivatie

‘Zin’ wordt in het dagelijks taalgebruik ook wel gehanteerd als synoniem voor vrijwillige of autonome motivatie. In deze categorie wordt gedragsregulatie gekenmerkt door een gevoel van psychologische vrijheid. We kunnen de autonome motivatie gaan onderverdelen in drie subtypen, namelijk geïdentificeerde regulatie en geïntegreerde gedragsregulatie (Vansteenkiste & Soenens, 2015). Deze vormen het derde en vierde type van extrinsieke motivatie op het continuüm (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens, & Andriessen, 2009).

Het eerste subtype is de geïdentificeerde regulatie, ook wel bekend onder de naam persoonlijke zinvolheid (Vansteenkiste & Soenens, 2015). Hieronder verstaan we een persoon die zich heeft geïdentificeerd met de persoonlijke waarde van het gedrag en de gedragsregulatie heeft geïnternaliseerd. Dit betekent dat de persoon de zinvolheid van de activiteit inziet omdat de

activiteit aansluit bij de eigen doelen en waarden (Vansteenkiste, Soenens, Sierens, & Lens, 2005). Een voorbeeld hiervan is een kind dat een stuk fruit gaat eten omdat het inziet dat dit belangrijk is voor de eigen gezondheid (Vansteenkiste & Soenens, 2015). Bij geïdentificeerde regulatie is dus de grote drijfveer persoonlijke waarden. Dit zorgt ervoor dat het uitvoeren van dit gedrag weinig inspanning vergt en daarentegen energie vrijmaakt en motiverend werkt (Vansteenkiste, Soenens, Sierens, & Lens, 2005).

Geïntegreerde regulatie, ook wel harmonie genoemd, is het tweede subtype waarbij we de redenen waarmee we ons identificeren, integreren binnen andere waarden en doelen (Vansteenkiste & Soenens, 2015). Een activiteit wordt uitgevoerd omdat ze past binnen het waardenkader van het individu (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens, & Andriessen, 2009). Doordat alle zinvolle activiteiten verankerd of geïntegreerd worden binnen een coherent systeem van waarden, doelen en motieven, is het mogelijk dat verschillende persoonlijke doelen met elkaar in conflict raken. Een voorbeeld hiervan is een student die tegelijk het belang inziet van studeren maar het ook belangrijk vindt om regelmatig te sporten, waardoor deze student door tijdsgebrek het gevoel kan krijgen dat de ene activiteit de andere in de weg staat. Geïntegreerde regulatie wordt gezien als de meest volwaardige vorm van internalisatie binnen het continuüm. Het vereist veel zelfkennis en inzicht in het eigen functioneren (Vansteenkiste & Soenens, 2015).

Amotivatie

Amotivatie bevindt zich helemaal aan de linkerkant van de het internalisatiecontinuüm. Dit betekent dat een persoon die a-gemotiveerd is, een gebrek aan motivatie heeft (Deci & Ryan, 2002). Er is met andere woorden geen beweegreden voor gedrag. Indien de activiteit wel wordt ondernomen, verloopt de uitvoering met weinig interesse. Een voorbeeld hiervan is een jongen die naar de voetbaltraining gaat maar eigenlijk niet weet waarom hij naar de training gaat (Bakker & Oudejans, 2012).

1.4.4. Het Hiërarchisch Model van Intrinsieke en Extrinsieke Motivatie (HMIEM)

De zelf-determinatietheorie is door Vallerand en zijn collega's verder uitgewerkt waarbij ze zich specifiek zijn gaan richten op sport en bewegen (Bakker & Oudejans, 2012). Vallerand (2007) maakt in het Hiërarchisch Model van Intrinsieke en Extrinsieke motivatie een onderscheid tussen drie niveaus van algemeenheid. De intrinsieke en extrinsieke motivatie wordt geanalyseerd op deze drie verschillende niveaus.

Het eerste niveau is het **globaal niveau** waarbij motivatie algemeen georiënteerd wordt naar zijn of haar omgeving. Het wordt hier gezien als een persoonlijkheidstrek waarbij iemand gekenmerkt wordt door een sterke intrinsieke of een sterke extrinsieke motivatie. Motivatie heeft hier ook de betekenis van motief⁵. Motivatie op het globaal niveau kan ook wel gemeten worden door bijvoorbeeld de General Motivation Scale (Pelletier, Blanchard, Sharp, Otis, & Amiot, 2004).

Vervolgens is er het **contextueel niveau**. Op dit niveau wordt motivatie ervaren binnen een specifieke context zoals sport, vrije tijd, relatie, werk en onderwijs (Vallerand, 2007). Een voorbeeld hiervan is iemand die intrinsiek gemotiveerd is om te turnen of iemand die extrinsiek gemotiveerd is om te lopen (lopen om af te vallen). Het heeft opnieuw de betekenis van motief maar specifiek gericht op activiteiten (Bakker & Oudejans, 2012). Verschillende studies hebben de impact van sociale en psychologische factoren van de contextuele motivatie van sporters op hun sport gemeten. Het resultaat van deze studies zijn verschillende factoren die een belangrijke invloed hebben op de motivatie van de sporters voor hun sport, namelijk de interpersoonlijke stijl van de coach, een taak tegenover een ego-afhankelijk georiënteerd prestatiedoel, coping strategieën en cognitief-gedragsmatige psychologische vaardigheidstraining (Blancharda et al, 2007).

Als individuen motivatie ervaren in het hier en nu, spreken we van het **situationeel niveau** (Vallerand, 2007). Intrinsieke en extrinsieke motivatie worden hier geuit als toestand⁶. Als iemand gemotiveerd is op het situationeel niveau, kan de activiteit worden uitgevoerd omdat deze van zichzelf leuk is (intrinsieke motivatie), omdat er een beloning in het vooruitzicht ligt of omdat de trainer het zo wil. Sociale factoren spelen dus een grote invloed op dit niveau, in tegenstelling tot de twee vorige niveaus. Op het globaal en contextueel niveau vraagt

⁵ Motieven of beweegredenen worden ook wel gedefinieerd als “betrekkelijk stabiele eigenschappen van mensen die hen aanzetten tot bepaalde gedragingen of activiteiten. Motieven hebben te maken met wat mensen willen en waardevol achten” (Olson, 2007).

⁶ Als motivatie wordt gezien als een toestand, heeft het ook wel betrekking op “de toestand waarin iemand op een bepaald moment verkeert, een toestand die aanzet tot bepaald gedrag op dat moment” (Bakker & Oudejans, 2012).

beïnvloeding namelijk meer tijd doordat de persoonlijkheidstrekken dan moeten veranderen (Bakker & Oudejans, 2012).

Volgens Vallerand is er tussen de drie niveaus een wederzijdse beïnvloeding. Er is zowel sprake van een top-down effect als van een bottom-up effect. Door het top-down effect beïnvloedt motivatie op een hoger level van algemeenbaarheid een lager level. Het bottom-up effect zorgt voor het omgekeerde effect (Blancharda en collega's, 2007). Als bijvoorbeeld een jonge sporter vaak opdrachten krijgt met een beloning kan dit gaan doorwerken naar boven waardoor de intrinsieke motivatie op termijn kan veranderen in extrinsieke motivatie (Bakker & Oudejans, 2012).

1.5. De Sleutel

De Sleutel is een netwerk van verschillende verslavingscentra en bevindt zich binnen het werkveld van de gezondheidszorg. De doelgroep van De Sleutel zijn mensen met drugproblemen en risicogroepen. Er bestaan verschillende instanties van De Sleutel met een aanbod van preventie, crisisopvang, ambulante en residentiële hulpverlening en werkgelegenheid. Deze instellingen bevinden zich op verschillende plaatsen in Vlaanderen. In Gent bevindt zich de centrale dienst van waaruit men ondersteuning biedt aan de verschillende afdelingen. In 1991 werd De Sleutel overgenomen door de vzw Provinciaalder Broeders van Liefde.⁷ Ondertussen bestaat De Sleutel reeds 45 jaar (De Sleutel, 2009).

De drijfveer van De Sleutel is het geloof in de meerwaarde van een drugvrij leven. In functie van dit geloof helpen ze de cliënt om zichzelf optimaal te realiseren en zich te re-integreren in de samenleving. Dit proberen ze te bereiken aan de hand van verandergericht werken in samenspraak met elke cliënt. Er worden hierbij drie waarden als heel belangrijk aanzien, namelijk geloof in verandering, gelijkwaardigheid en professionaliteit (De Sleutel, n.d.).

1.5.1. Visie op verslaving

De visie van De Sleutel op ‘verslaving’ is gebaseerd op basis van onderstaande definitie:

Verslaving is een laatste fase in een proces dat startte met experimenteel gebruik, evolueerde tot regelmatig gebruik en tot problematisch gebruik. Tijdens de eerste fasen zijn specifieke strategieën geïndiceerd zoals o.a. preventie, vroeginterventie en kortdurende interventies. In de laatste fase waarin iemand zijn autonomie verliest t.a.v. verslavende middelen, toont zich vaak ook een chronisch verloop. Dit heeft effect op de wijze van handelen. (Koen Dhoore, 2011, Over Verslaving, para. 1)

De Sleutel beschouwt verslaving als een chronische ziekte. Dit betekent dat behandeling vereist is waarin hulpvrager en hulpverlener elk verantwoordelijk zijn voor een actieve bijdrage in dit herstelproces. Het bio-psycho-sociale model biedt De Sleutel perspectief om naar personen met een verslaving te kijken. Het verwijst naar een integrale aanpak hanteren en naar de persoon kijken, rekening houdende met alle levensdomeinen. De cliënt wordt gezien als evenwaardig waardoor ze samen met de cliënt het te volgen traject bepalen, maximaal rekening houdende met de kwetsbaarheid van de cliënt (De Sleutel, 2014).

⁷ De Broeders van Liefde is gesticht in 1807 door een Gentse priester. Het is een congregatieve organisatie waarvan het doel is om onderwijs en zorg te verlenen aan kinderen, jongeren en volwassenen. De Broeders van Liefde zijn momenteel al aanwezig over verschillende landen (Broeders van Liefde, n.d.)

4-R-model

Het 4-R-model heeft een centrale plaats in de visie van De Sleutel op verslaving en de behandeling daarvan. Het model verwijst naar vier vormen van hulpverlening tijdens het veranderingsproces. Het uiteindelijke doel is dat de cliënt zijn autonomie herwint. Oorspronkelijk werd het model beschreven door Howard Lueger en bestond het slechts uit drie fasen, namelijk Remoralisatie, Remediatie en Rehabilitatie. Later werd ‘Recovery’ toegevoegd door andere auteurs zoals Cor de Jong (Keymeulen R., 2014).

De eerste fase is **Remoralisatie**, met als focus de verbetering van het subjectieve welbevinden. Aan de hand van vertrouwen creëren, hoop zaaien, perspectief aanbrenen en motiveren kan een goede therapeutische relatie gerealiseerd worden. Bezorgdheid en betrokkenheid vormen hierbij een belangrijke basis. Daaropvolgend richt de behandeling zich op symptomatisch herstel en de vermindering van symptomatische stress, ook wel gekend onder de naam **Remediatie**. De derde fase is **Rehabilitatie** waarbij de behandeling zich richt op de verbetering van het functioneren op verschillende levensgebieden. Het motiveren van de cliënt staat centraal tijdens deze fase. Een effectieve methode hiervoor is ‘motiverende gesprekvoering’. Deze methode is gebaseerd op het Transtheoretisch Model voor gedragsverandering⁸, van Prochaska en Diclemente. Het model wordt beëindigd met **Recovery** of herstel. Herstel verwijst naar de verantwoordelijkheid van de cliënt om het eigen leven terug in handen te nemen (De Jong, 2006, p.26).

1.5.2. Verschillende vormen van hulpverlening

De Sleutel beschikt over een uitgebreid netwerk dat in Vlaanderen hulpverlening, werkgelegenheid en preventie aanbiedt inzake de problematiek van gebruik en misbruik van illegale drugs. De Sleutel beschikt over verschillende vormen van hulpverlening.

Ambulante hulpverlening

Dit is de meest laagdrempelige vorm van drughulpverlening binnen het netwerk van De Sleutel. Deze vorm richt zich op een brede groep van mensen met een drugprobleem maar ook tot hun naaste omgeving. De doelgroep kan gaan van experimenteel gebruik tot afhankelijkheid en is ook divers op het vlak van leeftijd en geslacht. Voor de cliënt is er een uitgebreid aanbod zoals individuele gesprekken, deelname aan de groepswerking, nazorgprogramma, familiewerking,

⁸ Het transtheoretisch model is een model voor gedragsverandering waarin vijf stadia onderscheiden worden, namelijk voorbeschouwing, overpeinzing, voorbereiding, actie en gedragsbehoud (Kerssemakers, Van Meerten, Vervaecke & Noorlander, 2015).

substitutiebehandeling... Tijdens de sessies is totale abstinentie geen vereiste, maar de cliënten mogen niet onder invloed zijn (“[Het ambulante aanbod De Sleutel],”n.d.).

Residentiële hulpverlening

De Sleutel heeft twee verschillende types binnen de residentiële hulpverlening, namelijk een crisisinterventiecentrum en therapeutische gemeenschappen.

- **Crisisinterventiecentrum**

Volwassenen die illegale drugs gebruiken en die zich in een crisissituatie bevinden kunnen zich aanmelden bij het crisisinterventiecentrum van De Sleutel. Het biedt residentiële hulp en staat in voor fysieke ontwenning en motivatiebevordering voor verdere abstinentie. Een opname heeft een maximale duur van zes weken. Vervolgens kijken zij voor verdere oriëntatie naar het meest geschikte vervolgprogramma (“[Welkom bij crisisinterventiecentrum],”n.d.).

- **Therapeutische gemeenschap**

Een therapeutische gemeenschap is een categoriale voorziening met een multidisciplinair team. De focus wordt gelegd op de groepswerking met als doel dat cliënten elkaar verder helpen. De optimale doelstelling is om de cliënten drugvrij te re-integreren in de maatschappij (VAD, 2012). Binnen het netwerk van De Sleutel zijn er drie therapeutische gemeenschappen met verschillende doelgroepen waaronder minderjarigen en mensen met een dubbele diagnose. De duur van het programma verschilt naargelang de doelgroep, van 6 maand tot 18 maand (“[Het residentiële aanbod De Sleutel],”n.d.).

Sociale werkplaats

De sociale werkplaatsen van De Sleutel zijn ook wel gekend onder de naam ‘Weerwerk’. Ze staan in voor het begeleiden van volwassenen met een verslavingsgeschiedenis naar een duurzame tewerkstelling. Binnen de sociale werkplaats zijn er verschillende modules (empowerment, activerende werkvloer, sport...) ontwikkeld waarmee ze cliënten coachen in het opstarten of verderzetten van een arbeidstraject (Maertens & Versele, 2013).

1.5.3. Sport binnen De Sleutel

Een belangrijk einddoel van de drughulpverlening binnen De Sleutel is re-integratie in de maatschappij. Dit probeert men tot stand te komen door een oude levensstijl die in functie staat van druggebruik om te zetten in een nieuwe, alternatieve levensstijl die gebaseerd is op waarden en normen. Hierbij wordt sport gezien als een belangrijk hulpmiddel (De Neve, 2014).

Definiëring sport

Sport is een algemeen gekend begrip waardoor het moeilijk wordt om een eenduidige omschrijving te geven. De Sleutel ging op zoek naar een definitie die aansluit bij hun visie over sport. Het decreet ‘Sport voor Allen’ (2012) definieert sport als volgt “Activiteiten die individueel of in ploegverband worden beoefend met competitief of recreatief karakter en waarbij de fysieke inspanning centraal staat” (p.7.). Het recreatieve karakter van sport wordt benadrukt aangezien sport voornamelijk wordt ingezet om duurzame sociale effecten te bereiken (De Neve, 2014). Omwille van deze reden kiest De Sleutel ervoor om tijdens hun programma’s voornamelijk het begrip ‘bewegen’ te hanteren in de plaats van het begrip ‘sport’ (Van den Hende S., persoonlijke communicatie, 14 juni 2018).

Sportmogelijkheden binnen De Sleutel

De Sleutel heeft ervoor gekozen om sport te integreren in de behandeling van drugsverslaving. Doorheen de verschillende afdelingen komt sport soms op diverse manieren tot uiting maar er zijn enkele gelijkenissen. Binnen de verschillende afdelingen van De Sleutel zijn er vaste sportsessies. Voor die sportsessies wordt er beroep gedaan op kwalitatief geschoolde sportlesgevers. Daarnaast komen er verschillende recreatieve sporten aanbod zodat de cliënten meerdere sporttakken kunnen uitproberen. Op die manier kunnen ze voor zichzelf uitmaken wat ze wel en niet graag doen. De sportsessies worden geleidelijk aan opgebouwd zodat elke cliënt de mogelijkheid heeft om in zijn of haar eigen tempo vooruitgang te boeken, wat kan resulteren in succeservaringen bij elke cliënt (De Neve, 2014)

Xtra Time

De Sleutel heeft in 2014 een eigen omnisportclub opgericht, Xtra Time. Het doel van deze club is om een laagdrempelig beweegaanbod aan te bieden voor cliënten en hun omgeving en zo de stap naar reguliere sportclubs te verlagen. Het beweegaanbod valt niet binnen de programma’s en werkingen van De Sleutel waardoor er op vrijwillige basis aan deelgenomen wordt. Daarnaast wordt er ook deelgenomen aan verscheidene reguliere sportevenementen. Met andere woorden engageert Xtra Time zich om personen met een drugsverslavingsproblematiek te stimuleren tot een blijvende sportieve vrijetijdsbesteding. Hierbij wordt steeds geluisterd naar de mogelijkheden en interesses van de cliënten (Van den Hende, 2017).

1.6. Onderzoeksvragen

Het onderzoek gaat over het bevorderen van sportparticipatie bij mensen met een drugsverslaving. Dit onderzoek is gekozen naar aanleiding van de observatie binnen De Sleutel dat cliënten moeilijkheden ervaren bij sportparticipatie. Er zijn heel wat drempels die het moeilijk maken om zich blijvend aan te sluiten bij een sportvereniging. Aangezien het invullen van vrijetijd belangrijk is voor deze doelgroep in functie van hun behandeling voor drugsverslaving, wordt in dit onderzoek op zoek gegaan naar manieren om de drempels te verlagen. Het doel van dit onderzoek bestaat uit het nagaan welke bijdrage begeleiders kunnen leveren bij het verlagen van de drempels. Daarnaast wordt ook nagegaan op welke manier het verhogen van de self-efficacy en de motivatie hierin een bijdrage levert.

De onderzoeksvragen die in dit werk aanbod komen zijn als volgt:

Onderzoeksvraag 1: Welke factoren dragen ertoe bij dat de drempel verlaagd wordt zodat mensen met een drugsverslaving (in behandeling bij De Sleutel) effectief gaan sporten in hun vrije tijd?

Onderzoeksvraag 2: Op welke manier kan het verhogen van de self-efficacy en de motivatie van personen met een drugsverslaving (in behandeling bij De Sleutel) bijdragen tot sportparticipatie?

2. Methode

2.1. Deelnemers

In overleg met de coördinator sport van De Sleutel is de steekproef bepaald. De doelstelling was om van elke afdeling van De Sleutel de sportpromotor(en) te interviewen. Dit komt overeen met minstens negen sportpromotoren, elk van een andere afdeling van De Sleutel. Daarnaast is er ook besloten om, in de mate van het mogelijke, sportbegeleiders en ex-cliënten te interviewen. De focus van de steekproef werd niet op het interviewen van ex-cliënten gelegd doordat er zelden respons komt van ex-cliënten. Er is een mail verstuurd naar één ex-cliënt.

De coördinator sport van De Sleutel heeft alle e-mailadressen van iedereen die in aanraking komt met de sportparticipatie doorgegeven. Hierdoor was het mogelijk om de rekrutering van de steekproef te starten aan de hand van een algemene mail (zie bijlage 3) die naar iedereen verstuurd werd. In het begin was er twijfel om de deelnemers voor het interview enkel te rekruteren in Gent maar aangezien er sneller respons kwam van de sportpromotoren van andere afdelingen buiten Gent, is er toch besloten om alle afdelingen op te nemen in het onderzoek. Dit zorgt overigens ook voor een meer representatief beeld van de sportparticipatie binnen De Sleutel. Indien er niet meteen reactie kwam, is er een tweede mail verstuurd. Met de laatste drie sportpromotoren is er telefonisch contact opgenomen. Met twee van hen is er nog een interview afgenomen. De derde persoon had geen tijd voor het interview.

Uiteindelijk zijn er veertien interviews afgenomen. Hiervan zijn er elf interviews afgenomen bij werknemers van De Sleutel, waarvan twee algemene coördinatoren en negen sportpromotoren. Er is geen respons gekomen uit het Crisisinterventiecentrum te Gent, wat resulteert in een steekproef bestaande uit acht van de negen afdelingen. Er is wel respons gekomen uit de acht andere afdelingen, waardoor er zowel interviews zijn afgenomen bij deelnemers van ambulante als residentiële centra en ook van de sociale werkplaatsen van De Sleutel. Daarnaast zijn er ook twee interviews afgenomen bij sportbegeleiders van zowel het verplicht als het vrijwillig sportaanbod. Als laatste is er ook één interview afgenomen bij een ex-cliënt die een volledig programma heeft doorlopen en momenteel als stagiair werkzaam is in Weerwerk Gent. Hieronder wordt een overzicht gegeven van alle deelnemers aan het onderzoek.

Code	Afdeling	Locatie	Functie binnen de afdeling	Taak binnen de sportparticipatie
W1	Weerwerk	Mortsel	Empowermentbegeleider/ jobcoach/ coach binnen de sociale activering	Sportpromotor
W2	Centrale Dienst	Gent	Beleidsmedewerker	Verantwoordelijke sportprojecten
W3	Dagcentrum	Antwerpen	Arts	Sportpromotor
W4	Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma	Eeklo	Groepswerker/ outreachmedewerker	Sportpromotor
W5	Weerwerk	Gent	Werkplaatsbegeleider/ prevocacioneel trainer	Sportpromotor
W6	Weerwerk	Gent	Werkplaatsbegeleider	Sportpromotor
W7	Coördinatie sport over alle afdelingen + Weerwerk	/ + Gent	Coördinatie sport	Coördinatie sport
W8	Therapeutische Gemeenschap	Merelbeke	Groepswerker	Sportpromotor
W9	Therapeutische Gemeenschap voor Dubbel Diagnose	Gent	Groepswerker	Sportpromotor
W10	Dagcentrum	Brugge	Groepswerker	Sportpromotor
W11	Dagcentrum	Gent	Groepswerker, intake, individueel begeleider	Sportpromotor

Sportbegeleiders				
Code	Contact met De Sleutel	Functie binnen de sportparticipatie	Afdelingen	Vrijwillig/ verplicht sportmoment?
B1	Samenwerking met De Sleutel via Xtra Time	Trainer Start To Atletiek	Afdelingen omgeving Gent	Vrijwillig
B2	Via de coördinator sport	Sportbegeleider wekelijks sportmoment	TGG + TGM + CIC	Verplicht

Ex-cliënt				
Code	Afdeling	Duur opname	Sportparticipatie tijdens opname	Sportparticipatie na opname
C1	TGG	2 jaar + 1 jaar tussenhuis	Meerdere sportevenementen + lopen	Lopen

Aangezien de respons hoog was en de meeste werknemers bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek, is de representativiteit op kwantitatief vlak hoog. De steekproef is een heterogene groep met deelnemers uit verschillende afdelingen en met verschillende functies binnen de sportparticipatie. Dit zorgt ervoor dat de representativiteit ook op kwalitatief vlak hoog is.

2.2. Semigestructureerd interview

In dit onderzoek wordt erop zoek gegaan naar de verschillende drempels die mensen met een drugsverslaving ervaren bij sportparticipatie, op welke manier hier momenteel op ingespeeld wordt en op welke manier hier nog meer op ingezet kan worden. Het onderzoek is gebaseerd op onder andere twee theorieën, namelijk de zelf-determinatietheorie en de self-efficacytheorie. Niet elke deelnemer is gekend met deze theorieën, bijgevolg vergt het interview ook de nodige uitleg van de interviewer. Dit in combinatie met het bevragen van ervaringen en meningen zorgt ervoor dat een kwalitatief onderzoek vereist is.

Als meetinstrument is er gekozen voor een semigestructureerd interview. Dit zorgt ervoor dat de interviewer een duidelijke interviewleidraad heeft die kan worden gevolgd. Daarnaast blijft het interview een vrij en open karakter behouden waardoor er eenvoudig op de informatie die de deelnemers geven ingespeeld kan worden. Tijdens het interview wordt er een vragenprotocol gehanteerd. Dit betekent dat de vragen op voorhand uitgeschreven werden. Het voordeel van een vragenprotocol is dat de antwoorden meer vergelijkbaar worden doordat de vraagstelling gelijkaardig is. Daartegenover kan dit er wel voor zorgen dat het open karakter van een semigestructureerd interview in gevaar wordt gebracht (Mortelmans, D., 2017). Na het afnemen van enkele interviews werden er enkele vragen aangepast of toegevoegd door het verkrijgen van nieuwe informatie.

De interviews werden face-to-face en individueel afgenomen. Er was geen vaste locatie voor het afnemen van de interviews. Aangezien de deelnemers vaak beperkt waren in tijd, werden de interviews afgenomen op een locatie in overleg met de deelnemer. De interviews vonden meestal plaats op de afdelingen van De Sleutel waar de persoon in kwestie werkt. Er werd telkens op zoek gegaan naar een rustige locatie zodat het interview ongestoord kon afgenomen worden. De interviews werden opgenomen met een audio opname functie op een mobiele telefoon om op deze manier de data-analyse te vergemakkelijken.

2.2.1. Vragenprotocol

De steekproef kan in drie categorieën onderverdeeld worden, namelijk werknemers, sportbegeleiders en ex-cliënten. Vervolgens resulteert dit in de ontwikkeling van een vragenprotocol voor iedere doelgroep (zie bijlage 6). Ieder vragenprotocol was gericht op het verkrijgen van dezelfde informatie maar aangepast aan de doelgroep zodat het voor iedereen mogelijk is om alle vragen te beantwoorden.

Het vragenprotocol werd volledig zelf ontwikkeld aangezien er nog geen vaste vragenlijst is ontwikkeld over het onderwerp van deze vragenlijst. Voor het opstellen van de vragen werden enkele gesprekken gevoerd met twee experts, namelijk een medewerker van Parantee-Psylos vzw⁹ en de coördinator sport van De Sleutel. Vervolgens is er vakliteratuur doorgenomen voor het ontwikkelen van de vragen met betrekking tot de zelf-determinatietheorie en de self-efficacytheorie.

In het vragenprotocol wordt een vaste structuur gehanteerd. Het interview wordt gestart met **een openingsvraag** waarbij de interviewer wat meer informatie geeft en er aan de geïnterviewde gevraagd wordt om een korte drop-off in te vullen. Een drop-off is een korte vragenlijst waarmee de interviewer verschillende demografische gegevens verkrijgt. Vervolgens worden er enkele **inleidingsvragen** gesteld, waarbij er enkele algemene thema's met betrekking tot de onderzoeksvraag bevestigd worden. Deze inleidingsvragen worden gevolgd door **transitievragen**, waarmee er specifiek naar drempels bevestigd wordt. Daaropvolgend zijn er de **sleutelvragen**. Via de sleutelvragen komen de twee theorieën aan bod en wordt er ook een hypothetische vraag gesteld. De afsluiting van het interview gebeurt aan de hand van de **besluitende vragen** (Mortelmans, D., 2017). Het interview duurt ongeveer veertig minuten.

2.2.2. Betrouwbaarheid en validiteit

Tijdens de dataverzameling worden er verschillende strategieën gehanteerd om de betrouwbaarheid en validiteit aan te tonen, namelijk audit trail, data triangulatie en peer-debriefing.

Met **audit trail** wordt er verwezen naar duidelijkheid over het verloop van het onderzoek. Als er beslissingen werden genomen of veranderingen werden doorgevoerd in het interview moet dit genoteerd worden (Mortelmans, D., 2017). In dit onderzoek is er aan audit trail gedaan doordat het volledig onderzoek wordt beschreven in deze bachelorproef.

Data triangulatie verwijst naar het verzamelen van verschillende typen gegevens zodat het resultaat van verschillende zijden wordt bekeken (Mortelmans, D., 2017). De steekproef is een heterogene groep waarbij er zowel werknemers, sportbegeleiders als ex-cliënten geïnterviewd worden. Dit zorgt ervoor dat er via het interview informatie verkregen wordt vanuit

⁹ Parantee-Psylos vzw is een Vlaamse sportfederatie voor sporters met een beperking. Het doel van deze organisatie is "om kansen te creëren zodat alle personen met een beperking volgens hun eigen behoeften, mogelijkheden en ambities, op een gezonde manier aan sport en beweging kunnen doen". Op de website van Psylos (<http://www.psylos.org/>) kan u nog meer informatie terugvinden.

verschillende invalshoeken. Er bestaat dus triangulatie tussen de verschillende deelnemers aan het onderzoek.

Peer debriefing betekent het laten lezen of bekijken van het onderzoek door een collega die niet betrokken is bij het onderzoek en deze persoon vervolgens kritisch te ondervragen over de resultaten (Mortelmans, D., 2017). Eenmaal het draaiboek voor het volledig interview was opgesteld, hebben twee studenten Toegepaste Psychologie het nagelezen en vervolgens feedback gegeven. Daarnaast wordt er ook gewerkt met een bachelorproefbegeleider. Een bachelorproefbegeleider is een lector aan de Hogeschool West-Vlaanderen die de studenten begeleiden bij het uitvoeren van het onderzoek. Het volledige draaiboek is ook naar de bachelorproefbegeleider doorgestuurd. Deze persoon gaf eveneens feedback.

2.3. Procedure

2.3.1. Rekrutering van respondenten

Om respondenten te rekruteren voor dit onderzoek wordt via mail contact opgenomen met de coördinator sport van De Sleutel, Sander Van den Hende. Tijdens een persoonlijke afspraak wordt samen met hem het doel en het onderzoek besproken. Daarnaast wordt ook besproken welke respondenten in aanmerking komen of beschikbaar zijn voor dit onderzoek. Nadat de onderzoeksopzet afgebakend is, worden alle relevante e-mailadressen doorgegeven via Sander Van den Hende. Er wordt contact opgenomen met de mogelijke kandidaten via een algemene mail (zie bijlage 3) waarin duidelijk uitgelegd staat wat de bedoeling van het onderzoek is en wat er van hen verwacht wordt. De kandidaten hebben ook de mogelijkheid om in bijlage de informatiebrief met extra uitleg (zie bijlage 4) en de informed consent (zie bijlage 5) te raadplegen. De steekproef bestaat enkel uit meerderjarige kandidaten waardoor de informed consent voor meerderjarige personen voldoende is.

Bij respons van de kandidaten wordt een mail teruggestuurd waarin ze alvast worden bedankt en er bevestigd wordt naar een datum en plaats waar het interview kan plaatsvinden. Bij geen respons, wordt een herinneringsmail verstuurd. Indien er geen respons kwam op de tweede mail, werd telefonisch contact opgenomen met de resterende kandidaten.

2.3.2. Tijdens het interview

Alvorens het interview van start gaat, krijgen de deelnemers een algemene uitleg. Deze algemene uitleg is overeenkomstig bij alle deelnemers. Er wordt van start gegaan met het doel en de tijdsduur van het onderzoek en vervolgens wordt het informed consent (zie bijlage 5) besproken. De deelnemer krijgt een korte uitleg over wat erin staat, namelijk dat alle resultaten en gegevens vertrouwelijk worden behandeld. Daarnaast wordt ook toestemming gevraagd om een audio-opname te maken van het interview. Een audio-opname zorgt er namelijk voor dat de onderzoeker zich beter kan focussen op de respondent tijdens het interview in plaats van alles te noteren. Naderhand speelt het ook een groot voordeel bij de data-analyse doordat alle informatie beschikbaar is. Eenmaal alle relevante basisinformatie is gegeven, krijgt de respondent de mogelijkheid om vragen te stellen over het onderzoek en het interview. Er wordt ook gevraagd of de respondent op de hoogte wil gebracht worden van het eindresultaat en dit eventueel via mail wil ontvangen. Alle respondenten wensen het eindresultaat (beroepsproduct) te ontvangen via mail. Nadat alle bovengenoemde formaliteiten zijn overlopen met de respondent, vindt het interview plaats op basis van het vragenprotocol zoals eerder beschreven.

2.4. Analyse

De analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal, start met de kennismaking met het materiaal. Bij het kennismaken worden er drie stappen ondernomen. Ten eerste wordt de informatie verzameld aan de hand van het afnemen van interviews. In dit onderzoek betreft dit veertien interviews op een periode van ongeveer vier maanden. De volgende stap is het uitschrijven van de interviews in transcripten. Het transcriberen gebeurt aan de hand van het Verbatim-principe. Dit betekent dat de interviews woordelijk uitgeschreven worden zoals op de geluidsband staat. Belangrijk hierbij is dat de interviews worden uitgeschreven op een manier dat ze verstaanbaar zijn voor derden. Indien er sprake zou zijn van dialect, zijn de transcripten niet fonetisch uitgeschreven aangezien het dialect niet van belang is voor de verdere analyse. Als laatste stap bij het kennismaken met het materiaal, worden alle transcripten doorlezen en niet relevante informatie wordt geschrapt. Niet relevante informatie verwijst naar informatie die geen antwoord biedt op de onderzoeksvraag. Na deze stap is de data klaar om geanalyseerd te worden (Mortelmans, D., 2017).

Voor het verwerken van het onderzoeksmateriaal wordt een thematische analyse gehanteerd. De data-analyse bestaat uit verschillende stappen. Tijdens de data-analyse staat het afbreken van de data om ze vervolgens opnieuw op te bouwen centraal (Mortelmans, D., 2017).

De eerste stap voor de data-analyse is het open coderen. Tijdens deze fase worden de gegevens opgedeeld in kleinere fragmenten. Elk fragment behandelt een bepaald onderwerp en krijgt enkele labels toegewezen. Het resultaat van het open coderen is een uitgebreide hoeveelheid aan labels. Vervolgens start het axiaal coderen, ook wel de eerste opbouwfase genoemd. In deze fase worden de verschillende labels samengevoegd tot verschillende thema's. Dit resulteert in het samenvoegen van labels, het schrappen van overbodige labels of het schrappen van synoniemen. Tijdens de laatste stap worden de verschillende thema's met elkaar verbonden. Deze fase wordt ook wel beschreven als selectief coderen of de tweede opbouwfase. Door verbanden te leggen tussen verschillende thema's worden kernthema's gevormd (Mortelmans, D., 2017).

Doorheen de hele analyse wordt het denkproces van de onderzoeker ondersteund aan de hand van enkele tabellen waarin de verschillende labels, thema's en kernthema's overzichtelijk gepresenteerd worden.

3. Resultaten

De resultaten van het onderzoek worden in dit deel besproken. De bespreking van de resultaten gebeurt aan de hand van de verschillende drempels die naar voor zijn gekomen tijdens de interviews. Deze worden telkens benaderd vanuit de verschillende invalshoeken, namelijk een ex-cliënt, sportbegeleiders of werknemers. Dit zorgt ervoor dat de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord wordt. Nadien wordt een extra focus gelegd op het verhogen van de motivatie en self-efficacy in functie van de deelvraag. Ter verduidelijking van de resultaten worden de sportmogelijkheden binnen de verschillende afdelingen kort gekaderd op basis van de interviews met de sportpromotoren. Tabel 1 biedt een overzicht van de sportmogelijkheden. Het overzicht betreft enkel de afdelingen die zijn opgenomen in het onderzoek.

Tabel 1: De sportmogelijkheden binnen de verschillende afdelingen

Afdeling	Interesse voor sport?	Sportmogelijkheden	Sportparticipatie tijdens de re-integratie
SWA	Ja, ze zijn altijd heel enthousiast.	<ul style="list-style-type: none"> Groepssportmoment op dinsdag Binnen jumpstart¹⁰ is er de sporttestbatterij 	Tijdens de module empowerment wordt er gekeken welke mogelijkheden er zijn, wat zou je willen...
DCA	Min of meer. Ze moeten soms wel geactiveerd worden.	De sportmogelijkheden zijn momenteel wat stilgevallen.	/
RKJ	Sommige jongeren zijn gemakkelijk te enthousiasmeren en bij anderen is het moeilijker.	<ul style="list-style-type: none"> Groepssportmoment op woensdag Buddywerking: om de twee weken komt er iemand sporten met één van de jongeren Wekelijks LO met een sportleerkracht Een fitnessruimte aanwezig 	Momenteel wordt daar te weinig op ingezet.
SWG	Heel wisselend maar momenteel is er echt wel interesse. Vroeger was dit minder.	<ul style="list-style-type: none"> Elke maandag sportinitiatie (in functie van competenties) Binnen jumpstart de sporttestbatterij Een fitnessruimte aanwezig Start-to-run Er wordt reclame gemaakt voor Extra-Time 	<ul style="list-style-type: none"> Momenteel wordt daar te weinig op ingezet Eventueel mogelijk om werkuren te wijzigen in functie van sportvereniging

¹⁰ Jumpstart wordt omschreven als “een programma dat zich richt op het zetten van stappen naar werk. Concreet gaat het om een intensieve begeleiding, gedurende 5 kalenderweken, die de cliënt een duidelijk beeld geeft van het eigen kunnen, van de persoonlijke wensen met betrekking tot werk” (Paul de Neve, 2015).

DCB	Er is interesse.	<ul style="list-style-type: none"> • Groepssportmoment op dinsdag met lesgever • Groepssportmoment op donderdag (afwisselend fitnessruimte of in huis/tuin sporten) 	Motiveren om een vaste vrijetijdsinvulling te vinden.
TGM	Ja, de meeste cliënten zijn geïnteresseerd in sport.	<ul style="list-style-type: none"> • Wekelijks groepssportmoment in de sporthal met lesgever • Sportterrein, volleybalveld aanwezig • Er is vrije tijd voor zelf te sporten (vanaf een bepaalde fase ook buiten TGM) • Er wordt reclame gemaakt voor Extra-Time 	Hier wordt op ingezet.
TGG	Ja, de meeste cliënten zijn geïnteresseerd in sport.	<ul style="list-style-type: none"> • Dinsdag groepssportmoment in de sporthal met lesgever. • Vrijblijvend zwemmen op donderdag. • Fitnessruimte, Finse piste en sportveldje aanwezig. • Er wordt reclame gemaakt voor Extra-Time. 	Ze moeten zicht tijdens het programma aansluiten bij een vereniging (moet niet noodzakelijk sport zijn).
DCG	Heel wisselend.	<ul style="list-style-type: none"> • Wekelijks groepssportmoment in de sporthal met lesgever. • Afhankelijk van de interesse wordt er een start-to-run gestart. • Andere dagen zijn er heel basic beweegactiviteiten zoals wandelen of fietsen. 	Er wordt besproken wat een meerwaarde kan zijn in het leven. Indien dit sport is, wordt het verder besproken.

3.1. Drempels

In de verschillende interviews werden vele drempels besproken die mensen met een drugsverslaving ervaren bij het participeren aan sport. Uiteindelijk zijn we tot zes kernthema's gekomen, namelijk laag zelfbeeld, faalangst, sociale drempel, fysieke drempel, beperkte kennis en de financiële drempel. Aangezien er tijdens het interview met de ex-cliënt ook enkele beperkingen of drempels binnen de werking werden aangehaald, worden deze ook besproken. Ter ondersteuning van de resultaten worden er enkele citaten aangehaald, met vermelding van de invalshoek (ex-cliënt, sportbegeleider of werknemer). In bijlage 7.1 en 7.2 kan je de schema's raadplegen waarop deze resultaten gebaseerd zijn.

3.1.1. Laag zelfbeeld

Laag zelfbeeld wordt als een belangrijke drempel ervaren. Dit komt tot uiting in het gebrek aan zelfvertrouwen. Door de werknemers wordt dit niet opgemerkt als een typische drempel voor de sportparticipatie aangezien dit over verschillende levensdomeinen tot uiting komt. Er worden verschillende manieren aangehaald om deze drempel te verlagen en in te spelen op het laag zelfbeeld.

“Dat zelfvertrouwen is gegroeid en ik heb met mezelf de afspraak gemaakt dat als je nu voor iets inschrijft of deelneemt dan moet je dat ook gewoon doen en je ziet wel hoe het loopt. Er zijn dingen waar ik uitgestapt ben. Ik had zoiets van ‘ik ga er gewoon mee stoppen’ maar ik heb het wel geprobeerd en dat is wel een belangrijke want voor hetzelfde geld, moest ik er nu aan deelnemen dan zou dat wel lukken maar toen was het nog te vroeg. Het is dus gewoon door te doen. Geleidelijk aan opbouwen.” - Ex-cliënt

Doorheen de verschillende interviews staat positieve feedback centraal als drempelverlagend. Complimenten geven, de focus leggen op de kwaliteiten die de cliënten hebben en het positieve gevoel dat ze de vorige keer ervaren benadrukken hoort hierbij. Het is belangrijk dat zowel de begeleiding binnen De Sleutel als de sportbegeleiders hier aandacht op vestigen. Aangezien het zelfvertrouwen snel kan afnemen, is het belangrijk om de sport of het contact met een nieuwe sportvereniging geleidelijk aan op te bouwen. Zoals de ex-cliënt zegt, moet het proberen van verschillende sportverenigingen ook als iets positiefs gezien worden en dit mag zeker benadrukt worden. Het kan ook helpen om als begeleider binnen De Sleutel deel te nemen aan de sportmomenten en zo sommige cliënten meer te betrekken bij de sport.

3.1.2. Faalangst

De cliënten hebben vaak al veel negatieve ervaringen meegemaakt in het verleden, waardoor er angst ontstaat om opnieuw te falen. Dit resulteert in geen eerste stap durven zetten naar een sportvereniging en veel onzekerheid. Het is een stap in het onbekende, wat in hun ogen de kans vergroot op een faalervaring.

“Faalangst zie ik in een vorm van onzekerheid maar ook dat overwinnen ze eigenlijk wel meestal. Het is vooral als ze eraan beginnen, ‘Vijf keer drie minuten lopen dat ga ik niet kunnen’ maar vaak kunnen ze dat dan wel. En dan zeggen ze dat ze het maar één keer gaan kunnen. Ze beginnen dan aan de tweede keer en voordat ze het weten zitten ze aan vijf keer.” - Sportbegeleider (STA)

De belangrijke factor ‘succeservaringen’ wordt door de verschillende invalshoeken aangehaald. Dit wordt als heel belangrijk aanzien bij het participeren aan sport. Om succeservaringen te creëren is het belangrijk om de lessen op te bouwen en een initiatie te krijgen van verschillende sporten. Door die initiaties kan elke cliënt zijn talent ontdekken en dit kan vervolgens resulteren in meerdere succeservaringen.

“Dat is echt een hele grote drempel waarmee de doelgroep te maken krijgt en waarop wij heel hard moeten inzetten, succeservaringen. Als ze een keer mee willen gaan lopen dan moeten we ervoor zorgen dat de eerste keer dat ze deelnemen dat ze echt iets hebben van ‘wow, ik kan dit’.” – Werknemer

De sportbegeleiders beklemtonen ook positief stimuleren in plaats van druk uitoefenen. Aangezien de cliënten vaak een duwtje in de rug nodig hebben om aan bepaalde sportactiviteiten deel te nemen, is het belangrijk om ze daarin te steunen maar er tegelijkertijd voor te zorgen dat ze zelf de keuzevrijheid ervaren.

“Uiteindelijk gaat het bij ons ook niet om te winnen dus de competitiviteit proberen we daar niet zozeer in te steken. Soms gaan we bewust ook geen punten tellen. Gewoon omdat we ook de fun er willen inhouden en dan hebben ze er veel meer plezier aan.” – Werknemer

Competitiviteit is ook een veel voorkomend thema in het merendeel van de sportverenigingen, wat ook niet drempelverlagend werkt. Indien er namelijk sprake is van verliezen, is dit opnieuw een faalervaring. Dit zorgt ervoor dat recreatief sporten boven competitiviteit verkozen wordt.

3.1.3. Sociale drempel

De sociale drempel werd regelmatig aangehaald als een grote drempel bij sportparticipatie. Het aansluiten bij een sportvereniging gaat gepaard met heel wat sociale angsten. De cliënt heeft angst om in een (hechte) groep te komen, wat gepaard gaat met zich openstellen voor nieuwe mensen. Soms heeft de cliënt ook moeite om voldoende assertief te zijn in een nieuwe groep. Er komen al snel verschillende vragen in hun op zoals ‘Ga ik erbij horen?’ en ‘Hoe moet ik mij gedragen?’.

Ik denk dat het probleem is dat sport heel vaak georganiseerd is in clubs en hoe je het draait of keert heel veel mensen die in een sportclub zitten die doen dat eigenlijk al van kinds af aan en die hebben daar eigenlijk hun sociaal netwerk opgebouwd.”
– Werknemer

Veel cliënten gaan zich snel minderwaardig voelen in een nieuwe groep door vele negatieve ervaringen uit het verleden.

“Uw onzekerheid die je ervaart. Tussen een groep van mensen gaan staan die je niet zo goed kent. Ja, de onzekerheid, u minderwaardig voelen door je geschiedenis die je hebt.” – Werknemer

Dit zorgt voor angst om bevooroordeeld te worden. Ze hebben het gevoel dat mensen direct kunnen zien dat zij een drugsverslaving hebben. Hierdoor stellen ze zichzelf de vraag ‘Hoe gaan ze naar mij kijken?’. Dit resulteert in heel wat onzekerheid en geen eerste stap durven zetten naar de sportvereniging.

Ik zou echt super graag tegen mijn mentorkindjes zeggen ‘kom we gaan eens gaan kijken, is dat iets voor u, wat zijn de voor-, en nadelen, wat vond je nu moeilijk...’ en daar dan dieper op ingaan. Dat zou voor mij ideaal zijn maar we hebben daar niet de tijd en ruimte voor.” - Werknemer

Er zijn heel wat mogelijkheden voor het verlagen van de sociale drempel. Spijtig genoeg is er binnen De Sleutel niet altijd de tijd en ruimte om de begeleiding te kunnen bieden aan de cliënten die de werknemers graag willen geven. Dit kwam meerdere keren aanbod tijdens de verschillende interviews. Momenteel wordt sport gepromoot in elke afdeling door de sportpromotoren maar eigenlijk is er meer nodig. Verschillende sportpromotoren haalden aan heel graag de cliënten de eerste keer te willen begeleiden naar de sportvereniging en dit vervolgens te bespreken. Op deze manier zou de eerste sociale drempel verdwenen zijn en

kan er via de gesprekken ingezet worden op andere mogelijke drempels. Uit de interviews zijn er tevens enkele andere factoren naar voor gekomen om de sociale drempel te verlagen. Eén van deze factoren is het contact met de vereniging geleidelijk aan opbouwen. Dit kan door bijvoorbeeld eerst de website op te zoeken, eens te gaan kijken, telefonisch contact op te nemen... en zo geleidelijk aan een eerste keer participeren bij de vereniging. Een andere factor is om met meerdere samen te gaan. Dit geldt voornamelijk voor de residentiële setting.

“Het zou natuurlijk beter zijn moesten ze met twee of drie kunnen participeren in een aantal dingen, zodat ze wat steun aan elkaar hebben.” – Werknemer

Op deze manier proberen meerdere personen samen verschillende verenigingen uit. Elk ontdekt op deze manier de vereniging die het beste bij zichzelf past. Het risico hiervan kan zijn dat ze enkel in sociaal contact komen met elkaar. Het is bijgevolg belangrijk om hierop in te spelen en dit te bevragen bij de cliënt. Indien niemand van De Sleutel mee gaat, kan men inzetten op de eigen omgeving. Dit is echter bij de meerderheid niet van toepassing. Bij veel cliënten bestaat het oude sociale netwerk namelijk uit druggebruikers.

Moesten we nu zo een keer een start to padel kunnen ineensteken met een begeleider van de club zelf. Ja en dat zouden we kunnen doen met verschillende clubs zodat de mensen, als ze starten, eerst eens kunnen kennismaken en daarna is het dan de bedoeling om verschillende keren te gaan.” - Ex-client

In Gent is er momenteel Start To Atletiek, georganiseerd door Extra Time. Het doel hiervan is om verschillende initiatielessen te krijgen van atletiek zodat de cliënten zich eventueel in de toekomst aansluiten bij de atletiekvereniging. Er wordt gesport in een afzonderlijke groep waardoor het drempelverlagend werkt. Sommige cliënten zijn hier heel enthousiast over, andere minder. Men zou graag ook samenwerken met andere verenigingen om meer gelijkaardige initiatieven te kunnen opstarten. Er werd spijtig genoeg meermaals aangehaald dat De Sleutel hier opnieuw middelen voor tekort komt en daarnaast moet men ook verenigingen vinden die interesse hebben in een samenwerking. Sommige cliënten zijn minder enthousiast voor deze initiatieven omdat ze het gevoel hebben dat de focus wordt gelegd op het enkel sporten met mensen met een drugsverslaving.

Als laatste werd aangehaald om de eerste kennismaking niet al sportend te doen maar hoe men dit zou aanpakken is niet helemaal duidelijk. Dit betreft voornamelijk jongeren doordat zij zich regelmatig gaan overschatten op sportgebied. Indien ze direct mee voetballen, kan dit resulteren in een faalervaring waardoor ze mogelijks niet meer naar de vereniging gaan.

3.1.4. Fysieke drempel

De fysieke drempel omvat twee factoren, namelijk de sportvaardigheden van mensen met een drugsverslaving en fysieke beperkingen. Daarnaast is de conditie vaak beperkt. Momenteel wordt er al ingespeeld op deze drempel doordat de cliënten wekelijks een groepssportmoment hebben waarin er initiaties gegeven worden. Tijdens die initiaties worden er verschillende sporttakken gegeven waarbij de lessen steeds verder opgebouwd worden. Dit zorgt ervoor dat de cliënten hun sportvaardigheden verbeteren. Er blijkt wel een moeilijkheid, omtrent het sportaanbod binnen De Sleutel, voor mensen met een fysieke beperking of het aanbod voor vrouwen in sommige afdelingen. Dit aanbod mag in sommige afdelingen gevarieerder in functie van de doelgroep.

Sport gaat vaak gepaard met blessures en dit kan de drempel naar sportparticipatie verhogen. De cliënten bewust maken van de verschillende onderdelen van een sportsessies (opwarming, kern, cooling-down) mag zeker niet vergeten worden. Dit komt momenteel voornamelijk aan bod tijdens de wekelijkse sportmomenten.

In sommige afdelingen waren in het verleden projecten rond het in kaart brengen van de fitheid. In de sociale werkplaatsen wordt dit nog steeds gedaan. Dit heeft als resultaat dat de cliënten de evolutie zien van hun sportvaardigheden, wat opnieuw drempelverlagend werkt. Dit is momenteel niet van toepassing in andere afdelingen maar er is wel vraag naar. Dit vergt echter extra middelen en begeleiding, wat er momenteel niet is.

3.1.5. Beperkte kennis

Met deze drempel wordt verwezen naar het feit dat de cliënten vaak weinig kennis hebben over het sportaanbod en de financiële ondersteuning maar ook de functie van sport.

“Er is ook een zekere kenniskloof. S. komt hier regelmatig met initiaties waar mensen aan kunnen deelnemen gratis of voor één euro via de UIT-pas maar zij weten dat niet en als ze het niet weten, kunnen ze er natuurlijk niet aan deelnemen.” - Werknemer

Deze drempel kan ten eerste verlaagd worden door bijvoorbeeld met hen flyers van verschillende sportverenigingen te halen, hen te ondersteunen bij het online opzoeken of idealiter werken met een vrijetijdskrantje. In een vrijetijdskrantje kunnen vervolgens bijvoorbeeld sportverenigingen in de kijker geplaatst worden of kunnen cliënten een zoekertje plaatsen om bijvoorbeeld samen met anderen op zondag te wandelen. Daarnaast is het belangrijk om de betekenis van sport te blijven benadrukken. Veel cliënten hebben na

het sporten een goed gevoel maar vergeten dit gevoel tegen de volgende keer. Het is belangrijk dat ze regelmatig gewezen worden op de positieve effecten van sport.

3.1.6. Financiële drempel

De financiële drempel werd door veel deelnemers als een vanzelfsprekende drempel beschouwd. Sportverenigingen zijn namelijk niet goedkoop. De Sleutel probeert hierop in te zetten door bijvoorbeeld de Start To atletiek heel voordelig aan te bieden. Daarnaast probeert Extra-Time ervoor te zorgen dat cliënten voordeliger kunnen deelnemen aan diverse sportevenementen. Dit zijn echter geen externe sportverenigingen. Idealiter wordt er gesproken over samenwerkingen met OCMW 's om bijvoorbeeld enkele gratis proefbeurten aan te bieden. Het verlagen van de financiële drempel naar externe sportverenigingen is echter een moeilijke drempel om als werknemer binnen De Sleutel op in te zetten. Men legt de focus beter op het uitbreiden van de kennis over de sportmogelijkheden.

3.1.7. Drempels binnen de werking

Indien men in een residentiële setting verblijft, is de woonplaats van de cliënt tijdelijk. Dit zorgt ervoor dat cliënten het 'niet belangrijk' vinden om zich al aan te sluiten bij een sportvereniging aangezien de kans groot is dat de cliënt daar niet blijft wonen. Ondanks dat dit de drempel verhoogd, kan er toch beter ingezet worden op het vinden van een vereniging aangezien dit de eerste stap bij een andere vereniging kan vergemakkelijken.

“Ik ben sinds Januari uit het tussenhuis en je weet als je in het tussenhuis zit is dat een jaar en dat is tijdelijk en je kan je bij een sportclub gaan aansluiten maar waar zal je dan daarna terechtkomen, dat weet je niet. Ik ga zeker naar een club gaan, dat staat vast dus eens dat ik echt zeker weet van nu blijf ik hier X-aantal jaren dan ga ik zeker naar een club gaan.” - Ex-client

Daarnaast is er binnen de verschillende afdelingen een groepswerking. Een groep heeft verschillende voordelen maar ook nadelen. Het voordeel is dat ze elkaar gaan enthousiasmeren en eventueel een 'duwtje in de rug' kunnen geven met betrekking tot sportparticipatie. Het nadeel kan zijn, en dit geldt voornamelijk voor de afdeling voor minderjarigen, dat er een onbewuste 'groepsdruk' wordt uitgeoefend. Dit kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat veel cliënten gaan fitnessen in functie van een schoonheidsideaal. Het is belangrijk om dit als begeleider in het achterhoofd te houden.

3.2. Hoe kan de motivatie verhoogd worden?

Volgens de zelf-determinatietheorie moeten we op drie zaken inzetten om de motivatie te verhogen, namelijk autonomie, competentie en relationele steun. Elke basisbehoefte wordt afzonderlijk besproken vanuit de verschillende invalshoeken (ex-client, sportbegeleiders en medewerkers). Deze resultaten zijn gebaseerd op de schema's in bijlage 7.3.

3.2.1. Autonomie

Autonomie binnen de sportparticipatie komt op verschillende manieren tot uiting waardoor er op verschillende manieren kan ingezet worden.

Ten eerste heeft een cliënt in een ambulante werking keuzevrijheid op vlak van externe sportparticipatie. Bij een residentiële werking is deze keuzevrijheid beperkt. Dit wordt ook zo ervaren door cliënten.

“Ja, ik werk zelf als ervaringsdeskundige, ik heb zelf in mijn programma kungfu gedaan. Dat is iets heel belangrijk geweest. Dat heeft er wel voor gezorgd dat ik op woensdag, vrijdagavond, zondagmorgen een training had in een kleine omgeving. Er was daar geen kantine, er was daar geen alcohol aanwezig, dat was een cleane activiteit die mij heel veel kans gaf om mijn spanning te kanaliseren. En waaraan enorm veel filosofie aan vasthing.” – Werknemer

Een beperkt aantal sporten mogen de cliënten niet kiezen als vereniging, waaronder vechtsporten. Terwijl sommige cliënten net heel veel interesse hebben voor deze sporten. Men kan bijvoorbeeld bij een vereniging waar men aan vechtsport doet langsgaan en kijken of het een cleane omgeving is. Daarnaast zit er achter veel vechtsporten een filosofie waar sommige cliënten echt wel interesse voor hebben. Het is belangrijk om de cliënten te coachen in het proberen van eender welke sportvereniging en zo ontdekken wat ze leuk vinden. De vrijetijdsvragenlijst is een hulpmiddel dat hierbij gebruikt kan worden.

Daarnaast is er ook de keuze voor de sporttakken die aan bod komen tijdens de groepssportmomenten. Oorspronkelijk was het de bedoeling om na elke sporttak een vragenlijst bij de cliënten af te nemen en zo naar hun ervaringen te peilen. Dit wordt echter weinig gedaan. De reden die hiervoor wordt gegeven is de cliënten niet willen 'lastigvallen' met nog een vragenlijst. Daarnaast ontstaat dan het risico dat ze altijd voor dezelfde sporten kiezen. Bijvoorbeeld als er elke keer dezelfde sporttakken worden aangeboden, dan leren ze

geen nieuwe sporten en ervaren ze geen nieuwe uitdagingen. Aangezien de sportinitiaties er zijn in functie van het leren kennen van nieuwe sporten is het belangrijk dat er verschillende sporten worden gegeven. Een idee om de autonomie te bevorderen is werken met een ideeën box. De cliënten kunnen hier zelf voorstellen insteken voor sporten en deze worden vervolgens bekeken worden met de sportbegeleider.

Als laatste hebben de sportbegeleiders zelf aangegeven hoe ze momenteel de aandacht vestigen op de autonomie tijdens de sportsessies. Tijdens de Start To Atletiek krijgen de deelnemers keuzevrijheid. Ze kunnen onder andere kiezen tussen twee niveaugroepen en daarnaast kan de discipline tijdens het tweede deel van de les aangepast worden bij weinig tot geen interesse van de deelnemers. Tijdens het verplicht groepssportmoment merkt de begeleider dat hij de sporters meer ruimte mag geven voor input. Het is opvallend dat ze vaak dezelfde oefeningen kiezen als de begeleider. Het blijft hier belangrijk om de keuzevrijheid te behouden, ook als ze niet met vernieuwende ideeën komen.

3.2.2. Competentie

De inzet op competentie wordt over het algemeen goed ervaren, zowel door de ex-cliënt als door de sportbegeleiders en werknemers. Bij veel cliënten is de conditie niet goed bij de start van een programma bij De Sleutel. Het sportaanbod zorgt ervoor dat de cliënten hun conditie kunnen verbeteren. De verschillende sportsessies zijn zodanig georganiseerd dat ze steeds geleidelijk opbouwen waardoor de cliënten makkelijk succes ervaren. Daarnaast worden er verschillende sporten gegeven zodat ze hun talenten ontdekken.

“Het sportaanbod is ook zodanig georganiseerd dat je om de drie weken een andere sporttak hebt en op die manier proberen we eigenlijk ook de verschillende talenten een beetje aan te wakkeren bij de doelgroep. Want verschillende sporten wil ook zeggen dat je verschillende vaardigheden nodig gaat hebben of uitproberen of kan tentoonstellen.” – Werknemer

“Heel vaak merk je al snel dat er iemand nieuw gestart is en die neemt deel aan de sport en na tien minuten, een kwartier zie je dat die volledig platgelopen is end dan gaan we echt wel zeggen ‘probeer meer te doseren’. Het is de bedoeling dat we een volledig uur kunnen sporten met heel de groep dus leren doseren.” – Werknemer

Als begeleider is het belangrijk om regelmatig de vooruitgang te bevestigen. Dit kan aan de hand van regelmatig complimenten geven en de kwaliteiten beklemtonen. Binnen enkele afdelingen willen ze graag de fitheid in kaart brengen. Er zijn hier regelmatig pogingen voor ondernomen maar er heeft niet veel stand gehouden wegens niet voldoende middelen of beperkte kennis. Binnen de sociale werkplaatsen wordt dit wel gedaan waardoor de cliënten hun vooruitgang nog meer in verf gezet wordt.

“Want ik blijf erbij dat ding van succes is enorm belangrijk en als je dat genoeg ervaart dan ben je op den duur sterker om zelf naar een club te kunnen gaan.” – Ex-client

3.2.3. Relationale steun

De sportbegeleiders geven beide aan hier aandacht aan te schenken. Ze gaan de groep extra motiveren en oprechte interesse tonen in de mensen. Het verbaast hen soms hoe open ze over zichzelf praten. De sportbegeleiders gaan regelmatig complimenten geven en uiten dat ze in de cliënten geloven en dat ze het kunnen. Dit wordt ook zo ervaren door de ex-client.

“Als ze aankomen geef ik ze altijd een hand. Dat doe ik normaal nergens waar ik kom maar hier doe ik dat wel altijd en zeg ik ook altijd mijn naam, vraag ik hun naam en probeer ik dat te onthouden. En als het gedaan is ben ik begonnen met iedereen een high five te geven en proficiat te wensen.” – Sportbegeleider (STA)

Tussen de sportbegeleiders en de begeleiders binnen De Sleutel gebeurt er momenteel wel een overdracht maar vele geven aan dat dit nog uitgebreider kan en misschien ook op een andere manier. Bijvoorbeeld eens op de setting zelf op een meer informele manier en eventueel met cliënten bij. Op die manier kunnen de sportlessen ook meer voor therapeutische doeleinden gehanteerd worden.

De sportles ging eens niet door en de coach gebruikte die tijd om bij ons een tas koffie te drinken waardoor die coach bij ons aan tafel zat en dan werd er gesproken rond sport. Er werd een iets vriendschappelijkere band opgebouwd zo in plaats van alleen coach en dan naar huis.” - Medewerker

Daarnaast kan het helpen om als begeleider mee te sporten. Dit kan de cliënten extra motiveren en ga je als begeleider spanningen of andere situaties sneller opmerken. Het regelmatig bevragen hoe de sportles is geweest wordt ook als een belangrijke factor gezien. Dit is zeker een motiverende factor als de sportbegeleider dit zelf ook doet.

Bij externe sportverenigingen is het belangrijk dat de coach hen voldoende motiveert, complimenten geeft en bevroegt hoe het gaat. Hier heb je als begeleider binnen De Sleutel weinig invloed op. Tijdens hun programma in De Sleutel kan er ingezet worden op het zich goed voelen en erover durven spreken. Mogelijks maakt dit het makkelijker voor de cliënten als ze in een nieuwe sportvereniging terechtkomen.

3.2.4. Intrinsieke motivatie

Momenteel wordt er niet voldoende ingezet op intrinsieke motivatie. In sommige afdelingen is het verplicht om je aan te sluiten bij een vereniging. Dit is niet noodzakelijk sport maar de meeste cliënten kiezen voor een sportvereniging. Dit zorgt ervoor dat veel cliënten een makkelijke optie kiezen om verder te kunnen in het programma. Met als gevolg dat ze niet intrinsiek gemotiveerd zijn en niet blijven participeren eenmaal ze hun programma hebben afgerond. De nadruk zou meer gelegd moeten worden op het vinden van een vereniging die de cliënt echt leuk vindt. Momenteel worden er tijdens de groepssportmomenten diverse sporttakken aangeboden. Indien een cliënt een sport leuk vindt, kan er eventueel meer ingezet worden op een sportvereniging voor die sport in plaats van de gemakkelijkste optie.

3.3. Hoe kan de self-efficacy verhoogd worden?

Op self-efficacy wordt er meestal reeds ingezet aangezien dit verschillende levensdomeinen beïnvloedt. De belangrijkste factor bij het verhogen van self-efficacy zijn **succeservaringen**. Het is heel belangrijk om hier op verschillende manieren zoveel mogelijk de nadruk op te leggen en deze in de verf te zetten. Het start-to-run programma is hier ideaal voor. Het zelfvertrouwen kan geleidelijk aan groeien doordat het lopen traag wordt opgebouwd. De sportbegeleiders geloven er altijd meer in dan de cliënten er zelf in geloven. Dit wordt echt als een werkpunt ervaren bij de cliënten. De sportbegeleiders gaan motiveren en overtuigen in de hoop dat de cliënten toch een bepaalde sport proberen. Al snel merken de cliënten dat ze het wel kunnen.

“Er is wel iemand, T., die al verschillende reeksen komt en in het begin was die heel onzeker, niet zo'n sportief type maar die is wel reeks na reeks blijven komen en steeds iets beter geworden. Nu merk je wel dat die in het lopen wel vertrouwen heeft en dat hij steeds vlotter zijn grenzen verlegt. In het begin koos hij altijd zonder twijfelen voor die beginnersgroep maar nu kiest hij soms ook voor de gevorderde groep. Dus dat is wel iemand die, zeker in dat sporten, hij heeft veel andere onzekerheden maar in dat sporten heeft die wel wat zijn zelfzekerheid gevonden.” – Sportbegeleider

Voor de begeleiders binnen De Sleutel is het belangrijk om regelmatig de nadruk te leggen op drie boodschappen en deze regelmatig mee te geven aan de cliënten. Ten eerste dat deelnemen belangrijker is dan winnen. Daarnaast dat het proberen op zich al een overwinning is. Als laatste dat de prestatie niet belangrijk is maar hoe je tot de prestatie komt.

“Vanaf dag één proberen we ze positief te bekrachtigen hoe je hier bent. Want elke stap van verandering en verbetering wordt door ons gezien en in de verf gezet alleen maar om hun zelfvertrouwen te doen groeien en gezien te worden.” – Werknemer

Binnen de sociale werkplaatsen worden er sportintakes afgenomen waarbij via een laagdrempelige test de fitheid van de mens wordt gemeten. Dit kan ervoor zorgen dat de cliënten meer gaan geloven in het eigen kunnen. Als begeleider binnen De Sleutel blijft het belangrijk om de cliënten te stimuleren en de focus te leggen op de zaken die wel lukken.

3.4. Bespreking beroepsproduct

Het doel van dit onderzoek bestaat uit het nagaan welke bijdrage begeleiders kunnen leveren bij het verlagen van de drempels bij sportparticipatie. Daarnaast wordt ook nagegaan op welke manier het verhogen van de self-efficacy en de motivatie hier een bijdrage in kan leveren. Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek is een beroepsproduct ontwikkeld voor begeleiders bij De Sleutel (zie bijlage 10). Het beroepsproduct is een kort filmpje waarin de belangrijkste resultaten weergegeven worden en andere zaken die belangrijk kunnen zijn voor de praktijk.

Het filmpje is opgebouwd met een algemene inleiding over sportparticipatie gevolgd door een korte samenvatting van de meerwaarde van sport voor de cliënten. Vervolgens wordt er een overzicht gegeven van de acht verschillende drempels. Bij elke drempel worden er enkele tips gegeven voor begeleiders in De Sleutel. De tips zijn vrij algemeen opgesteld maar indien nodig is er een onderscheid gemaakt tussen de ambulante en de residentiële werking. Ter illustratie werden ook enkele citaten toegevoegd. Op het einde van het filmpje worden de contactgegevens van de onderzoeker vermeld

Het filmpje zal verspreid worden over de verschillende afdelingen van De Sleutel. Het zal alsook getoond worden tijdens het volgende sportpromotorenoverleg van De Sleutel.

4. Discussie

Het doel van dit onderzoek is het bevorderen van sportparticipatie bij mensen met een drugsverslaving. Hiervoor werden veertien semigestructureerde interviews afgenomen bij mensen die in verband staan met de sportparticipatie bij De Sleutel. De open interviewvragen peilden naar de verschillende drempels die cliënten ervaren bij sportparticipatie en op welke manier daarop ingespeeld kan worden. Dit onderzoek wordt afgesloten met een discussie en conclusie. De onderzoeksvragen worden opnieuw kort beschreven waarna deze gelinkt worden aan de literatuurstudie. De sterktes en zwaktes van het onderzoek komen aan bod, gevolgd door een terugkoppeling naar de praktijk. Dit onderdeel eindigt met een conclusie.

4.1. Terugkoppeling van de onderzoeksvragen

In het onderzoek staan twee onderzoeksvragen centraal. Er werd op zoek gegaan naar de factoren die ervoor zorgen dat de drempel verlaagd wordt zodat mensen met een drugsverslaving effectief gaan sporten in hun vrije tijd. Daarnaast werd ook gekeken op welke manier motivatie en self-efficacy hier een rol inspelen.

4.1.1. Meerwaarde van sport

Er is slechts een beperkte hoeveelheid literatuur te vinden over de invloed van fysieke activiteit op individuen met een drugsverslaving. Uit het onderzoek blijkt dat cliënten bij De Sleutel heel wat voordeel halen uit sportparticipatie. Het wordt gezien als een meerwaarde. Aan de hand van sportparticipatie ervaren cliënten succes. Dit komt overeen met het onderzoek van Brown en collega's (2010) waarbij geconstateerd werd dat mensen met een drugsverslavingsproblematiek dankzij beweging positieve zaken kunnen ervaren zonder dat daar gebruik voor nodig is. Dit werd ook aangehaald door een ex-cliënt. De eerste keer dat hij een marathon liep gaf hem dat een heel goed gevoel. Dit was voor hem een belangrijk moment doorheen zijn programma bij De Sleutel.

In de literatuur worden er ook enkele veelbelovende gebieden beschreven met betrekking tot de invloed van fysieke activiteit op een drugsverslaving. Desondanks zijn deze nog niet formeel empirisch getest (Abrantes, Matsko, Wolfe & Brown, 2013). De mechanismen die overeenkomsten vertonen met dit onderzoek zijn stemmingsregulatie, eigen-effectiviteit, sociaal netwerk en stress.

Met **stemmingsregulatie** wordt verwezen naar fysieke activiteit die de stemming en het welzijn kan verbeteren. Verschillende vormen van fysieke activiteit kunnen dit effect bereiken, zolang het niet te competitief of intens is. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de nadruk tijdens sportparticipatie zo veel mogelijk gelegd wordt op recreatief sporten. Indien er veel competitiviteit heerst, is er kans om te verliezen wat een negatieve ervaring met zich mee kan brengen. Zoals het onderzoek van Zschucke, Heinz & Ströhle (2011) dus aangeeft is het niet competitief maar recreatief sporten belangrijk in functie van de gemoedstoestand.

Daarnaast wordt door verscheidene hypothesen het opbouwen van een **sociaal netwerk** als de sleutelfactor voor terugvalpreventie gezien. Dit is een grote meerwaarde van sportparticipatie waar De Sleutel veel belang aan hecht. Het terug opbouwen van een sociaal netwerk heeft ervoor gezorgd dat de cliënten zich vaak moeten aansluiten bij een vereniging om verder te geraken in het programma.

Als laatste is **stress** een veel voorkomende factor die een rol speelt bij terugval (Zschucke, Heinz & Ströhle, 2011). Verschillende studies hebben aangetoond dat fysieke activiteit alledaagse stress reduceert. Cliënten bij De Sleutel hebben regelmatig last van spanning of frustraties waardoor sport voor hen de ideale activiteit is om even alles los te laten.

4.1.2. Drempelverlagende factoren

In de literatuur is er weinig te vinden over de drempels die mensen ervaren bij het participeren aan sport. Het is een onderzoeksveld dat nog in een beginstadium staat. Het gevolg hiervan is dat verschillende drempels die naar voor komen in het onderzoek niet teruggekoppeld kunnen worden naar de literatuur.

De cliënten blijken in aanraking te komen met acht verschillende drempels, namelijk faalangst, laag zelfbeeld, sociale drempel, beperkte kennis, fysieke drempel, financiële drempel, motivatie en self-efficacy. Er is geen directe link tussen deze drempels en de literatuurstudie. Meerdere van deze drempels komen echter terug in de DSM-V-criteria bij een middelgerelateerde of verslavingsstoornis. Volgens DSM-V (APA, 2013) is de ernst van de stoornis afhankelijk van het aantal symptoomcriteria waaraan een persoon voldoet (bijlage 1). Tot deze symptomen behoren onder andere fysiek gevaar en sociale beperkingen. De sociale beperkingen komen tot uiting in het verminderen van sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten en het niet meer kunnen voldoen aan de belangrijkste rolverplichtingen op het werk, of in de school- of thuissituatie. Het is opvallend dat deze symptomen

overeenkomen met enkele drempels. Het gaat hier over de sociale drempel, fysieke drempel en de financiële drempel. De symptomen bij een middelgerelateerde of verslavingsstoornis verhogen mogelijks de drempel bij sportparticipatie.

Aangezien de drempels bepaald zijn aan de hand van de afgenomen interviews zijn de daarbij horende drempelverlagende factoren moeilijk te vergelijken. Veel van deze factoren zijn namelijk specifiek van toepassing binnen De Sleutel. De meer algemene factoren worden verder besproken bij 'motivatie' en 'self-efficacy'.

4.1.3. Motivatie

Motivatie werd in dit onderzoek besproken en bevraagd aan de hand van de Zelf-determinatietheorie. Volgens het boek 'Motiverend coachen in de sport' (Aelterman, de Muynck, Haeren, Vansteenkiste, & Vandebroeck, 2017) moet een coach op drie basisbehoeften inzetten om de motivatie te bevorderen bij de sport. Deze drie basisbehoeften zijn autonomie, competentie en verbondenheid (relationele steun). Uit de interviews blijkt dat de sportbegeleiders reeds aandacht schenken aan competentie en relationele steun. Autonomie zou eventueel nog meer nagestreefd kunnen worden. Net zoals Decy & Ryan (2000) aangeven, werd de impact van deze drie basisbehoeften op de motivatie al snel erkend door de deelnemers van het onderzoek.

4.1.4. Self-efficacy

Uit dit onderzoek kwamen enkele factoren naar voor die de self-efficacy positief gaan beïnvloeden. Door zowel de ex-cliënt als sportbegeleiders en medewerkers van De Sleutel wordt succeservaring als doorslaggevend gezien bij het verhogen van de self-efficacy. Dit komt overeen met de bevindingen van Bandura (1986). Hij omschreef vier bronnen die een positieve invloed uitoefenen op self-efficacy. Deze zijn persoonlijke ervaring, plaatsvervangende ervaring, verbale overtuiging en fysiologische en emotionele ingesteldheid.

Persoonlijke ervaring ziet Bandura als de meest invloedrijke bron. Dit komt overeen met de succeservaringen die worden aangehaald in het onderzoek. Daarnaast heeft Bandura het ook over **plaatsvervangende ervaring**. Bij de doelgroep die centraal staat in dit onderzoek, mensen met een drugsverslaving, is het van groot belang dat ze zich kunnen vergelijken met de persoon die het gedrag stelt. Cliënten bij De Sleutel hebben vaak een minderwaardig gevoel waardoor het waarnemen van succes bij anderen niet altijd de self-efficacy gaat verhogen. Bovendien blijkt uit de resultaten van het onderzoek dat positieve feedback en het

benadrukken van de kwaliteiten bij de cliënten de self-efficacy ook gaan verhogen. Dit komt overeen met **verbale overtuiging** van Bandura, waarmee wordt verwezen naar aanmoediging en feedback van andere personen. Volgens Bandura is de invloed van verbale overtuiging eerder beperkt. Uit het onderzoek kunnen we hier geen uitspraken over afleiden. Als laatste bron verwijst Bandura naar de **fysiologische en emotionele ingesteldheid** van een persoon. Dit wordt ook opgemerkt bij cliënten van De Sleutel. Indien zij één kleine negatieve ervaring hebben tijdens een sportmoment kan dit al vaak resulteren in ‘het volledige sportmoment was niet leuk’ waardoor ze niet meer willen participeren in de toekomst.

4.2. Sterkte-zwakteanalyses

Dit onderzoek heeft, net als elk ander onderzoek, zijn sterke en zwakke punten. De sterkte van dit onderzoek zit vooral in het feit dat de vraag kwam uit het werkveld. De Sleutel integreert namelijk sportparticipatie in hun beleid maar merkt dat hier nog enkele drempels bij komen kijken. Het onderzoek is dus relevant voor de praktijk. Daarnaast wordt sportparticipatie binnen de gezondheidszorg door veel hulpverleningscentra nog niet voldoende als een belangrijke invalshoek gezien. Het is een onderwerp waar in veel hulpverleningscentra nog geen aandacht aan wordt besteed. Dit onderzoek zet de meerwaarde van sportparticipatie in de kijker en zorgt hopelijk voor meer aandacht voor het onderwerp in de toekomst.

In functie van de onderzoeksvraag hanteert het onderzoek een kwalitatieve werkwijze, namelijk semigestructureerde interviews waarbij de deelnemers onbegrensd kunnen spreken over hun ervaring met sportparticipatie bij mensen met een drugsverslaving. Dit resulteert in veel voorbeelden uit de praktijk die interessant zijn voor de verdere analyse in dit onderzoek.

De vierde sterkte heeft betrekking op de deelnemers van het onderzoek. Tegen de verwachting in was er een grote respons van de medewerkers in De Sleutel. Uiteindelijk kon er slechts één afdeling niet worden opgenomen in het onderzoek. Bovendien zijn er zowel een ex-cliënt, sportbegeleiders als medewerkers binnen De Sleutel geïnterviewd. Dit gaf verschillende invalshoeken op de sportparticipatie en maakt het onderzoek meer betrouwbaar.

Als laatste sterkte werd elk interview afgenomen ter plaatse, binnen de werking van de deelnemer. Dit heeft ervoor gezorgd dat de interviewer zich de setting telkens kon visualiseren en de werking duidelijker werd. Daarnaast deed de onderzoeker op het moment van het onderzoek stage bij een afdeling van De Sleutel, namelijk Therapeutische gemeenschap Gent. De onderzoeker heeft vervolgens zelf ook verschillende keren deelgenomen aan de sportactiviteiten met de cliënten.

Een eerste zwakte van dit onderzoek is dat het onderzoek zich enkel afspeelt binnen De Sleutel. Hierdoor zijn de resultaten niet generaliseerbaar naar andere hulpverleningscentra met betrekking tot mensen met een drugsverslaving.

De kwalitatieve werkwijze kent tevens een nadeel. Het vragenprotocol is zelf ontwikkeld op basis van verschillende literatuur. De vraag is dus of het gebruikte meetinstrument voldoende betrouwbaar is en valide is.

Daaropvolgend was er een grote variatie tussen de deelnemers van het onderzoek. Elke deelnemer werkt in een afdeling van De Sleutel maar er is variatie in de doelgroepen van de verschillende afdelingen. Dit heeft als resultaat dat er bij de verwerking van de informatie extra aandacht werd besteed aan het feit of de informatie voor alle doelgroepen van toepassing is of bijvoorbeeld enkel voor minderjarigen.

De laatste bedenking bij dit onderzoek betreft de beperkte ervaring van de onderzoeker inzake kwalitatief onderzoek. Er is een grote hoeveelheid informatie verkregen uit de vele interviews waardoor de verwerking niet eenvoudig was voor een beginnend onderzoeker.

4.3. Betekenis voor de praktijk

Dit onderzoek is een meerwaarde voor het werkveld aangezien De Sleutel steeds op zoek is naar manieren om de sportparticipatie te bevorderen. Ze lopen echter meermaals tegen een muur wegens een beperking aan middelen en het niet ontvangen van subsidies voor nieuwe projecten. Aan de hand van dit onderzoek worden er tips aangereikt waarvoor er niet direct middelen nodig zijn. Het zijn tips waar de (sport)begeleider zelf op kan letten om op die manier de sportparticipatie te bevorderen bij mensen met een drugsverslaving.

Uit de resultaten van dit onderzoek werden tips geformuleerd. Deze tips zijn per drempel verwerkt in een filmpje. Dit filmpje zal overhandigd worden aan De Sleutel en eveneens voorgesteld worden door de onderzoeker tijdens een sportpromotorenoverleg.

4.4. Conclusie

Uit dit onderzoek wordt geconcludeerd dat er op verschillende manieren ingezet kan worden op het drempelverlagend werken met betrekking tot de sportparticipatie. Door de verschillende invalshoeken zijn veel bruikbare tips gegeven. Echter zijn er verschillende ideeën gedeeld tijdens het interview die niet mogelijk zijn wegens een gebrek aan middelen. De meest courante vraag is deze naar een buddywerking en samenwerkingsverbanden met andere sportverenigingen. Daarnaast is er ook een vraag naar een extra persoon die zich kan inzetten voor de sport. Aangezien dit onderzoek geen invloed heeft op de beperkte middelen, heeft het de focus gelegd op de meer toegankelijke, drempelverlagende factoren bij sportparticipatie. Deze tips kan u ook raadplegen in het bijhorend filmpje.

5. Referenties

- About the Drugs Wheel.* (sd). Opgehaald van The Drugs Wheel:
<http://www.thedrugswheel.com/?page=about>
- Abrantes, A. M., Matsko, S., Wolfe, J., & Brown, R. A. (2013). Physical activity and alcohol and drug use disorders. In *Routledge handbook of physical activity and mental health* (pp. 487-499). UK: Taylor & Francis Ltd.
- Aelterman, N., de Muynck, G.-J., Haeren, L., Vansteenkiste, M., & Vandebroeck, G. (2017). *Motiverend coachen in de sport*. Leuven: Acco.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- van Assema, P., Lechner, L., & Brug, J. (2017). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Bakker, F. C., & Oudejans, R. R. (2012). Motivatie en sport. In F. C. Bakker, & R. R. Oudejans, *Sportpsychologie* (pp. 29-86). Nieuwegein: Arko Sports Media.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. United States of America: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. United States of America: Prentice-Hall.
- Blanchard, C., Mask, L., Vallerand, R., De La Sablonnière, R., & Provencher, P. (2007). Reciprocal relationships between contextual and situational motivation in a sport setting. In *Psychology of Sport and Exercise* (pp. 854-873).
- Boomuitgevers Amsterdam. (2019). *DSM5 boompyschologie en psychiatrie*. Opgehaald van DSM5 online: www.dsm5online.nl
- Brink, W. v. (2009). Geschiedenis en classificatie. In I. Franken, & W. van den Brink, *Handboek verslaving* (pp. 13-27). Utrecht: De Tijdstroom.

- Brown, J. H., & Horowitz, J. E. (1993). Deviance and deviants: Why adolescent substance use prevention programs do not work. *Evaluation Review*, 17(5), 529-555. doi: 10.1177/0193841X9301700504
- Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, J., Strong, D. R., ... & Dubreuil, M. E. (2010). A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. *Mental health and physical activity*, 3(1), 27-34. doi: 10.1016/j.mhpa.2010.03.001
- Brysbaert, M. (2014). *Psychologie* (2de editie). Gent, België: Academia Press.
- Cardon, G. (2017, December 21). "Sport en bewegen ter stimulering van een geslaagde re-integratie": wat brengt onderzoek ons bij aldus professor Cardon. (P. De Neve, & S. Van Den Hende, Interviewers) Opgehaald van <https://www.desleutel.be/professionals/item/2641-in-gesprek-met-prof-cardon-sport-en-bewegen-ter-stimulering-van-een-geslaagde-re-integratie-wat-brengt-onderzoek-ons-bij>
- Comorbiditeit. (n.d.). In Wikipedia. Geraadpleegd 14 augustus, 2019, van <https://nl.wikipedia.org/wiki/Comorbiditeit>
- Cox, W., & Klinger, E. (2011). *Handbook of motivational counseling: Goal bases approaches to assessment and intervention with addiction and other problems*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. .
- De Sleutel. (2014). De Sleutel werkt multidisciplinair: wat houdt dit in. Opgehaald van De Sleutel: <https://www.desleutel.be/faq/vragen-over-onze-hulpverlening/item/2376-de-sleutel-werkt-multidisciplinair-wat-houdt-dit-in>
- De Sleutel. (2014). Visie De Sleutel rond sport: integratie van sport in de behandeling. Opgehaald van De Sleutel: <https://www.desleutel.be/overdesleutel/visieonzeopdracht/visie-rond-sport>
- De Sleutel. (2012). *Implementatieboek: Sportproject De Sleutel: Sport: Een stimulans tot succesvolle re-integratie*. Gent: De Sleutel.
- De Sleutel. (2011). Welkom bij crisisinterventiecentrum (CIC). Opgehaald van De Sleutel: <https://www.desleutel.be/professionals/hulpverlening/residentieel/crisis>

- De Sleutel. (2009). De Sleutel: een blik in het verleden. Opgehaald van De Sleutel: <https://www.desleutel.be/overdesleutel/voorstelling/historiek>
- De Sleutel. (n.d.). Aanbod residentieel. Opgehaald van De Sleutel: <https://www.desleutel.be/professionals/hulpverlening/residentieel>
- De Sleutel. (n.d.). *Het ambulante aanbod in De Sleutel*. Opgehaald van De Sleutel: <https://www.desleutel.be/professionals/hulpverlening/ambulant>
- De Sleutel. (n.d.). *Visie: onze opdracht*. Opgehaald van De Sleutel: <https://www.desleutel.be/overdesleutel/visieonzeopdracht>
- Deci, E., & Ryan, R. (2004). *Handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester.
- Deci, E., & Ryan, R. (2012). Self-determination theory. In P. Van Lange, A. Kruglanski, & E. Higgins, *The handbook of Theories of Social Psychology* (pp. 416-437). London: SAGE Publications Ltd.
- Depaepe, A., & De Wever, B. (2018). *De relatie tussen self-efficacy en het groepsontwikkelingsproces: een kwantitatieve studie bij online samenwerkend research-based learning*. (Thesis, Universiteit Gent, België). Opgehaald van https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/509/257/RUG01-002509257_2018_0001_AC.pdf
- Eeckhout, S. V. (2003-2004). *Drugsverslaving en het verband met (kans)armoede*. Gent: Universiteit Gent. Opgehaald van https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/050/075/RUG01-002050075_2013_0001_AC.pdf
- Epen, J. V. (2002). *Drugsverslaving en alcoholisme*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Eudaimonia Recovery Homes . (2018, 28 september). *How to Improve Self-Efficacy in Addiction Recovery*. Opgehaald van <https://eudaimoniahomes.com/recovery/role-self-efficacy-addiction-recovery/>

- de Graaff, M. C. (2007). *Vechten voor Veiligheid: Een onderzoek naar de invloed van het beoefenen van een vechtsport op de veiligheidsgevoelens en het gedrag.* (Universiteit Twente: Enschede). Geraadpleegd op https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiF_Z7XoYTkAhWysaQKHQTDAdcQFjACegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fessay.utwente.nl%2F58779%2F2%2FGraaff-MC-de-S0063754-bachelorthese.doc&usg=AOvVaw1Nlq0rLLBt8_s1b68E6-1G
- Hagger, M., & Chatzisarantis, N. (2005). *The social psychology of exercise and sport*. United Kingdom: McGraw-Hill Education.
- de Jong, C. A. (2006). Chronisch verslaafd: de therapeut, de patiënt en de ziekte. Opgehaald van <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/29828/29828.pdf>
- Kerssemakers, R., Van Meerten, R., Vervaeke, H., & Noorlander, E. A. (2015). *Drugs en alcohol; Gebruik, misbruik en verslaving*. Houten/Dieghem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Keymeulen, R., (2014). *Na remoralisatie, remediatie en rehabilitatie komt.... "recovery of herstel"!*. Opgehaald van De Sleutel: <https://www.desleutel.be/verslaving/visieopverslaving-56441/item/2330-na-remoralisatie-remediatie-en-rehabilitatie-komt-recovery-of-herstel>
- Keymeulen, R. (2001). *Klippen omzeilen: Terugvalpreventie bij polydrugverslaafden*. Gent: De Sleutel
- Linke, S. E., & Ussher, M. (2015). Exercise-based treatments for substance use disorders: evidence, theory, and practicality. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 41(1), 7-15. doi: 10.3109/00952990.2014.976708
- Maertens, G., Versele, D., (2013). *Activering binnen Sociale Werkplaats De Sleutel*. Opgehaald van De Sleutel: <https://www.desleutel.be/professionals/item/2243-activering-binnen-sociale-werkplaats-de-sleutel>
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., & Quigley, L. A. (1997). Self-efficacy and addictive behavior.. In A. Bandura, *Self-efficacy in changing societies* (pp.289-315). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press

- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco
- De Neve, P. (2017). *JUMPSTART zorgt dankzij intensieve begeleiding voor inzicht in het eigen kunnen en een concreet jobdoelwit*. Opgehaald van De Sleutel: <https://www.desleutel.be/overdesleutel/watdoenwe/projecten/item/2701-jumpstart-zorgt-dankzij-intensieve-begeleiding-voor-inzicht-in-het-eigen-kunnen-en-een-concreet-jobdoelwit>
- Nevid, J. S., Spencer A., R., & Beverly, G. (2017). Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen. In J. Nevid, R. Spencer A., & G. Beverly, *Psychiatrie: een inleiding* (pp. 248-289). Amsterdam: Pearson Benelux.
- Neygen, C. V. (2014-2015). *Een kijk op verslaving in de gerschreven pers van 1995 tot nu*. Gent: Universiteit Gent.
- Nijhuis, N., van Beek, I., Taris, T., & Schaufeli, W. (2012). De motivatie en prestatie van werkverslaafde, bevlogen en opgebrande werknemers. *Gedrag en Organisatie*, 25(4), 325. Opgehaald van [file:///C:/Users/User/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/75%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/75%20(1).pdf)
- Peeters, K. (2012). *Houdende het stimuleren en subsidiëren van een lokaal sportbeleid* (stuk 1582 nr1) Opgehaald van Het Vlaams Parlement: https://kics.sport.vlaanderen/Regelgeving/Gedeelde%20%20documenten/Sportdiensten/120427_Decreet_lokaal_sportbeleid_memorie_van_toelichting.pdf
- Regenmortel, T. V. (2002). *Empowerment en maatzorg: een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven/Leusden: Acco.
- Roosenbrand, M., Fard, N. M. (2012-2013). *Self-efficacy beliefs van leraren*. Geraadpleegd op [file:///C:/Users/User/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/PGO%20Neda%20en%20Marc%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/PGO%20Neda%20en%20Marc%20(1).pdf)

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. *Handbook of personality: Theory and research*, 3, 654-678.
- Schrooten, J. (2018, Februari 9). *Het Drugwiel, een nieuw model voor productinformatie*. Opgehaald van Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en Drugs: <http://www.vad.be/artikels/detail/het-drugwiel--een-nieuw-model-voor-productinformatie>
- Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. United States: Hemisphere Publishing Corporation.
- Skårderud, F., & Nøkleby, H. (2013). Body Practices Among Male Drug Abusers. Meanings of Workout and use of Doping Agents in a Drug Treatment Setting. *International journal of mental health and education*, 490-502.
- Smith, M., & Lynch, W. (2012). Exercise as a potential treatment for drug abuse: evidence from preclinical studies. *Frontiers in Psychiatry*, 82. doi:10.3389/fpsy.2011.00082
- Sport en bewegen De Sleutel. (2015). Op Facebook [Community page]. Geraadpleegd op 14 april, 2019, op <https://www.facebook.com/sportenbewegendesleutel/>
- Stel, J. v. (2017). Verslavingsstoornissen. In J. v. Stel, *Wat elke professional over verslaving moet weten?* (pp. 17-26). Springer Media B.V.
- Tytgat, J. (2007). Illegale drugs. In J. Casselman, *Het gebruik van illegale drugs: multidimensionaal bekeken* (pp. 27-55). Kortrijk-Heule: UGA.
- Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Lens, W., & Andriessen, M. (2009). De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag & Organisatie*, 22(4), 316-335. Opgehaald van file:///C:/Users/User/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Van%20den%20Broeck%20et%20al%20ZDT%20G&O-2009-4%20(1).pdf

- Vansteenkiste, M., Soenens, B., Sierens, E., Lens, W., Vansteenkiste, M., Soenens, B., ... & Lens, W. (2005). Hoe kunnen we leren en presteren bevorderen? Een autonomie-ondersteunend versus controlerend schoolklimaat. *Caleidoscoop*, 17(4), 18-25. Opgehaald van https://www.kennisdelingtaalbeleid.org/wp-content/uploads/2018/01/vfostudiedag2007_vansteenkiste_Caleidoscoop2005.pdf
- Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2015). *Vitamines voor groei: ontwikkeling voeden vanuit de Zelf-Determinatie Theorie*. Leuven: Acco.
- Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD). (2012). *Wegwijs in de drughulpverlening*. Opgehaald van <https://free-clinic.be/wp-content/uploads/2012/10/Wegwijs-in-de-drughulpverlening-VAD.pdf>
- Vlaamse Federatie voor Sport en Recreatie in de Geestelijke Gezondheidszorg (Psylos). (2009). *Als sporter onder sporters. Mensen met een psychische beperking in beweging*. Geraadpleegd van [file:///C:/Users/User/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/tekst%20Op%20pad%20met%20A4%2020-11-09%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/tekst%20Op%20pad%20met%20A4%2020-11-09%20(1).pdf)
- Walraet, H. (1996). *De mogelijke therapeutische waarde van sport in de behandeling van drugsverslaafden*. Gent: Universiteit Gent.
- West, R. (2006). *Theory of addiction*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Wilken, J. (2006). Herstel van schizofrenie, een hoopvol perspectief. *Maandblad geestelijke volksgezondheid* 3, pp. 208-217.
- World Health Organization. (2019). *Management of substance abuse*. Opgehaald van World Health Organization : https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory. In J. Rappaport, & E. Seidman, *Handbook of Community Psychology* (pp. 43-63). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Zschucke, E., Heinz, A., & Ströhle, A. (2012). Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders. *The Scientific World Journal*, 2012. doi: 10.1100/2012/901

6. Bijlagen

De bijlagen zijn terug te vinden in een extra bijgevoegde bundel.

Bijlage 1: DSM-V-criteria: middelgerelateerde of verslavingsstoornis

Bijlage 2: Valorisatiepeter

Bijlage 3: Mail deelnemers

Bijlage 4: Informatiebrief bachelorproef

Bijlage 5: Informed consent - Volwassenen

Bijlage 6: Draaiboek semigestructureerd interview

6.1. Voorbereiding op het interview

6.2. Benodigd materiaal tijdens het interview

6.3. Verloop van het interview

6.4. Drop-off

6.5. Vragenprotocol

6.5.1. Vragenprotocol sportpromotoren De Sleutel

6.5.2. Vragenprotocol sportbegeleiders

6.5.3. Vragenprotocol ex-cliënten

6.6. Extra vragen om door te vragen

Bijlage 7: Kwalitatieve data-analyse

7.1. Bijlage 7.1: Drempels

7.2. Bijlage 7.2: Drempels verlagen

7.3. Bijlage 7.3: Motivatie verhogen

7.4. Bijlage 7.4: Self-efficacy verhogen

Bijlage 8: Beroepsproduct

