



Kijk niet voor, maar naast je Naasten zijn belangrijk!

Afstudeeronderzoek – U3

Studenten: Geke Blauw 315776
Myrthe Heres 313801
Opleiding: HBO-verpleegkunde
Studiejaar: 4 (2016-2017)
Studieonderdeel: Afstudeeronderzoek U3
Cursus: HVVB16AFOU3

Docentbegeleider: Carlien Dusseldorp
b.c.dusseldorp@pl.hanze.nl

Opdrachtgever: Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek
Lectoraat Verslavingskunde
Dr. Marie Louise Luttik
m.l.a.luttik@pl.hanze.nl

Datum: 27-01-2017



Voorwoord

Binnen het kader van het afstudeeronderzoek van de opleiding hbo-verpleegkunde aan de Hanzehogeschool te Groningen, hebben wij, Geke en Myrthe, het onderwerp toebedeeld gekregen naar aanleiding van onze voorkeuren. Dit onderwerp wekte onze interesse en we zijn dan ook blij dat we het afgelopen half jaar met dit onderwerp aan de slag mochten. De vraag is aangedragen door het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek en het lectoraat Verslavingskunde. Dit afstudeeronderzoek betreft een kwalitatief onderzoek dat inzicht gaat geven in wat volgens de literatuur bekend is over hoe naasten ondersteund worden door de verpleegkundigen rondom het herstelproces van de verslaafde cliënt.

Allereerst hebben wij een onderzoeksvoorstel geschreven, om duidelijk in kaart te brengen hoe het onderzoek wordt opgezet. Naar aanleiding van literatuuronderzoek, een enquête en het uitvoeren van interviews presenteren wij u ons afstudeeronderzoek.

Wij willen graag Carlien Dusseldorp bedanken voor haar ondersteuning, begeleiding en het vertrouwen dat wij gekregen hebben. Daarnaast willen wij Ysolda Roeters (oprichter zorgpodium Arkin) bedanken dat wij op het zorgpodium van Arkin aanwezig mochten zijn voor ons onderzoek. Verder willen wij Esther Haak, Letty Hartman en Marie Louise Luttik vanuit het lectoraat Verpleegkunde Diagnostiek bedanken voor hun bijdrage en ondersteuning.

Veel leesplezier,

Geke Blauw en Myrthe Heres,
Groningen, januari 2017

Samenvatting

Aanleiding: het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek en het lectoraat Verslavingskunde hebben een vraagstuk ontworpen om te onderzoeken op welke wijze verpleegkundigen naasten betrekken bij het herstelproces van de verslaafde cliënt.

Theoretisch kader: er is nog weinig bekend over het betrekken van naasten tijdens het herstelproces van de verslaafde cliënt. Het staat vast dat zodra naasten tijdens het herstelproces van de verslaafde cliënt worden betrokken, de cliënt eerder in behandeling gaat, deze volhoudt en voltooit. Door uit te zoeken hoe verpleegkundigen naasten kunnen betrekken tijdens het herstelproces van de verslaafde cliënt, kan met deze kennis in de toekomst een betere aansluiting worden gemaakt tussen de wensen en behoeften aan zorg van de sociale omgeving en de zorgverlening aan naasten.

Vraag- en doelstelling: in dit onderzoek staat de volgende vraag centraal: “Hoe kunnen verpleegkundigen tijdens het herstelproces van een verslaafde cliënt, naasten van een verslaafde cliënt zó betrekken, dat de zorg aansluit bij de wensen en behoeften van de naasten?”. Dit heeft het doel om tot een aanbeveling te komen aan het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek en het lectoraat Verslavingskunde om de kwaliteit van de verpleegkundige ondersteuning aan de naasten in het herstelproces van een verslaafde cliënt te verbeteren.

Methode: dit onderzoek heeft een kwalitatief design. Er is door beide onderzoekers onafhankelijk literatuuronderzoek gedaan. Om een terugkoppeling te maken naar de praktijk zijn er twee interviews afgenomen met naasten van verslaafde cliënten. Daarnaast is een online enquête afgenomen, met verschillende deelvragen. Deze deelvragen geven antwoord op welke wensen en behoeften naasten hebben tijdens het herstelproces van de verslaafde cliënt.

Resultaten: uit het literatuuronderzoek is gebleken dat naasten onvoldoende betrokken worden tijdens het herstelproces van de verslaafde cliënt. Er zijn verschillende interventies positief bevonden om naasten meer te betrekken. Het praktijkonderzoek dat door middel van een online enquête en interviews gedaan is, ondersteunen deze resultaten. Uit de praktijk komt naar voren dat naasten onvoldoende steun krijgen. Steun werd gegeven in de vorm informatie, zodra naasten nadrukkelijk hiernaar vroegen.

Discussie: ondanks de geringe respons vanuit het praktijkonderzoek, komen deze resultaten overeen met de resultaten uit het literatuuronderzoek. Dit kan een indicatie zijn dat de situatie in Nederland vergelijkbaar zou kunnen zijn met de resultaten verkregen uit onderzoek buiten Nederland. Blijkbaar vinden naasten het lastig om hulp te zoeken, daar er 690 mensen de online enquête hebben bekeken, maar dit uiteindelijk maar 5 respondenten heeft opgeleverd. Verschillende interventies zijn volgens dit literatuuronderzoek effectief bevonden. Echter is het de vraag waarom deze interventies nog niet op grote schaal gebruikt worden in Nederland. Meer onderzoek zal de waarde en effectiviteit van deze interventies moeten uitwijzen.

Conclusie: verpleegkundigen kunnen door middel van verschillende interventies naasten van verslaafde cliënten in herstel meer betrekken. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de naasten meer informatie hadden gewild over wat een verslaving inhoudt, of wat dit met zich meebrengt. Ieder mens is anders, daarbij hoort ook dat iedereen andere wensen en behoeften heeft. Open communicatie, onderlinge samenhang en samenwerken met de naasten is een belangrijk middel om de verslaafde aan een behandeling te laten beginnen, te laten houden en/of te voltooien. Het is van belang dat naasten gezien worden als een belangrijk persoon waar een verslaafde op terug kan vallen.

Aanbevelingen: aan het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek en het lectoraat Verslavingskunde wordt aanbevolen om meer onderzoek te doen naar de waarde en effectiviteit van verschillende interventies. Hierbij is het van belang dat er wordt uitgezocht welke wensen en behoeften naasten hebben tijdens het herstelproces.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	6
2. Vraagstelling, doelstelling & begrippen.....	8
3. Onderzoeksmethodiek.....	9
3.1 Onderzoeksdesign	9
3.2 Onderzoekspopulatie.....	9
3.3 Procedure van dataverzameling	10
3.4 Methode van data-analyse	12
3.5 Validiteit en betrouwbaarheid	12
3.6 Ethische aspecten.....	13
4. Resultaten	15
4.1 Steun aan de verslaafde cliënt en de gevolgen voor naasten	15
4.1.1 Steun aan de verslaafde cliënt	15
4.1.2 Gevolgen van de verslaving.....	16
4.2 Interventies.....	17
4.2.1 Community Reinforcement Approach Family Training (CRAFT)	17
4.2.2 Korte strategische familietherapie & familiegedragstherapie.....	18
4.2.3 Behavioral Couple therapy & Multicomponent adaptive stepped care treatment...	19
4.2.4 Interventieprogramma: Terugvalpreventie & verslaving in herstel.....	20
4.2.5 Familieziekte model, familiesysteemtheorie en gedragsmatige familietheorie	21
4.2.6 Family education programs & family support groups & steungroepen.....	21
4.2.7 Anger management & cognitieve gedragstherapie	22
4.2.8 Bridges Program, gezinsgerichte benadering & nazorg	23
4.3 Inschakelen van naasten	23
4.3.1 Ouders van verslaafde adolescenten	24
4.3.2 Problematisch middelenmisbruik.....	25
4.4 Aanbod van hulpverleners voor naasten.....	25
4.5 Resultaten praktijk	26
4.5.1 Interviews	26
4.5.2 Enquête	27
5. Discussie	30
5.1 Belangrijkste resultaten.....	30
5.2 Sterke en zwakke punten	30
5.3 Implicaties voor de praktijk	31
6. Conclusie	32
6.1 Steun aan de verslaafde cliënt en de gevolgen voor naasten	32

6.2 Interventies.....	32
6.3 Inschakelen van naasten	33
6.4 Aanbod van hulpverleners voor naasten.....	33
6.5 Conclusie onderzoeksvraag	34
7. Aanbevelingen	35
Literatuurlijst	36

Bijlagen:

Bijlage I: Tijdsplanning

Bijlage II: Plagiaatverklaring⁴⁰

Bijlage III: Flowchart

Bijlage IV: Dataverzameling

Bijlage V: Atlas.ti

Bijlage VI: Uitwerking interviews

Bijlage VII: Resultaten enquêtes

Bijlage VIII: Promotie enquêtes

Bijlage IX: Interessante links

Bijlage X: SafeAssignment

1. Inleiding

Verslaving wordt volgens Spoor (2015) gezien als een toestand waarin men fysiek en/of mentaal van een gewoonte of stof afhankelijk is. Zodanig dat men deze gewoonte of stof niet, of heel moeilijk, los kan laten. Het gedrag dat zich dan voordoet is voornamelijk gericht op het verkrijgen en innemen van het dusdanige middel of het handelen naar de gewoonte. Dit gaat vaak ten koste van andere activiteiten die plaatsvinden in het leven van deze persoon. Wanneer iemand zich weer los moet maken van deze stof of gewoonte, kunnen zich ernstige ontwenningsverschijnselen voordoen. Binnen verslaving wordt onderscheid gemaakt tussen gewoonteverslaving en middelenverslaving. Een gewoonteverslaving (ook wel gedragsverslaving) is een verslaving waarbij men afhankelijk is van een handeling die ervoor zorgt dat de persoon een goed gevoel krijgt. Dit kan gaan om een gokverslaving, gameverslaving of een seksverslaving. Een middelenverslaving is een verslaving die in stand wordt gehouden door het gebruik van een substantie. Deze substantie is op zichzelf verslavend doordat het een directe werking op de hersenen heeft, ook wel een psychoactief middel of drug genoemd. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen drie verschillende categorieën (Spoor, 2015):

- Stimulerende middelen, zoals amfetamine en cocaïne. Deze middelen zorgen voor het gevoel meer energie te hebben en alerter te zijn.
- Verdoovende middelen, zoals alcohol, opium, GHB en heroïne. Deze middelen zorgen voor een kalmerende en ontspannende werking.
- Bewustzijns veranderende middelen, zoals LSD, hasj, wiet, paddo's en andere tripmiddelen. Deze middelen veranderen tijdelijk het bewustzijn. Gebruikers gaan de wereld heel anders zien en beleven.

Het onderscheid naar de werking van deze middelen is niet altijd even duidelijk. Er bestaan namelijk middelen met een gemengd effect. XTC is bijvoorbeeld oppeppend, maar verandert ook de waarneming (Dekker, 2014). Binnen de verslaving wordt er ook onderscheid gemaakt tussen een geestelijke en lichamelijke verslaving. Bij lichamelijke verslaving is het lichaam van de verslaafde persoon dusdanig aan het middel gewend geraakt, dat wanneer er gestaakt wordt met dit middel, onthoudingsverschijnselen optreden. De persoon heeft hierbij steeds meer nodig van de verslavende stof om hetzelfde gewenste effect te bereiken, ook wel tolerantie genoemd. Bij geestelijke verslaving denkt de verslaafde persoon de stof nodig te hebben, of denkt de verslaafde niet meer zonder te kunnen. Hierbij kan een verslaafde zodanig naar een stof verlangen, dat alle gedachten uitgaan naar het gebruiken en verkrijgen van de stof (Spoor, 2015). Uit cijfers van 2014 (Jellinek) wordt geschat dat er in Nederland twee miljoen mensen verslaafd zijn. Hierbij gaat het in 1,6 miljoen van de gevallen om legale middelen zoals alcohol, tabak en slaap- en kalmeringsmiddelen. In Nederland zijn de meeste mensen in behandeling voor een alcoholverslaving. Op plek twee komt een verslaving aan cannabis. Op plek drie komt de verslaving aan heroïne. Wanneer er gekeken wordt naar het aantal mensen dat verslaafd is aan een middel, staat op nummer één tabak. Hiervan is slechts 0,07% in behandeling voor deze verslaving (Jellinek, 2016).

Naast deze grote groep mensen die verslaafd zijn aan een middel of een gewoonte, bevinden zich partners, ouders, kinderen, broers, zussen en vrienden die lijden onder hun verslaving. Deze mensen worden ook wel naasten genoemd (Sozio, 2015). Uit onderzoek blijkt dat het herstel van een verslaafde cliënt beter en sneller verloopt wanneer het goed gaat met de sociale omgeving. Dit is echter lastig, omdat naasten er (psychisch) vaak slecht aan toe zijn. Het is dus van belang dat de verslavingszorg de naasten ondersteunen, zodat het beter gaat met hen – en dus ook met de verslaafde cliënt. Het is daarom nodig om in kaart te brengen hoe zorgverleners omgaan met de ondersteuning van de naasten van de verslaafde (Poel, Vliet, & Stoele, 2008). Verslaving beïnvloedt het functioneren van de familie. De rollen binnen het gezin veranderen, de verslaving wordt namelijk prioriteit. Onderzoekers binnen de studie van Choate (2015) vormden een overtuigend argument dat verslaving ook bekeken moet worden vanuit het oogpunt van de familie. Veel van de onderzoeken en klinische literatuur is gericht op volwassenen die afhankelijk zijn van een stof. Er zijn echter weinig inzichten bekend

over het betrekken van de familie tijdens het herstelproces. Er zijn zeven gebieden die worden beïnvloed binnen het functioneren van een gezin door de verslaving, dit zijn de rollen, rituelen, routines, financiën, communicatie, conflicten en het sociale netwerk (Choate, 2015).

Dit onderzoek bestaat voornamelijk uit literatuuronderzoek. Daarnaast zijn de onderzoekers naar een open dag van Arkin geweest (zorgpodium), om naasten te kunnen interviewen (zie paragraaf 4.5.1). Arkin is een organisatie dat zich bezighoudt met psychiatrische- en verslavingsproblemen. Iedere behandeling binnen Arkin vindt plaats in samenwerking tussen de cliënt, zijn naastbetrokkene(n) en de hulpverlener, ook wel triadisch werken genoemd. Triadisch werken staat aan de basis van iedere behandeling en bevordert de effectiviteit van de behandeling. Naastbetrokkenen spelen tevens een belangrijke rol in de toeleiding naar de zorg van cliënten en bij hun motivatie voor, tijdens en na de behandeling (Arkin, 2015).

De opdrachtgevers van dit onderzoek zijn het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek en het lectoraat Verslavingskunde. In opdracht van dr. M.L. Luttik wordt er onderzoek gedaan naar familiezorg. Binnen deze onderzoekslijn wordt er onder andere gekeken naar de wijze waarop hulpverleners naasten betrekken bij een verslaafde cliënt. Het begrip familiezorg staat daarom in dit onderzoek centraal. Hierbij gaat het om de ondersteuning van en de samenwerking met de familie van de verslaafde betrekking hebben op de rollen en relaties omtrent familiezorg (Luttik, 2015). Het is van belang dat verpleegkundigen aandacht besteden aan de naasten van een verslaafde cliënt. Dit is belangrijk omdat uit onderzoek blijkt dat de sociale omgeving een positief effect heeft op het herstel van de verslaafde cliënt (Poel et. al., 2008). Het is van belang dat er onderzoek wordt gedaan op welke wijze verpleegkundigen invulling geven aan het onderwerp 'familiezorg bij de verslaafde cliënt' om op deze manier inzicht te verkrijgen hoe verpleegkundigen de naasten van de verslaafde cliënt kunnen betrekken bij het herstelproces.

Dit onderzoek heeft tot doel om inzicht te geven aan het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek en het lectoraat Verslavingskunde op welke wijze verpleegkundigen de naasten tijdens het herstelproces van een verslaafde cliënt zó kunnen betrekken, dat de zorg aansluit bij de wensen en behoeften van de naasten. Het is verpleegkundig relevant omdat met deze kennis in de toekomst een betere aansluiting gemaakt kan worden tussen de wensen en behoeften aan zorg van de sociale omgeving en de zorgverlening aan naasten.

In dit hoofdstuk is de inleiding weergegeven. In het tweede hoofdstuk worden de vraagstelling, doelstelling en de bijbehorende begrippen beschreven. In hoofdstuk 3 staat de onderzoeksmethodiek centraal. Hierin komen het onderzoeksdesign, de populatie, de dataverzameling en analyse naar voren. In hoofdstuk 4 zijn de resultaten weergegeven. Er is per deelvraag beschreven wat de resultaten zijn vanuit de literatuurstudie. In hetzelfde hoofdstuk is een terugkoppeling gemaakt naar de praktijk door middel van het uitwerken van de interviews en de enquête. In hoofdstuk 5 is de discussie beschreven, waarbij de sterke en zwakke punten zijn weergegeven. In hoofdstuk 6 is de conclusie van dit literatuuronderzoek weergegeven. Vervolgens zijn in hoofdstuk 7 de aanbevelingen gepresenteerd.

2. Vraagstelling, doelstelling & begrippen

In dit hoofdstuk zijn de vraagstelling, doelstelling en de begrippen die centraal staan in dit onderzoek beschreven.

Vraagstelling

Hoe kunnen verpleegkundigen tijdens het herstelproces van een verslaafde cliënt, naast van een verslaafde cliënt zó betrekken, dat de zorg aansluit bij de wensen en behoeften van de naasten?

Deelvragen:

- Hoe ziet de zorg aan de verslaafde cliënt eruit?
- Welke verpleegkundige interventies worden beschreven om naasten te betrekken bij de herstelproces van de verslaafde cliënt?
- Bij welke problematiek van verslaafden in herstel worden naasten ingeschakeld?
- Waar hebben naasten behoefte aan in het herstelproces rondom de verslaving van hun familielid?

Doelstelling

Er wordt een aanbeveling gedaan aan het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek en het lectoraat Verslavingskunde van de Hanzehogeschool Groningen om de kwaliteit van de verpleegkundige ondersteuning aan de naasten van een verslaafde cliënt te verbeteren.

Definiëring begrippen

Cliënt: “Iemand die hulp krijgt, vooral op medisch, geestelijk of sociaal gebied (Ficq-Weijnen & Weijnen, 2012, p. 129). In dit onderzoek geeft het begrip ‘cliënt’ invulling aan de verslaafde cliënt. Bij het begrip verslaving staat beschreven wanneer gesproken kan worden van een verslaving bij een cliënt.

Herstelproces: In het visiedocument van verslavingszorg – GGZ Nederland (2013) gaat het er bij herstel nadrukkelijk om of (ex) verslaafden weer in staat zijn hun psychische functies te ontplooiën. Daarnaast kunnen sociale en maatschappelijke rollen worden vervuld. Hierbij is oog voor de persoonlijke ontwikkeling van de betrokkenen. “De verslavingszorg ondersteunt de verslaafde bij zijn/haar persoonlijke herstelproces dat zich onder andere richt op het ontwikkelen van een positieve identiteit, het vestigen van hoop op verandering en een betere toekomst, het reflecteren op persoonlijke waarden en het onder ogen zien van het eigen levensverhaal. Het bevorderen of ondersteunen van zelfzorg, eigen regie en zelfregulatie en het voorkomen van zelfstigmatisering spelen hierbij een cruciale rol” (GGZ, 2013).

Naasten: “Medemens met wie iemand in aanraking komt” (Ficq-Weijnen & Weijnen, 2012, p. 405). In dit onderzoek gaat het om de naasten van de verslaafde cliënt. Naasten dienen in dit onderzoek minimaal 20 jaar oud te zijn en directe naasten van de cliënten te zijn. Dit kan gaan om de ouder(s), broer/zus, partner of kind(eren). Deze in- en exclusiecriteria zijn terug te lezen in paragraaf 3.2.

Verslaving: “Afhankelijkheid van een middel of van een vorm van vermaak. Iemand is verslaafd als iemand niet meer zonder iets kan, vooral een genees- of genotsmiddel” (Ficq-Weijnen & Weijnen, 2012, p. 655). Verslaving wordt gezien als een toestand waarin men fysiek en/of mentaal van een gewoonte of stof afhankelijk is. Het gedrag dat iemand vertoont is voornamelijk gericht op het verkrijgen en innemen van het dusdanige middel of het handelen naar de gewoonte. Dit gaat vaak ten koste van andere activiteiten die plaatsvinden in het leven van deze persoon. Wanneer iemand zich weer los moet laten van deze stof of gewoonte, kunnen zich ernstige ontwenningssverschijnselen voordoen (Spoor, 2015).

3. Onderzoeksmethodiek

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is opgezet. Hierbij zijn het onderzoeksdesign en de onderzoekspopulatie beschreven. Daarnaast wordt weergegeven hoe de data verzameld zijn en hoe de data vervolgens zijn geanalyseerd. Als laatste is het begrip ethische aspecten met daarin de gedragscodes van de hbo-verpleegkunde student als onderzoeker beschreven.

3.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van kwalitatief onderzoek. Dit onderzoek heeft als grondvorm een kwalitatief onderzoeksdesign. Hierbij is gebruik gemaakt van twee methoden, namelijk literatuuronderzoek en praktijkonderzoek. Bij kwalitatief onderzoek gaat het vooral om het verkrijgen van inzichten en minder om harde, getalsmatig onderbouwde feiten (Baarda, 2009). Er zijn verschillende redenen om literatuuronderzoek te verrichten. Literatuuronderzoek kan gedaan worden bij beschrijvings- en/of vergelijkingsvragen, bij theoretische onderbouwing van de onderzoeksopzet of ter oriëntatie op een probleemsituatie (Verhoeven, 2011). Dit laatste is tijdens dit onderzoek het geval geweest. Er is inzicht gegeven wat volgens de literatuur bekend is over hoe naasten ondersteund worden door de verpleegkundigen rondom het herstelproces van de verslaafde cliënt. Daarnaast is er praktijkonderzoek gedaan, mede door het interviewen van naasten van verslaafde cliënten op de open dag van Arkin, het zorgpodium. Maar ook door het plaatsen van een online enquête, waarop naasten anoniem verschillende vragen konden beantwoorden. Deze antwoorden zijn verwerkt in het hoofdstuk resultaten.

3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie zijn de naasten van verslaafde cliënten die aanwezig zijn geweest tijdens het zorgpodium van Arkin op dinsdag 6 december 2016 en de naasten die de online enquête hebben ingevuld. Er zijn voor dit onderzoek in- en exclusiecriteria opgesteld: naasten dienen minimaal 20 jaar oud te zijn en directe naasten van de cliënten te zijn, dus bijvoorbeeld ouder, broer/zus, partner of kind. Daarnaast dienen deze mensen een goede beheersing te hebben van de Nederlandse taal. Het gaat in dit geval om een selecte steekproef, omdat de populatie niet willekeurig is uitgezocht, maar doelgericht (Verhoeven, 2011). Tijdens het zorgpodium werd er met naasten een gesprek aangegaan waarin de naasten hun ervaringen met de geboden zorg en begeleiding aan naasten hebben gedeeld met de onderzoekers. Uiteindelijk zijn er twee naasten geïnterviewd tijdens het zorgpodium. Beide naasten voldeden aan de in- en exclusie criteria.

Om de naasten een ongedwongen gevoel te geven werd allereerst gebruik gemaakt van zelfselectie. Hierbij kunnen naasten lezen waaraan ze moeten voldoen voor het onderzoek en vervolgens kunnen zij er zelf voor kiezen om aan het onderzoek mee te doen (Verhoeven, 2011). Naasten konden op een poster lezen waarover het onderzoek gaat en aan de hand hiervan kregen zij de mogelijkheid om hun interesse te tonen om er vervolgens vrijwillig voor te kiezen om hun verhaal te doen. Hieruit kwamen uiteindelijk twee respondenten. Omdat er op het zorgpodium ook veel naasten van mensen met geestelijke problemen aanwezig waren, wordt er verondersteld dat dit een reden kan zijn geweest voor het minimale aantal respondenten. Er is niet voor gekozen om over te gaan op een conveniënte steekproef, zoals voorafgaand beschreven. Hierbij wordt willekeurig aan mensen gevraagd of zij willen meedoen aan het onderzoek (Verhoeven, 2011). Hier is niet tot over gegaan omdat het naar het inzien van de onderzoekers niet tot meer respondenten zou leiden. Belangrijkste reden hiervoor is dat veel mensen veel interesse toonden in het onderzoek, maar simpelweg niet voldeden aan de selectiecriteria.

De naasten die de online enquête hebben ingevuld zijn naasten die via een link op de sociale media bij de enquête terecht zijn gekomen. De enquête werd ingevuld door volwassenen tussen de 30 en 56 jaar oud. In dat opzicht voldoen ze dus aan de selectiecriteria, omdat naasten minimaal 20 jaar oud moesten zijn. Van de vijf respondenten vulden drie vrouwen en twee mannen de enquête in. Daarnaast hadden drie hiervan het middelbare beroepsonderwijs afgerond en twee hiervan het hoger beroeps onderwijs. Twee gaven aan een broer/zus als naaste te hebben, één was de partner, één was het kind en één was de ouder van een verslaafde cliënt. Eén respondent van de enquête voldeed niet aan de inclusie criteria, omdat hij/zij de Nederlandse taal niet voldoende beheerste. Hieruit is dus ook geen conclusie getrokken. De enquête werd geplaatst op 9 december om 12:30 uur via het sociale media kanaal van Jellinek. Op 24 december om 00.00 werd de enquête gesloten. In deze periode is de enquête vijf keer ingevuld, waarvan alle respondenten aan de inclusiecriteria voldeden.

3.3 Procedure van dataverzameling

De verzameling van de data is voornamelijk uitgevoerd door middel van een literatuuronderzoek en ervaringen van naasten tijdens het zorgpodium. In verschillende databanken, zoals PubMed, Cinahl, Cochrane library, Springerlink, Nursing and Allied Health, PsycINFO en Psychology and behavioral sciences werd gezocht naar een relevant artikel. Hierbij werd gezocht met de volgende zoekstrings:

- Verslaving:
 “substance related disorder” OR “substance related disorders” OR “substance use disorder” OR “substance dependence” OR “substance abuse” OR “substance abuses” OR “alcohol addiction” OR “alcohol disorder” OR “alcohol disorders” OR “alcohol abuse” OR “alcohol dependence” OR “drug addiction” OR “drug disorder” OR “drug disorders” OR “drug abuse” OR “drug habituation” OR “drug use disorder” OR “drug dependence” OR “drug abuses” OR “heroin dependence” OR “heroin addiction” OR “heroin abuse” OR “cocaine dependence” OR “cocaine addiction” OR “cocaine abuse” OR “cocaine disorders” OR “cannabis addiction” OR “cannabis dependence” OR “cannabis addiction” OR “cannabis abuse” OR “crack abuse” OR “crack dependence” OR “crack use disorder” OR “crack abuse” OR “crack use disorders”

“Substantie gebruik” OR “middelengebruik” OR “verslaving” OR “verslaafde” OR “substantie misbruik” OR “afhankelijkheid” OR “middelen afhankelijkheid” OR “alcoholverslaving” OR “alcohol verslaving” OR “cocaïne verslaving” OR “crack verslaving” OR “alcohol misbruik” OR “alcoholmisbruik” OR “alcoholafhankelijkheid” OR “cocaïnemisbruik” OR “cocaïne misbruik” OR “crackmisbruik” “drugafhankelijkheid” “drugsverslaving” OR “drugsmisbruik” Or “cannabis misbruik” OR “cannabismisbruik” OR “cannabisverslaving” OR “cannabis verslaving”

AND

- Verpleegkundige:
 “nurse” OR “nurses” OR “nursing personnel” OR “registered nurses” OR “registered nurse” OR “health personel” OR “caregiver” OR “caregivers” OR carers OR “care giver” OR “care givers” OR “caretaker” OR “care taker” OR “caretakers” OR “care takers” OR care OR “role of nurse” OR “role of nurses” OR “nurse’s role” OR “nursing” OR “family nurse practitioner” OR “CRAFT”

Verpleegkundige OR verpleegkundigen OR “verpleegkundig personeel” OR “geregistreerd verpleegkundige” OR “zorgverlener” “nurse practitioner” OR “family nurse practitioner” OR “rol van verpleegkundigen” OR “rol van verpleegkundigen” OR “verzorgers” OR “verzorgenden” OR Hbo-verpleegkundigen” OR “hbo-v”.

AND

- Family:

"family participation" OR "family member participation" OR "family member" OR "family members" OR "role of family" OR "role of family member" OR "role of family members" OR "family relation" OR "family relations" OR "family-relation" OR "family-relations" OR "family intervention" OR "family interventions" OR "family-intervention" OR "family-interventions" OR "family based" OR "family-based" OR "family involvement" OR "nurse-family" OR "family-nurse"

"familieparticipatie" OR "partner" OR "familielid" OR "familieleden" OR "rol van de familie" OR "familierelatie" OR "relatie van familie" OR "familie interventie" OR "familie interventies" OR "betrokkenheid familie"

Deze verschillende zoekstrings werden gecombineerd door AND tussen de verschillende onderwerpen te voegen. In bijlage 3 en 4 is weergegeven welke databases zijn gebruikt en tot hoeveel resultaten dit heeft geleid. De onderzoekers hebben namelijk hun eigen onderzoek uitgevoerd, onafhankelijk van elkaar. Allereerst werden de artikelen beoordeeld op de titel. Wanneer deze binnen het onderzoek paste, of wanneer het leek alsof het artikel interessant was voor het onderzoek, werden ze geselecteerd om ze te beoordelen op de samenvatting. Wanneer ze na het lezen van de samenvatting nog steeds pasten binnen het onderzoek, werden ze als laatste beoordeeld aan de hand van het gehele artikel.

Door het geringe aantal resultaten in de verschillende databases is er voor gekozen om in eerste instantie niet te kijken uit welk jaar het artikel komt. Sommige artikelen die ouder waren dan 2007 waren nog wel bruikbaar binnen het onderzoek. Deze zijn daarom ook gebruikt voor het onderzoek. Er is bij het beoordelen van het gehele artikel op gelet of de bewering in het artikel niet achterhaald is. Wanneer dit het geval was, zijn deze artikelen niet gebruikt voor het onderzoek.

Om te onderzoeken hoe het in de praktijk in Nederland gaat met betrekking tot de naasten zijn naasten van een verslaafde cliënt geïnterviewd tijdens de open dag van Arkin. Hierbij stonden de onderstaande vragen centraal:

1. "Hoe worden naasten ondersteund door verpleegkundigen tijdens het zorgproces van de verslaafde cliënt?"
2. "Aan welke ondersteuning hebben naasten behoefte (materiaal, sociaal, emotioneel, informatief, financieel)?"
3. "Wat is volgens naasten de beste manier om hen te betrekken bij de zorgverlening?"

Deze gesprekken zijn, met toestemming van de respondenten, opgenomen met een spraakrecorder. Tijdens het zorgpodium hebben beide onderzoekers één naaste kunnen interviewen. Het interview dat door één van de onderzoekers is afgenomen, werd door de andere onderzoeker uitgeschreven. De onderzoeker die het interview uitwerkt, kan beter met een open blik het interview uitwerken dan wanneer de interviewer het zelf uitwerkt. De uitwerking van deze interviews is te vinden in bijlage 5. Er is tijdens dit onderzoek gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview. Bij een gedeeltelijk gestructureerd interview wordt er gebruik gemaakt van een vragenlijst die voornamelijk bestaat uit gesloten vragen met een vaste formulering en een vaste volgorde (Baarda, 2012). Hier is voor gekozen, omdat bij een gesloten interview niet voldoende ruimte is voor de mening van de respondenten. Bij een gedeeltelijk gestructureerd interview is hier wel ruimte voor. Tevens wordt de validiteit en de betrouwbaarheid vergroot doordat beide onderzoekers een gelijkwaardig interview hebben afgenomen. Daarnaast was het voor dit onderzoek niet van belang om een geheel open interview te doen, omdat hierbij te veel kan worden afgeweken van het onderwerp. Dit kan meer tijd kosten dan wanneer er een vaste structuur in het interview zit. Door een vaste

formulering en vaste volgorde aan te houden blijft de structuur behouden, is er ruimte voor de mening van de respondenten en worden er geen belangrijke punten vergeten.

Naasten van verslaafden konden ook een enquête invullen. Deze enquête werd gemaakt via 'Survio.com': <http://www.survio.com/survey/d/Q7S9S2N3F2T0P1P9N?preview=1>.

Vervolgens werd er op de sociale media van Jellinek en de beide onderzoekers promotie gemaakt (bijlage 8) voor de enquête en het onderzoek. Dit resulteerde in 690 bezoekers waarvan vijf respondenten. Doordat iedereen op de sociale media de link heeft kunnen aanklikken, heeft dit invloed kunnen hebben op het aantal bezoekers van de enquête. Mensen die namelijk geen naasten van verslaafde cliënten zijn, maar benieuwd zijn naar de inhoud van de enquête, hebben ook de gelegenheid gehad om de enquête te bekijken. Dit heeft invloed op de controleerbaarheid, validiteit, en betrouwbaarheid, omdat er niet kan worden aangetoond of alle bezoekers van de enquête ook daadwerkelijk naasten van verslaafde cliënten zijn.

Na het sluiten van de enquête werden de gegevens verzameld en verwerkt. Dit wordt beschreven worden in subparagraaf 4.5.2.

3.4 Methode van data-analyse

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de uiteindelijke data is verwerkt in dit onderzoek en hoe vervolgens deze data geanalyseerd is door beide onderzoekers. Eerder is beschreven dat beide onderzoekers apart van elkaar artikelen hebben gezocht en beoordeeld op methodologische kwaliteit. De zoekresultaten van de artikelen is per database weergegeven in een flowchart (bijlage 3). Daarnaast is weergegeven in bijlage 4 welke dataverzameling is gebruikt, hierin is weergegeven welke artikelen uiteindelijk zijn gekozen. De artikelen zijn na de selectie, in Atlas.ti geplaatst om ze op een overzichtelijke manier te onderscheiden van elkaar, gebruikmakend van codering. De codes van Atlas.ti in dit onderzoek staan in de onderstaande tabel. Dit coderen had tot doel om effectief en doeltreffend antwoord te kunnen geven op de verschillende vragen van dit onderzoek.

Codering in Atlas.ti:

Code:	Geeft antwoord op:
A. Zorg	Hoe ziet de zorg aan de verslaafde cliënt eruit?
B. Interventies	Welke verpleegkundige interventies worden beschreven om naasten te betrekken bij het herstelproces van de verslaafde cliënt?
C. Problematiek	Bij welke problematiek bij verslaafden in herstel worden naasten ingeschakeld?
D. Behoeft	Waar hebben naasten behoefte aan in het herstelproces rondom de verslaving van hun betrokken familielid?

Om antwoord te krijgen op de laatste deelvraag, zijn de gesprekken met de naasten van de verslaafden uitgevoerd, opgenomen en uitgeschreven. Er is vanwege de lage respons gekozen om de gesprekken niet in Atlas.ti te plaatsen. Wel zijn de gesprekken onafhankelijk van elkaar uitgeschreven. De onderzoekers hebben elkaars uitgevoerde gesprek getranscribeerd. Vanuit deze tekst is vervolgens een onafhankelijke conclusie getrokken, waardoor antwoord gegeven is op de laatste deelvraag.

3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid vormt een voorwaarde voor de validiteit van het onderzoek. De validiteit berust op het ontbreken van systematische fouten (Verhoeven, 2011). Betrouwbaarheid berust op het ontbreken van toevallige fouten. Binnen het onderzoek zijn de wetenschappelijke artikelen en de uitkomsten vanuit de praktijk onafhankelijk van elkaar beoordeeld om toevallige fouten zo klein mogelijk te houden.

Om de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek zo hoog mogelijk te houden, hebben beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar artikelen gezocht. Er is van tevoren een zoekstring opgesteld, die gebruikt is door beide onderzoekers, om hetzelfde aantal resultaten te kunnen weergeven. Verder is van tevoren afgesproken welke in- en exclusiecriteria er zijn binnen dit onderzoek. Daarnaast is er voor gekozen om via Atlas.ti te coderen. Coderingen zijn gedefinieerd en geoperationaliseerd, om dezelfde betekenis te hebben bij een code. Deze coderingen zijn aangegeven in de tabel in paragraaf 3.4.

Bij de betrouwbaarheid binnen een onderzoek is het van belang dat er nauwkeurig gewerkt wordt. Tevens is de betrouwbaarheid de precisie van een meetprocedure. De betrouwbaarheid kan niet altijd de validiteit van een meting garanderen, echter is het wel een voorwaarde. Een veel gehanteerde categorisering van betrouwbaarheid is volgens Verhoeven (2011):

- **Samenhangend:** resultaten zijn beoordeeld door de onderzoekers met dezelfde meetinstrumenten. Zo is bijvoorbeeld in dit onderzoek gebruik gemaakt van dezelfde codering, vragenlijst, zoekstring en enquête.
- **Gelijke gemiddelden:** hierbij draait het om variaties op een bepaald punt in de tijd tussen de waarnemers en steekproeven van items. Binnen dit onderzoek hebben de onderzoekers onafhankelijk van elkaar artikelen gezocht. Daarnaast zijn artikelen onafhankelijk gecodeerd en tot de uiteindelijke zelfde conclusie gekomen. Ook zijn interviews onafhankelijk van elkaar afgenomen en vervolgens door de andere onderzoeker beoordeeld.
- **Interne consistentie:** dit is de mate waarin binnen een meetinstrument verschillende items hetzelfde beogen te meten. Hieruit worden uiteindelijk gelijkwaardige resultaten opgeleverd (Verhoeven, 2011). Gebruikmakend van codering, vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria, dezelfde vragen tijdens de interviews, een enquête waarbij vragen vast staan en door het onafhankelijk van elkaar uit te voeren, beoogt de interne consistentie zo hoog mogelijk te houden.

De generaliseerbaarheid (externe of populatievaliditeit) van de resultaten is bij kwalitatief onderzoek vaak geen hoofddoel. Bij kwalitatief onderzoek wordt er vaak gewerkt met kleine groepen of selecte steekproeven; bovendien zijn de gegevens niet cijfermatig (Verhoeven, 2011). In de discussie en conclusie wordt er verder in gegaan op de generaliseerbaarheid van de conclusies binnen het onderzoek.

3.6 Ethische aspecten

Een onderzoek behoort altijd ethisch verantwoord te zijn. Het is belangrijk dat de onderzoeker op een eerlijke en wetenschappelijk verantwoorde manier het onderzoek uitvoert. Er moet op een gestructureerde manier nagedacht worden over normen en waarden die te maken hebben met keuzes die mensen maken. “Een ethisch aspect is het zodra er morele voor- en tegenargumenten zijn. Dit zijn argumenten die te maken hebben met opvattingen over wat goed is en wat niet” (Jong, Kerstens, Sesink, & Vermeulen, 2003). Tijdens het onderzoek wordt er rekening mee gehouden dat beslissingen genomen kunnen worden waarbij de belangen van de ene partij (kunnen) botsen met die van de andere.

Baarda, et al., (2013) beschrijft in ‘Basisboek kwalitatief onderzoek’ ethische eisen waaraan een onderzoek moet voldoen. Deze eisen gelden zowel voor de respondenten als de onderzoekers:

- Vrijwillige medewerking; expliciet toestemming gegeven.
- Juiste voorlichting; elke respondent krijgt dezelfde informatie zonder beïnvloedende factoren.

- Anonimiteit; er wordt secuur om gegaan met gegevens en deze worden anoniem verwerkt.
- Niemand kan schade ondervinden; afwezigheid van nadelige effecten. (Baarda, et al., 2013)

Bij een onderzoek zijn verschillende partijen betrokken, met haar eigen belangen, normen en waarden. Dit kan gaan om de respondenten, de opdrachtgever en de onderzoeker. In dit onderzoek zijn de naasten de respondenten. Het is de vraag of het ethisch verantwoord is om naasten van een verslaafde cliënt te vragen mee te werken aan het onderzoek. Er komt een onderwerp ter sprake dat gevoelig ligt, zeker als de naaste nog steeds intensief betrokken is bij de verslaafde cliënt. Het is van belang dat met deze groepen ethisch verantwoord wordt omgegaan. Dit wordt gedaan door zakelijke vragen op te stellen. Verder wordt er duidelijk aangegeven dat de naaste ten alle tijden kan zeggen dat het genoeg is geweest. Daarnaast is voorafgaand een ethisch verantwoorde code afgesproken met docentbegeleider en onderzoekers, om op deze manier de naasten te beschermen en ervoor te zorgen dat de vragen ethisch verantwoord zijn.

De commissie van gedragscode praktijkgericht onderzoek (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, & Peij, 2010) hebben gedragscodes opgesteld waaraan de hbo-onderzoeker moet voldoen. Onderstaande gedragscodes zijn hierin weergegeven:

- Onderzoekers dienen het professionele en maatschappelijke belang voorop te stellen.
- Onderzoekers zijn respectvol, houden rekening met rechten, belangen, privacy, zienswijzen, opvattingen, theorieën en methoden van betrokkenen en van collega-onderzoekers.
- Onderzoekers zijn zorgvuldig, nemen meerdere wetenschapsopvattingen in overweging, houden zich aan de beroepscode en honoreren de beroepsethiek.
- Onderzoekers zijn integer, zijn kritisch ten aanzien van in de praktijk gehanteerde opvattingen en probleemdefinities, onafhankelijk in hun methodische keuzes en eerlijk over de bronnen die ze gebruiken. Ze zijn aanspreekbaar op hun gedrag tijdens het uitvoeren van onderzoek, autonoom in hun analyses en onpartijdig in hun rapportages.
- Onderzoekers verantwoorden hun keuzes en gedrag.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven. Allereerst wordt het theoretisch kader belicht door antwoord te geven op de deelvragen. Deze deelvragen zijn beantwoord middels de literatuurstudie. Aan het einde van het hoofdstuk worden de resultaten van de interviews en de enquête beschreven.

4.1 Steun aan de verslaafde cliënt en de gevolgen voor naasten

In deze paragraaf wordt besproken welke steun naasten aan de verslaafde cliënt geven. Daarnaast worden de gevolgen beschreven die naasten ondervinden tijdens het herstelproces.

4.1.1 Steun aan de verslaafde cliënt

Alcoholmisbruik kan voor ernstige problemen zorgen die chronische en progressieve disfuncties kunnen veroorzaken bij cliënten en hun families. Disfunctionele gezinnen kunnen werkloosheid, armoede, angst, depressie, geweld, het weglopen van huis en een echtscheiding veroorzaken. Chronische woede kan een bedreiging vormen voor de gezondheid van de naasten, maar het belemmert hen ook bij het steunen van de verslaafde cliënt. Het belang van goede begeleiding van deze naasten door verpleegkundigen is dus essentieel voor het herstelproces van de verslaafde cliënt (Ju-Young en Yun-Jung, 2010).

In deze paragraaf wordt allereerst ingegaan op hoe de zorg van de naaste eruit ziet aan de verslaafde cliënt. De zorg omtrent een verslaafde cliënt is complex. Uit onderzoek van Biegel (2007) blijkt dat steun van een familielid wel degelijk een positieve invloed heeft op het herstel van de cliënt zoals onthouding, verminderde terugval, algemeen functioneren, psychiatrische symptomen en de behandeling van de cliënt. Het geven van deze steun is dus belangrijk voor het herstelproces. Steun kan volgens Biegel onderscheiden worden in emotionele steun (bijv. het luisteren naar problemen), instrumentele problemen (bijv. financiële steun) en/of informatieve ondersteuning (bijv. informatie rondom de verslaving). Volgens Clark (2001) maakt voldoende financiële steun een belangrijk verschil in het herstelproces van de verslaafde cliënt, omdat cliënten vaak arm en werkloos zijn. De kwaliteit van de sociale steun (emotioneel, informatief of materieel) wordt beschouwd als een cruciale bron voor familieleden van een verslaafde cliënt, om de gezondheid van familieleden te bevorderen (Soares & Pereira, 2016).

Clark geeft aan dat de hulp van familie en andere mantelzorgers wordt geassocieerd met verminderd middelengebruik. Financiële steun is hierbij een belangrijke aspect van deze verandering. Uiteindelijk bleek dat een grotere hoeveelheid financiële steun gepaard ging met verminderd middelengebruik. Clark geeft aan dat 97,5% van de naasten ook daadwerkelijk financiële steun biedt. Gedurende een periode van zes maanden worden deze verslaafde cliënten financieel gesteund door hun naasten. Deze financiële steun bestaat volgens Clark uit meerdere soorten steun. Op de eerste plaats wordt er veel uitgegeven aan relatief grote en zeldzame uitgaven, zoals reparaties en onderhoud aan de auto. Op de tweede plek komt voedsel en kleding. De derde categorie bestaat uit vervoer, dus het heen en weer brengen van de cliënt van de ene naar de andere plek. Gevolgd door huishoudelijke zaken, zoals zakgeld, huur, elektriciteit en telefoon, en recreatieve activiteiten. Geestelijke gezondheid was de laagste categorie van de uitgaven. Opmerkelijk, want dit zou uiteindelijk de grootste kostenpost moeten zijn.

Volgens Kennedy en Horton (2011) wordt steun in immateriële en materiele steun verdeeld. Onder immaterieel wordt emotionele-, structurele-, morele-, spirituele steun of andere interpersoonlijke vormen van aanmoediging verstaan. Immaterieel wordt weer verdeeld in actieve en passieve steun. Met actieve steun wordt bedoeld: het bepalen van de behoeften van de cliënt, welk onderhoud nodig is, handelingen/activiteiten voor mogelijke problemen en het bewust afzien van deze handelingen. Daarbij staat reflecteren op hun belangrijkste zorgen, angsten en daarnaast het creëren van een veilige omgeving voor hun dierbaren centraal.

Hiertegenover staat de passieve immateriële steun: “er gewoon voor de ander zijn”. Deze steun wordt verleend zonder bewuste inspanning. Deze steun moet kenbaar maken dat de verslaafde cliënt er niet alleen voor staat.

Zoals beschreven is steun van de naaste dus zeer belangrijk voor het herstelproces van de verslaafde cliënt. Echter, er zitten een aantal keerzijden aan het geven van deze steun door de naaste aan de verslaafde cliënt. Hieronder worden een aantal gevolgen van de verslaving beschreven.

4.1.2 Gevolgen van de verslaving

Het zorgen voor een familielid met een verslaving kan veel gevolgen met zich meebrengen. Ook al denken veel naasten vaak dat helpen in het huishouden, het ondersteunen van de kinderen of het geven van financiële steun iets is wat ‘familie nou eenmaal doet’ (Kennedy en Horton, 2011). Veel naasten hebben niet door dat deze bezorgdheid vaak ook gevolgen met zich mee brengt. Meestal hebben deze gevolgen te maken met stress. Deze gevolgen zijn onder andere: isolatie, relatieproblemen, fysieke slachtofferschap, verminderde kwaliteit van leven, negatieve gevolgen voor de normale groei en ontwikkeling (van kinderen) in het gezin en fysieke effecten van de stress van het leven met een verslaafde cliënt (Biegel, et. al, 2007). Pons et, al. (2016) beweert dat ouders van verslaafde cliënten kunnen leiden aan fysieke, mentale en sociale stress die kan leiden tot depressie, somatische aandoeningen, een laag zelfbeeld, een hoge mate van angst en woede, vrezen dat hun zoon/dochter in gevaar is, wanhoop, schuld en pijn als gevolg van het gevoel dat ze gefaald hebben. De gemiddelde leeftijd van dit onderzoek valt buiten de populatie, maar de conclusie van dit onderzoek komt overeen met wat er beweerd wordt in andere artikelen: de gevolgen zijn groot voor de naasten op mentaal, sociaal en emotioneel gebied.

Hoewel het zoveel gevolgen met zich meebrengt voor de familieleden van de verslaafde cliënt, geeft meer dan de helft (56%) aan dat zij waarschijnlijk niet om hulp vragen aan anderen omtrent de zorg van de verslaafde cliënt (Biegel, et. al, 2007). Daarom is het dus van belang dat een verpleegkundige dit opmerkt en toch de nodige steun aan de familieleden biedt. Uit hetzelfde onderzoek blijkt echter dat bijna de helft van de naasten/mantelzorgers (48%) aangaven dat zij geen contact hadden met hun relatieve behandelaar tijdens een periode van zes maanden.

Naasten ervaren ook een bepaalde mate van angst tijdens de periode van de verslaving. Kennedy en Horton (2011) beschrijven in hun onderzoek de volgende soorten van angst: overlijden van de verslaafde cliënt (42%), zelfmoord of zelfbeschadiging (29%), gezondheid moeilijkheden (12%) en het verkeren in gevaarlijke situaties (6%). Er is voornamelijk angst dat de persoon niet meer beter wordt en dat de situatie blijft zoals hij is. Een voorbeeld: een respondent aan het onderzoek was bang dat zijn vrouw niet meer thuis zou komen, omdat ze onder invloed het gevaar niet meer zou zien of de weg terug naar huis niet meer zou kunnen vinden. Anderen maken zich zorgen over emotionele of sociale problemen. Zo waren een aantal familieleden bezorgd over het feit dat hun naaste niet genoeg beschikte over zelfzorg- of interactionele vaardigheden om sociaal weer voldoende geïntegreerd te raken in de maatschappij na herstel. Deze angsten veroorzaken veel stress bij de naasten. Naasten die gestrest zijn doordat ze voor een familielid met een verslaving moeten zorgen en die daardoor psychische en/of mentale problemen oplopen, zijn soms niet adequaat genoeg meer om voldoende steun te bieden aan hun familielid. Daarom is het van belang dat de verpleegkundige dit signaleert en vroegtijdig hulp aan de naaste biedt.

Een familielid wordt van de ene emotie in de andere gebracht. Ze geven om deze persoon, maar tegelijkertijd is er ook boosheid, schuld en schaamte (Biegel, et. al, 2007). Volgens Kennedy en Horton (2011) geeft 61 procent van de naasten aan dat de meeste emotie uitgaat naar boosheid/woede/geweld (32%), opvolgend door sociale terugtrekking (28%) en depressie/hopeloosheid (25%). Volgens Ju-Young en Yun-Jung (2010) zijn er nog een aantal andere emoties waar naasten mee worstelen, zoals pijn, frustratie, spanning, humeurigheid, onderdrukte emoties, machteloosheid, eenzaamheid, wantrouwen, onzekerheid, emotionele isolatie en een verminderd gevoel van eigenwaarde.

Uit bovenstaande gegevens kan geconcludeerd worden dat sociale steun een grote rol kan spelen bij het verminderen van het middelengebruik. Daarnaast komt voornamelijk naar voren, dat het niet zomaar iets is om een naaste van een verslaafde cliënt te zijn. Het brengt veel angsten, zorgen en gevolgen met zich mee.

4.2 Interventies

Steun vanuit de familie en betrokkenheid bij het herstelproces zijn geassocieerd met meer aanhoudende betrokkenheid en therapietrouw van de verslaafde. Familiebetrokkenheid kan een prikkel of ondersteuning geven voor de motivatie om te veranderen, daarom moeten families worden betrokken bij het herstelproces om het risico van een terugval te minimaliseren. Interventie-modellen moeten zich niet alleen richten op de verslaafde cliënt, maar moeten juist de familie betrekken in het herstelproces (Gruber & Fleetwood, 2004). Er zijn verschillende interventies positief bevonden om naasten te betrekken bij de zorgverlening. Hieronder volgen acht paragrafen, waarin verschillende interventies worden beschreven.

4.2.1 Community Reinforcement Approach Family Training (CRAFT)

In het onderzoek van Pons, Barrón & Guijarro (2016) wordt een methode beschreven, genaamd CRAFT. CRAFT is een effectieve interventie om de naasten te betrekken bij het herstelproces van de verslaafde cliënt dat is ontwikkeld door Smith en Meyers.

CRAFT is het vervolg op een interventie genaamd Community Reinforcement Approach (CRA). Beide interventies zijn gebaseerd op de overtuiging dat de omgeving een cruciale rol speelt bij het herstel van een individu. Deze omgeving bestaat uit familie, vrienden, werk, sociale activiteiten, en soms spirituele voorkeuren die het gedrag van wel drinken of niet-drinken versterken. Het doel van CRA is om verschillende aspecten van het milieu van een persoon te beïnvloeden, zodanig dat een sobere levensstijl meer de moeite waard wordt dan een levensstijl met alcohol. Hoewel CRAFT hetzelfde doel heeft, is het belangrijkste doel van CRAFT om een therapieresistente drinker of druggebruiker een behandeling in te laten treden (Smith, Milford & Meyers, 2004).

CRAFT wordt effectief bevonden in Amerika bij zowel volwassenen als jongvolwassenen/adolescenten die verslaafd zijn aan stoffen/middelen/activiteiten. Het behandelprogramma verbetert de geestelijke gezondheid van familieleden die niet gebruiken. Dit komt uiteindelijk doordat de verslaafde persoon uiteindelijk in behandeling treedt en zijn substantiegebruik staakt. Deze interventie leert naasten om het gevoel van eigenwaarde te verhogen en verbetert de symptomen die gepaard gaan met depressie en angst. Deze methode is het meest effectief zodra er één familielid verslaafd is en andere familieleden niet. Het eerste deel bestaat uit een training waarbij er aanpassingstechnieken worden aangeleerd. Er wordt geleerd hoe het alcohol- of drugsgebruik kan worden beïnvloed. Dit wordt gedaan door het actief aanmoedigen van familieleden om zich bezig te houden met de behandeling, het herkennen van risicovolle situaties, het in kaart brengen van het gedrag van het verslaafde familielid, preventie van huiselijk geweld, training in positieve communicatie en het in kaart brengen van activiteiten die positief gedrag versterken. Verder volgt er een training hoe familieleden de levensstijl kunnen veranderen in de gebieden die zij als onvoldoende ervaren en daarnaast worden problemen in kaart gebracht. De verslaafde cliënt wordt door zijn of haar familieleden geholpen om hulp te zoeken binnen de verslavingszorg (Pons, et al., 2016). Het tweede deel van het programma richt zich op de adolescent/jong volwassene verslaafde als de verslavingszorg reeds is ingeschakeld met behulp van hun familie. Hierbij worden aan de familieleden evenals de verslaafde nieuwe vaardigheden geleerd als communicatie, contingencymanagement en het oplossen van problemen. Deze maken het mogelijk de controle over de familiesituatie te houden. Uit dit onderzoek blijkt dat als de familiesfeer beter

¹ Contingency betekent in het Nederlands toevalligheid. Deze therapie richt zich op het verminderen van het innemen van stoffen door het versterken van onmiddellijke en tastbare beloningen voor deelname, vooruitgang en resultaten op behandelingen (Gutierrez & Sher, 2015)

is, de verslaafde persoon eerder een behandeling in gaat en voltooit. Daarnaast wordt de mentale gezondheid van de familie verbeterd. Familieleden die het programma afgerond hebben ervoeren een groter gevoel van eigenwaarde en vertoonden verminderde scores op het gebied van depressie en woede (Pons, et al., 2016).

In een tijdschrift van Drug and Alcohol Dependence (2016) is een wetenschappelijk artikel gepubliceerd, geschreven door Bischof, Iwen, Freyer-Adam & Rumpf (2016). Hierin zijn de al eerder beschreven interventies CRA en CRAFT onderzocht. Tijdens dit onderzoek bestond de CRAFT-interventie uit 12-wekelijkse sessies van 60 minuten per sessie. Aan het begin van deze interventie werd aan de CSO's² medegedeeld dat hij/zij een aanzienlijk grote impact hebben op het alcoholgebruik van ADI's³. Hierbij werd de beslissing om de behandeling te betreden vergroot, evenals het slagen van het programma met de vereiste betrokkenheid. De motivatie van de naasten werd gepeild door het toepassen van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2002). Verder werden de uitgangspunten van CRAFT en de potentiële voordelen van de behandeling uitgelegd. Daarnaast is besproken hoe de motivatie kan worden veranderd en hoe er met gevaarlijke situaties kan worden omgegaan, wanneer dat nodig is. Een voorloper van de CRAFT is de interventie CRA. Hierin krijgen familieleden communicatietraining om positieve relaties te verhogen en gedrag en veranderingen uit te leggen aan naasten op een niet-bedreigende, maar positieve manier. Daarnaast worden er strategieën gebruikt om eigen versterkende activiteiten buiten de relatie met de verslaafde te verhogen. Familieleden worden getraind om het drinkgedrag van de verslaafde cliënt te verminderen, door de interferenties⁴ van negatieve consequenties te vermijden. In dit geval moet er niet geprobeerd worden om beide zaken te bewerkstelligen. Er kan beter worden gekozen voor één gerichte aanpak, dus óf het oplossen óf het voorkomen van het probleem. Verder leren de familieleden dat goed gedrag beloond moet worden, dus wanneer de verslaafde cliënt positief gedrag vertoont, bijvoorbeeld bij het niet-alcoholisch drinken (Bischof, 2016).

In Nederland wordt CRAFT, zoals te lezen op internet, reeds gebruikt bij Jellinek (www.jellinek.nl), verslaafdaanjou (www.verslaafdanjou.nl) en readyforchange (www.readyforchange.nl/nl/Onze-behandelingen/CRAFT). Het is lastig te achterhalen of CRAFT in meerdere verslavingsklinieken in Nederland wordt gebruikt.

4.2.2 Korte strategische familietherapie & familiegedragstherapie

Er zijn verschillende soorten behandelingen voor stoornissen van middelenmisbruik, zoals diverse therapie gebaseerde strategieën, waaronder gedrags- en familiale therapieën om de verslaving onder controle te krijgen of te verminderen (Gutierrez & Sher, 2015).

In hetzelfde onderzoek van Gutierrez & Sher (2015) worden interventies beschreven waarbij naasten van de verslaafde cliënt betrokken worden. Deze zijn hieronder beschreven:

- Korte strategische familietherapie:
Deze therapie beweert dat een verslaving van een familielid voortvloeit uit een slechte interactie tussen gezinsleden. Deze therapie is dus gericht op het bijstaan van de familie in het veranderen van deze ongezonde interacties.
- Familie gedragstherapie:
Deze therapie is een combinatie van gedrags- contracten met contingency management gericht op het middelengebruik en riskant gedrag door het verstrekken van doelstellingen en het belonen van deze doelen bij elke sessie. Deze therapie richt zich op het verminderen van het innemen van stoffen door het versterken van onmiddellijke en tastbare beloningen voor deelname, vooruitgang en resultaten op behandelingen met geneesmiddelen.

² Concerned Significant Others: significant betrokken anderen.

³ Alcohol-dependent individuals: individuen die afhankelijk zijn van alcohol.

⁴ Interferentie: "wederzijdse beïnvloeding" <http://www.encyclo.nl/begrip/interferentie>

- Ook functionele familietherapie, multidimensionale familietherapie en multisysteemtherapie zijn opties. Multisysteemtherapie helpt de communicatie en de interacties tussen familieleden aan te passen (Kennedy & Horton, 2011).

Uit het onderzoek van Morgan en Crane (2010) waarbij de kosteneffectiviteit van familie gebaseerde behandeling van verslaving werd onderzocht, blijkt dat zorgsystemen en zorgverzekeraars de methode van onthouding-benadering een goedkope manier vinden om verslaafden te behandelen. Deze technieken van onthouding-benadering leiden tot “harm reductions⁵”. Deze techniek is gericht op het verminderen van de negatieve gevolgen van drugsgebruik op de samenleving, individuen en gezinnen. Ook noemen Morgan en Crane (2010) dat familietherapie niet alleen de verslaafde individuen aanpakt, maar ook zorgverzekeraars en families. Dit heeft te maken met de grotere doeltreffendheid van de individuele behandeling, familie psycho-educatie en therapie voor een peergroup. Het betrekken van de familie in de verslavingszorg is cruciaal, vanwege de potentiële positieve effecten. Wanneer het systeem om de cliënt heen (familie, broers, zussen, partner etc.) wordt behandeld, wordt de cliënt ook gezonder. Daarnaast heeft de cliënt een meer ondersteunend netwerk om hem of haar te helpen tijdens het herstelproces (Morgan & Crane, 2010). In hetzelfde onderzoek voerden Edwards en Steinglass (1995) een meta-review uit van familie-gebaseerde behandelingen en onderzochten de drie fasen van de behandeling: het aangaan van de behandeling, de behandeling en de nazorg. Zij concludeerden dat een familie-gebaseerde behandeling effectief was voor het motiveren van alcoholisten om de behandeling te starten. Dit is ook relatief meer effectief dan een individu-gebaseerde aanpak tijdens de behandeling (Morgan & Crane, 2010). Rowe en Liddle (2002) versterken de conclusie van de meta-review van Edwards en Steinglass. Rowe en Liddle (2002) onderzochten in dezelfde trend de effectiviteit van familie-gebaseerde aanpak bij adolescenten en volwassenen die behandeld werden voor drugsmisbruik. Intensieve behandelingen waarbij de familie betrokken werd, zorgde voor meer positieve effecten dan de individueel gerichte aanpak (Morgan & Crane, 2010).

4.2.3 Behavioral Couple therapy & Multicomponent adaptive stepped care treatment

Wellicht de meest bekende en empirisch beproefde methode voor het verbeteren van een drugsvrij sociaal netwerk, is om de hulp in te roepen van een drugsvrije echtgenoot of partner van de cliënt in het therapeutische proces met behulp van gedragsrelatietherapie (BCT⁶). Verschillende studies hebben aangetoond dat betrokkenheid van de echtgenoot/partner tijdens de behandeling een effectieve interventie is voor het verminderen van de alcoholconsumptie en voor het verbeteren van het innemen van disulfiram⁷. Daarnaast werden partnerrelaties verbeterd, behandelingen gehandhaafd en op langer termijn waren de verbeteringen nog zichtbaar (Neufeld & Brooner, 2005). BCT is echter minder effectief bij patiënten die afhankelijk zijn van opioïden in vergelijking met patiënten met een alcoholverslaving. Daarnaast is de deelname aan de voorgeschreven sessies van BCT sterk afhankelijk van de kosten die eraan verbonden zijn. Studies rapporteren dat de therapietrouw minder dan 50% was, ondanks de routinematige begeleiding en de kostenverlaging van de

⁵ Harm reduction: het nastreven van een daling van aan drugs gerelateerde schade, waarbij het succes van de aanpak niet noodzakelijk afhangt van een daling van het druggebruik. (Breakline, 2016) <http://www.breakline.be/breakline/harm-reduction/>

⁶ Behavioral couple therapy

⁷ Disulfiram is een hulpmiddel bij de behandeling van chronisch alcoholisme. Het positieve effect op de onthouding na een ontwenningperiode is bescheiden en slechts aangetoond in combinatie met intensieve psychosociale begeleiding (Farmacotherapeutisch Kompas, 2016).

therapie om belangrijke anderen deel te laten nemen (Neufeld & Brooner, 2005). Een aantal jaren geleden, stelde het Addiction Treatment Services een programma op waarin een interventie systematisch gebruik maakte van belangrijke anderen, om de beschikbaarheid en de omvang van een drugvrij sociale ondersteuning te verbeteren voor de opioïde verslaafde cliënt. Deze interventie is een onderdeel van de MSC-aanpak⁸. De MSC-aanpak impliceert het bevorderen van wekelijkse begeleiding. Deze aanpak richt zich voornamelijk op het helpen van de cliënt door de cliënt een hogere intensiteit van controle en begeleiding te geven. Hierin ontmoet de cliënt andere drugsvrije individuen, wat het drugsvrije sociaal netwerk versterkt. Deze interventie wijkt af van de reeds beschreven BCT-therapie of familietherapieën. Dit heeft te maken met het feit dat de patiënten elk drugsvrije persoon kan zien als steun. De deelname van de cliënt zit niet vast aan een familielid of echtgenoot die moet deelnemen, dit kan dus iedereen zijn die de cliënt als steunpunt ervaart. Een ander verschil met de MSC-aanpak is dat deze interventie zich niet alleen maar richt op het verbeteren van de kwaliteit van de relaties, maar het legt ook de nadruk op het uitbreiden van een drugsvrij sociaal netwerk. Op deze manier kunnen belangrijke anderen de verslaafde ondersteunen tijdens het herstelproces (Neufeld & Brooner, 2005).

In de Nederlandse context wordt binnen de verslavingszorg ook gewerkt met het zogenaamde 'stepped care'-model waarbij gestart wordt met een zo licht mogelijke behandelvariant; dit is afhankelijk van de ernst van het probleem. Er wordt geprobeerd zoveel mogelijk de behandeling plaats te laten vinden in een eigen omgeving. Hier heeft de cliënt gesprekken met een behandelaar. Ook heeft de cliënt contact via de mail of krijgt de cliënt opdrachten via het internet (Meyers & Wolve, 2012). In een onderzoek van Humphreys & Gifford (2007) is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van twaalf-stappenorganisaties. De zogenaamde Al-Anon, een twaalf stappenmethode, dat in Nederland wordt gebruikt. Dit zijn hulpgroepen voor gezinsleden van alcoholisten. De effecten daarvan zijn zowel in gerandomiseerde als in vergelijkende studies onderzocht. De uitkomsten tonen aan dat deelname aan Al-Anon leidt tot een afname van kwaadheid, depressie en conflicten binnen het gezin (Humphreys & Gifford, 2007). Op de site van Jellinek is te lezen dat Alateen (voor kinderen in de tienerleeftijd) ACA (voor volwassen kinderen) en NAR-Anon familiegroep (voor familie en vrienden) vormen zijn van de twaalfstappen methode die in Nederland gebruikt worden.

4.2.4 Interventieprogramma: Terugvalpreventie & verslaving in herstel

Uit een ietwat verouderd onderzoek van Gruber, Fleetwood & Herring (2001) worden verschillende domeinen beschreven die te maken hebben met een interventieprogramma. Een selectie van componenten werden geleid door het model van terugvalpreventie (Daley & Marlett, 1992; Dale, & Raskin (1991); De Jong (1994). Daarnaast werd een andere benadering voor verslaving in herstel gebruikt (Gorski & Miller, 1998). Hieruit volgden vier domeinen, waarbij de kern van de bestanddelen worden beschreven:

1. Individuele acties en cognities: gedrags- en denkpatroon van de verslaafde cliënt, waarbij de focus ligt op een levensstijl zonder afhankelijkheid van drugs- of alcoholgebruik.
2. Individuele herstelacties: gedragsveranderingen die verslaafden moeten integreren in hun dagelijkse leven om van de verslaving af te komen.
3. Familie acties en cognities: gedrags- en denkpatroon van de familie van de verslaafde. De focus ligt hierbij op het functioneren van het gezin waarbij facetten als het versterken van de ondersteuning en structuur essentieel zijn.
4. Familie herstelacties: acties die de familie moet nemen om het gebruik van de verslaafde cliënt te begrijpen. Daarnaast ondersteunt de familie de verslaafde om van de verslaving af te komen en te blijven (Gruber, et al., 2001).

⁸ Multicomponent adaptive stepped care treatment approach

Hieruit blijkt dat er bij het interventieprogramma van Gruber op twee domeinen aandacht wordt besteed aan naasten en families. De familie wordt actief betrokken in het herstelproces van de verslaafde cliënt. Dit wordt gedaan doordat het programma zich focust op het gezinsfunctioneren en de ondersteuning van de familie.

4.2.5 Familieziekte model, familiesysteemtheorie en gedragsmatige familietheorie

In een onderzoek van Meyers, Apodca, Flicker & Slesnick (2002) wordt in een analyse duidelijk aangegeven wat het belang is van het betrekken van belangrijke anderen en familieleden van personen die lijden aan verslaving. Er worden in deze analyse drie belangrijke benaderingen onderzocht waarbij een van de familieleden verslaafd is aan alcohol. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende drie benaderingen: familieziekte model, familiesysteemtheorie en gedragsmatige familietheorie. Het eerstgenoemde model, het familieziekte model veronderstelt dat niet alleen de verslaafde een ziekte heeft, maar ook de familieleden. Het alcoholisme wordt gezien als een progressieve ziekte; de familieleden van de alcoholist lijden aan wederzijdse afhankelijkheid. Alcoholisten en belangrijke anderen worden afzonderlijk behandeld, waarbij familieleden voorlichting krijgen over het alcoholisme en de wederzijdse afhankelijkheid. De meeste gezinstherapie benaderingen voor adolescenten met middelenmisbruik ontstaan uit de familiesysteemtheorie. Deze theorie beschouwt het drugsgebruik als een disfunctioneren van het gezin. De aanwezigheid of afwezigheid van alcohol of drugs wordt de bepalende factor in de interacties van het gezin. Familiesysteemtheorie stelt dat familieleden geacht worden de verslaafde te helpen bij zijn of haar verslaving. Daarnaast ontstaat een verslaving niet door individuele gedragingen maar uit een context van het systeem waarin mensen zich bevinden (Meyers, et al., 2002). Tijdens deze interventie wordt de gehele familie betrokken, waarbij rollen binnen het gezin worden geherstructureerd en patronen van communicatie worden veranderd (Meyers, et al., 2002). In Nederland kan systeemtherapie omschreven worden als een therapie die gebruik maakt van een systeembenadering. Deze benadering gaat er vanuit dat psychische problemen samenhangen met verstoorde interactiepatronen, ook wel samengevat als systeemtheorie of systeembenadering. In de praktijk kent deze benadering vooral toepassingen in het gezin of de partnerrelatie. Maar ook kan het gaan om groepen bewoners, teams of een vaste organisatie. Ook kan het op een individu worden toegepast, maar dan wordt de interactie wel vanuit de relationele context bekeken (Deth, 2014).

De laatste interventie van het onderzoek van Meyers, et al., (2002) is de gedragsmatige familietheorie. Theoretici suggereren dat de verslaafde uit gelukkige gezinnen met een goede communicatie minder kans heeft op terugval. Gedragstherapeuten werken dan ook samen met de verslaafde en de familieleden aan een sterkere relatie en de onderlinge samenhang. Familieleden worden communicatieve vaardigheden aangeleerd (Meyers, et al., 2002). CRAFT is zeer effectief bij verslaafden die eerst niet in behandeling willen. Door middel van deze interventie gaan de verslaafden uiteindelijk toch in behandeling. Gezinstherapie lijkt het meest geschikt voor verslaving van tieners. Uit deze meta-analyse blijkt dat deze drie benaderingen effectief bevonden zijn voor het behandelen van verslavingen (Meyers, et al., 2002).

4.2.6 Family education programs & family support groups & steungroepen

Een studie van Biegel, Ishler, Katz & Johnson (2007), die betrekking heeft op specifieke sociale steun van een mantelzorger, heeft het belang aangetoond om belangrijke anderen te betrekken, zoals informele- en sociale steun van familieleden, vrienden en de zorgvragers zelf. In dit onderzoek blijkt dat bijna de helft van de mantelzorgers niet in staat was om hulp te zoeken bij hun rol als zorgverlener. Deze studie wijst uit dat zorgverleners meer hulp moeten geven aan familieleden. Familie onderwijsprogramma's en familiesteungroepen zijn effectief bevonden op het gebied van drugsgebruik en zijn een belangrijk onderdeel om het sociale

netwerk van familieleden te versterken in een niet-bedreigende omgeving, op een niet stigmatiserende manier (Biegel, et al., 2007).

In Nederland zijn er verschillende sites, waarop naast contact met elkaar kunnen leggen of ervaringen kunnen delen. De site verslaafdaanjou.nl of samennuchter.nl zijn voorbeelden hiervan.

4.2.7 Anger management & cognitieve gedragstherapie

Chronische woede ten gevolge van alcoholmisbruik kan een bedreiging vormen voor de gezondheid van de familieleden, en de bereidheid tot het helpen van een cliënt met een AUD⁹. Daarnaast is boosheid een emotionele en affectieve toestand die problematisch kan zijn voor het individu en het zoeken van hulp. Boosheid hoeft op zichzelf niet problematisch te zijn, maar dat kan het wel worden vanwege de intensiteit, frequentie en de gedragseffecten (Howells & Day, 2003) (Ju-Young & Yun-Jung, 2010). Mensen die niet in staat zijn hun woede te beheersen, raken gefrustreerd en ervaren veel woede dat leidt tot het HWA-Byung, een woede syndroom.

Dit onderzoek introduceert een woede managementprogramma voor familieleden van een verslaafde cliënt, dat de familieleden helpt hoe er met onaangepast gedrag kan worden omgegaan met betrekking tot de verslaafde cliënt in het familiesysteem. Het woede managementprogramma werd uitgevoerd om de expressie van boosheid en woede meer tot uiting te laten komen voor familieleden van cliënten met een alcoholverslaving. Het programma is ontwikkeld op basis van het Anger Management Handboek voor patiënten met stof afhankelijkheid en/of psychische problemen en het woede managementprogramma (Ju-Young & Yun-Jung, 2010).

Het programma zelf bestaat uit verschillende sessies. Elke week werd er een twee uur durende sessie gehouden door de psychiatrische mental health nurse practitioner. In het begin van elke sessie werd er ontspanningstherapie gegeven, deze bestond uit buikademhaling, meditatie en aromatherapie. Daarnaast werden vooropgestelde activiteiten en groepsonderwerpen besproken, om de discussies en het aangaan van deze activiteiten te vergemakkelijken. Het doel van het woede managementprogramma was om de deelnemers te wijzen op, het ventileren van, en het omgaan met hun woede op een passende wijze met behulp van cognitieve gedragstherapie (Ju-Young & Yun-Jung, 2010). Cognitieve gedragstherapie richt zich op het verkrijgen van coping-vaardigheden. Er wordt geleerd hoe er moet worden omgegaan met de verslaving. Deze vaardigheden worden ingezet wanneer er zich een confrontatie afspeelt met situaties en gevoelens die een terugkeer naar drinken of drugsgebruik uitlokken (Gutierrez & Sher, 2015).

In de praktijk hebben verpleegkundigen, werkzaam in een verpleeghuis, de neiging om naast van een verslaafde cliënt meer te betrekken, om zo een hogere score te krijgen in het eindrapport op het gebied van mantelzorg. Hoofdverpleegkundigen moedigen verpleegkundigen aan om woede managementprogramma's voor familieleden van patiënten te ontwikkelen en te begeleiden, om ervoor te zorgen dat er bevoegde zorg wordt verleend. Binnen instellingen worden verpleegkundigen opgeleid, om naast te kunnen helpen met het beheersen van woede. Onderzoekers moeten voortdurend de effecten valideren van de programma's via herkeuring en steeds meer geavanceerde woede managementprogramma's ontwikkelen voor patiënten en hun familieleden (Ju-Young & Yun-Jung, 2010).

In Nederland worden de begrippen cognitieve therapie, gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie in de praktijk nauwelijks meer onderscheiden. Uitgangspunt van een gedragstherapie vormen steeds de klachten van de cliënt. Vanaf de eerste sessie bepaalt de

⁹ AUD's alcohol use disorders> alcoholverslaving

therapeut de therapie door het uiteindelijke therapiedoel: het verminderen van deze klachten. De cliënt wordt door de therapeut gezien als een mondige partner. Het doel en de aanpak worden zoveel mogelijk onderling overlegd tussen de cliënt en de therapeut (Deth, 2014). Deze interventie is niet primair om naasten te betrekken bij het herstelproces van de verslaafde cliënt. Wel kan het een toevoeging hebben zodra de naaste reeds meewerkt en een bepaalde mate van woede heeft ten gevolge van de verslaving. Uit het artikel van Gutierrez & Sher (2015) blijkt dat cognitieve gedragstherapie kan helpen voor de naasten om te kunnen omgaan met de woede die zij hebben ten gevolge van de verslaving.

4.2.8 Bridges Program, gezinsgerichte benadering & nazorg

Uit een onderzoek van Gruber & Fleetwood (2004) is een gezinsgerichte benadering onderzocht. Hoewel op lange termijn de effectiviteit en de doelmatigheid van interventies gericht op naasten niet goed zijn vastgesteld, groeit de effectiviteit van een gezinsgerichte aanpak bij verslaafden in herstel. Deze gezinsgerichte aanpak levert een: goede bereikbaarheid, intensieve begeleiding na een verslaving, familiebetrokkenheid, cliëntbetrokkenheid bij de planning van de behandeling, culturele gevoeligheid en niet-instructieve en niet-stigmatiserende interventies (Gruber & Fleetwood, 2004).

“The Bridges Program” is een intensief programma gericht op het vergroten van de kans op herstel op lange termijn door in een vroeg stadium te focussen op aanpassingsproblemen op het gebied van werk, familie en de samenleving in combinatie met een behandelingsschema. Het doel van dit programma is om de verslaafde te helpen om het herstelproces te handhaven, om het gedrag en de rollen aan te pakken binnen het gezin door de familie bij het herstelproces te betrekken en om de relaties binnen het gezin te behouden en te versterken. Het programma helpt de cliënt en zijn of haar familie in herstel om vaardigheden te ontwikkelen, om terugval te voorkomen en het netwerk binnen het gezin te versterken. Hierbij worden probleemoplossende, cognitieve- en gedragsmatige vaardigheden aangeleerd om situaties of omstandigheden die kunnen leiden tot een terugval te vermijden.

Verslaafden en hun families hebben vaak behoefte aan extra interventies, ondersteuning en onderwijs na de deelname van de verslaafde in primaire (intensieve ambulante) behandeling programma's. In de nazorgfase na primaire behandeling, kregen de deelnemers in het onderzoek van Gruber & Fleetwood (2004) groepstherapie of de 12-stappentherapie aangeboden. De meeste instanties die extramurale zorg leveren, kunnen deze therapieën aanbieden. Wanneer gezinnen worden opgenomen, wordt de rol van de familie meestal beperkt tot het aanpakken van gezinstherapie. Er moet in het algemeen meer aandacht worden besteed aan terugvalpreventie. Dit kan al gedaan worden door een bezoek te brengen door hulpverleners aan de verslaafde cliënt en zijn of haar familie. Zo kan er door een professional gekeken worden hoe de situatie thuis is en of er risico's zijn voor de verslaafde cliënt en/of de naasten (Gruber & Fleetwood, 2004).

In deze bovenstaande subparagrafen zijn interventies beschreven die bij kunnen dragen aan het betrekken van naasten van verslaafde cliënten in het herstelproces.

4.3 Inschakelen van naasten

Een gericht antwoord op de derde deelvraag vanuit systematische literatuurstudie is niet gevonden. Dit valt echter wel te verklaren. In een onderzoek van Biegel, et al., (2007) zoals in paragraaf 4.1 reeds beschreven is, blijkt dat een groot gedeelte van familieleden van verslaafde cliënten aangaven dat ze geen hulp aan anderen vragen bij het verstrekken van steun binnen het herstelproces. Wel zijn factoren beschreven die te maken hebben met het vragen om professionele hulp. Het belang van het ondersteunen en het betrekken van de familie tijdens het herstelproces is op grote schaal aangetoond (Pons, Barrón, Guijarro, 2016).

“You can lead a horse to water but you can’t make it drink”. Hiermee wordt bedoeld dat niemand een persoon kan dwingen om professionele hulp te zoeken, dit veroorzaakt alleen maar dat de verslaafde meer gaat gebruiken (Kingston, 2011).

Hoewel drugsmisbruik algemeen bekend is als een complex bio-psychosociaal fenomeen¹⁰, wordt middelen/stof afhankelijkheid in de studie van Mattoo, Basu, Nebinani, Kulhara (2013) beschouwd als een “familieziekte”. Een persoon die afhankelijk is van een stof of middel binnen een gezin, treft bijna alle aspecten van het gezinsleven. Dit kan gaan om de interpersoonlijke en sociale relaties, vrije tijd, activiteiten en financiën. Stofafhankelijkheid verhoogt conflicten, heeft een negatieve invloed op familieleden en geeft een bepaalde mate van belasting. De nadruk wordt echter vaak nog gelegd op het individu dat het probleem heeft, waarbij de familie niet gehoord wordt (Mattoo, et al., 2013).

In het onderzoek van Kennedy & Horton (2011) blijkt dat 68% van de familieleden (54 in totaal) gezegd hebben dat ze niet genoeg betrokken zijn bij de behandeling of de planning van de behandeling. De meeste familieleden hebben wel een psycho-educatie gekregen (83%), maar geen informatie ontvangen over familiesteungroepen of familieproblemen (83% had dit niet). Daarnaast is 96% van deze familieleden niet gevraagd om ook maar iets te beoordelen over de behandeling. Slechts drie van de 54 zochten hulp van anderen: een bij een counselor¹¹ en twee bij een ander familielid (Kennedy & Horton, 2011).

Soms wordt het herstel van de verslaafde cliënt overschat en de bijkomende problemen onderschat door familieleden. Hoewel sommige familieleden wel op de hoogte zijn van wat cliënten allemaal te wachten staat tijdens het herstel, waren de meeste dat niet. Wanneer familie de inspanningen om clean en nuchter te blijven niet herkennen, geloofden de familieleden vaak dat de cliënt een vollediger herstel onderging dan daadwerkelijk het geval was. Zonder informatie over het herstelproces, konden de familieleden de staat van het herstel niet goed peilen. Daarnaast was het niet goed mogelijk om lastige onderwerpen te bespreken. Familieleden die niet weten dat de verslaafde in herstel is, of die de omgevingsfactoren, bijwerkingen of stress niet begrijpen verhogen de kans op een terugval, zonder het zich te realiseren (Kennedy & Horton, 2011).

4.3.1 Ouders van verslaafde adolescenten

Ouders van verslaafde adolescenten ervaren vormen van psychologische, mentale en sociale stress die kan leiden tot depressie, somatische aandoeningen, een laag zelfbeeld, een hoge graad van woede, wanhoop, schuld en het gevoel te hebben gefaald als ouders (Pons, et al., 2016).

In het onderzoek van Choate (2015) beschrijven ouders dat het ontdekken van de verslaving van de adolescent een proces was, dat ontstond in lagen, op niet-lineaire wijze. Ontdekking van middelengebruik is beschreven op drie verschillende manieren. De eerste manier is om geconfronteerd te worden met direct bewijs dat er een significant probleem is. Dit kan gaan om een overdosis waarvoor onmiddellijke opname vereist is, of een arrestatie in verband met middelengebruik of wangedrag, of geweld waarbij het individu onder invloed was. De tweede manier van toevallige ontdekking was heel gewoon. Ouders ontdekten spullen die te maken hadden met de verslaving, als kleine hoeveelheden drugs of flessen alcohol. De derde manier om erachter te komen, was dat per ongeluk broers, zussen of vrienden een opmerking maakten over het gebruik (Choate, 2015).

Ouders vroegen om formele hulp, zodra zij voelden dat het gedrag van de adolescent nu ver boven de capaciteiten lag van de ouders om er mee om te kunnen gaan. De meeste ouders voelden een mate van machteloosheid, alles wat ze probeerden leek niet effectief. Vanuit hier zochten de ouders hulp bij de jeugdzorg of verslavingszorg. Dit was een grote stap en vaak ervoeren de ouders de hulp als teleurstellend. Ouders hadden het idee dat professionals niet

¹⁰ Een combinatie van biologische, psychologische en sociale bepaaldheid
<http://www.encyclo.nl/begrip/biopsychosociaal>

¹¹ Laagdrempelige hulpverlener bij problemen en vragen met emotionele (psycho-sociale) achtergronden <http://www.encyclo.nl/begrip/COUNSELOR>

goed wisten wat middelen afhankelijkheid betekent. Professionals waren zeer terughoudend in het gebruik van termen als afhankelijkheid en verslaving (Choate, 2015).

4.3.2 Problematisch middelenmisbruik

Problematisch alcoholgebruik staat verwant aan huwelijksproblemen. Probleem drinken bij een van de echtgenoten wordt geassocieerd met meer psychische en lichamelijke problemen bij de niet verslaafde echtgenoot, alsmede echtelijke agressie, scheiding en echtscheiding. De niet verslaafde echtgenoot kan de negatieve impact van de alcohol drinkende partner verbeteren, als deze betrokken wordt bij de behandeling (Meyers & Apodaca, 2002). De effectiviteit van familietherapie bij verslaafde adolescenten is meer onderzocht dan familietherapie bij verslaafde volwassenen. Dit heeft te maken met de situatie dat adolescenten meestal nog met het gezin van herkomst leven. Daarnaast zijn adolescenten vaak nog niet zo lang verslaafd als de meeste volwassen gebruikers. Hierdoor kan de familie meer gemotiveerd zijn om de verslaafde te helpen in zijn of haar herstelproces (Meyers & Apodaca, 2002)

Sánchez-Queija, Oliva, Parra & Camacho (2016) hebben een longitudinale analyse gedaan naar de rol van het familie functioneren in middelenmisbruik. Hieruit is gebleken dat gebruik van stoffen zoals tabak, alcohol of cannabis vaak voorkomen tijdens de adolescentie en de jongvolwassenheid. Zorgzame familiebanden spelen een aanzienlijke rol in de preventie ervan. Jongens en meisjes die zorg en ondersteuning hebben ervaren tijdens de kindertijd en binnen een samenhangend familieleven tijdens de adolescentie en de volwassenheid, vertoonden minder middelenmisbruik (Sánchez-Queija, 2016).

4.4 Aanbod van hulpverleners voor naasten

Een antwoord op de laatste deelvraag is via het literatuuronderzoek niet verkregen, doordat er weinig bekend is over de wensen en behoeften van naasten van verslaafde cliënte. Daarom wordt in deze paragraaf voornamelijk besproken wat het aanbod is van hulpverleners op dit moment, hoe naasten deze hulpverlening ervaren en of dat aansluit bij wat naasten nodig hebben.

In veel studies wordt er alleen gekeken naar de sociale steun in het algemeen, en niet perse naar de steun aan de naasten van de verslaafde cliënt. Daarom onderzocht Biegel (2007) welke sociale steun mantelzorgers ondervinden. In eerder onderzoek met familieleden van volwassenen met een psychische aandoening bleek dat gezinsleden matige tot hoge algemene sociale steun krijgen. Deze mantelzorgers meldden echter dat ze weinig of geen mensen hadden in hun omgeving waar ze mee konden praten over de zorg van een familielid. Hiermee wordt niet alleen bedoeld dat deze mensen er niet zijn binnen hun omgeving, maar ook dat ze het onwaarschijnlijk vinden om iemand uit hun omgeving om hulp te vragen. Daarom zijn bijvoorbeeld familieonderwijsprogramma's of familiesteungroepen om voor deze sociale ondersteuning te zorgen. Deze steungroepen in het bijzonder kunnen familieleden helpen zichzelf te identificeren en het bespreekbaar maken van hun problemen met betrekking tot de verslaving van hun familieleden en de behandeling hiervan.

In een onderzoek van Kennedy & Horton (2011) naar de betrokkenheid van familie bij de behandeling, gaf 68% aan dat ze niet bij de behandeling van de verslaafde cliënt betrokken werden. Degenen die wel betrokken werden bij de behandeling, gaven aan dat ze meer betrokken wilden worden. Dit wilden ze graag, omdat ze hun familielid beter wilden begrijpen, informatie aan de behandelaars wilden geven en in staat wilden zijn om hun familielid te kunnen helpen en ondersteunen. De meesten hadden geen familie psycho-educatie (83%) gekregen, geen informatie over familiesteungroepen en geen hulp als ze problemen in hun familie ervoeren. Bij een evaluatie werd hen gevraagd hoe zij omgingen met de ziekte van hun partner/familielid. Hierbij gaf 28,6% aan dat ze probeerden te communiceren met de cliënt, 21,4% gaf aan dat ze afstand hielden tussen zichzelf en de cliënt en 19,6% gaf aan dat ze ermee probeerden om te gaan aan de hand van gebed en/of meditatie. Slechts drie zochten

hulp bij anderen. In de meeste gevallen wilden de familieleden de verslaafde cliënt helpen, maar waren ze simpelweg niet voldoende geïnformeerd over hoe ze hen het beste konden helpen.

Kennedy & Horton (2011) beweerden ook dat familieleden aangaven dat de behandelaars vaak onvoldoende informatie gaven over de ziekte, symptoomherkenning, de medicatie en het herstelproces. Daarnaast waren er vaak ook misverstanden tussen de hulpverlener en de familie, wat een gevoel van 'nutteloosheid' bij de familie veroorzaakte en waardoor de familie uiteindelijk negatief actief was in het herstel.

De grootste belemmeringen waren volgens de familie verkeerde interpretaties van handelen en niet-handelen, misverstanden en onvoldoende kennis over de ziekte en het herstel hiervan. Wanneer familieleden geen kennis over de ziekte hebben en hierbij de invloed van omgevingsfactoren niet kennen op het herstel van de cliënt, de bijwerkingen van bepaalde medicijnen en stress verhogende situaties niet kennen, hebben ze ook geen besef dat dit risico heeft op het herstelproces. Door voldoende informatie kunnen familieleden zich bijvoorbeeld bewust worden van het risico voor verslaafden van het nemen van één drankje op een feestje. Op deze manier realiseren ze zich wat het effect is van één drankje bij een verslaafde cliënt (Kennedy & Horton, 2011). Uiteindelijk hebben familieleden behoefte aan genoeg informatie, zodat zij zich hierop kunnen aanpassen in het dagelijkse leven en tijdens de ondersteuning van de verslaafde cliënt. Het is de taak van de professionals om de familie te betrekken in therapeutische processen en sociale steungroepen, het geven van psycho-educatie en andere diensten die ervoor zorgen dat de familie meer betrokken wordt. Familieleden geven aan dat ze vaak wel geïnteresseerd zijn in dergelijke diensten, maar dat ze die niet aangeboden krijgen. Professionals moeten inzien dat dergelijke diensten niet alleen van belang zijn voor het bevorderen van het herstelproces van de verslaafde cliënt, maar ook voor het bevorderen van de kwaliteit van leven van het gezin. Volgens Anastasiadou (2016) is het van cruciaal belang hoe eerder de familie van de verslaafde cliënt geholpen wordt, de kwaliteit van leven van deze personen ook behouden blijft.

Uit de in paragraaf 4.1 beschreven soorten steun blijkt dat familieleden voornamelijk gebrek hebben aan sociale en informatieve steun, terwijl ze hier wel behoefte aan hebben. Dit kan worden opgelost door de juiste interventies, beschreven in paragraaf 4.3 toe te passen op de familieleden/partners.

4.5 Resultaten praktijk

Tijdens het praktijkonderzoek werden naasten gevraagd naar de verschillende soorten steun die zij ervaren. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen de volgende soorten steun: sociale-, informatieve-, praktische- en materiële steun. Zie bijlage 7 voor de uitwerking van deze soorten steun.

4.5.1 Interviews

1. *Hoe worden naasten ondersteund door verpleegkundigen tijdens het zorgproces van de verslaafde cliënt?*

Respondent 1: Deze respondent vertelde dat ze wel eens mee ging naar de verslavingskliniek, of dat ze gevraagd was om ook bij haar zoon thuis te komen. Hierbij waren soms psychiatrische verpleegkundigen aanwezig, maar echte ondersteuning heeft deze respondent niet ervaren. Ze kreeg informatie, maar ze moest er wel naar vragen. Ze wilde niemand tot last zijn, maar wilde wel graag betrokken worden. Ze had het idee dat ze meer tot last was dan dat de hulpverleners begrepen dat ze juist wilde helpen.

Respondent 2: Deze respondent heeft veel gehad aan de ondersteuning en het samenwerken van de verpleegkundige, maar ze moest dit wel zelf aangeven samen met haar partner. Ze heeft een cursus gevolgd waarin haar werd aangeleerd hoe ze motiverende gespreksvoering toe moet passen. In het begin werden ze buiten de gesprekken gehouden, dit had overigens

wel te maken met dat het feit dat haar zoon een dubbel diagnose had. Maar na ze te overtuigen dat samenwerking met ouders (naasten) beter is, is dat uiteindelijk wel gebeurd. In de loop van het proces is er een vangnet om hem heen gebouwd.

2. *Aan welke ondersteuning hebben naasten behoefte? (materieel, sociaal, emotioneel, informatief, financieel)*

Respondent 1: Deze respondent kreeg informatie, zolang ze ernaar vroeg. De rest van de vormen heeft ze niet ervaren. Sociale en emotionele steun werden gezocht bij familieleden, bijvoorbeeld bij haar partner.

Respondent 2: Deze respondent heeft geen informatie gekregen. Pas toen ze de hulpverleners ervan had overtuigd dat het beter is om samen te werken, verliep het herstelproces beter. Uiteindelijk zijn ze wel betrokken, maar ze zijn ook doorgestuurd naar Jellinek om daar maar gesprekken te voeren. Hier hadden zij en haar partner zeker behoefte aan.

3. *Wat is volgens naasten de beste manier om hen te betrekken bij de zorgverlening?*

Respondent 1: Deze respondent vertelde dat ze open communicatie en onderlinge samenhang erg belangrijk vindt. Zo voelt ze zich gehoord en heeft ze het idee dat ze kan helpen en niet tot last is voor wie dan ook.

Respondent 2: Het liefst ziet ze een duidelijk lijntje tussen de behandelaar en in dit geval de ouder. Ze wil dat er meer contact is bij bijvoorbeeld het niet nakomen van afspraken. Door te zeggen als hulpverlener (in dit geval verpleegkundige): “Als je hier niet aan houdt, dan nemen we contact op met je ouders”. Er moet een vangnet gecreëerd worden om de verslaafde heen. Een verbeterpunt wordt nog genoemd dat alle verpleegkundigen, zodra er een intake is, aan de ouder of naastbetrokkene vragen of ze behoefte hebben aan informatie over een verslaving. Dit kan een boekje zijn, beeldmateriaal of mondeling. Verder noemt deze respondent nog dat door de bezuiniging de kwaliteit van zorg wel achteruit gaat. En we weten allemaal: uiteindelijk levert het geld op.

Algemeen samenvattend: Helaas is er tijdens het zorgpodium met maar twee respondenten gesproken. Wel hebben mensen ter plekke nog de online enquête ingevuld. Maar om er toch wat dieper en verder op in te gaan zijn gesprekken meer relevant. Zo kan er verder worden doorgevraagd wanneer verduidelijking nodig wordt geacht. Natuurlijk zijn twee respondenten veel te weinig om een goed gefundeerde conclusie en aanbeveling te kunnen schrijven. Samen met de online enquête die vijf respondenten opleverden, is er toch een beperkt beeld te schetsen over wat naastbetrokkenen vinden over de zorg en hoe zij in het proces betrokken worden.

Uit de interviews blijkt dat naasten weinig steun hebben ervaren en niet voldoende betrokken werden tijdens het herstelproces. Zodra naasten aangaven dat ze meer betrokken wilden worden, kregen ze voornamelijk meer informatie. Andere vormen van steun blijven oppervlakkig. Naasten hadden graag gezien dat hulpverleners uit zichzelf meer informatie geven over wat een verslaving is en wat dat met zich mee kan brengen. Alleen een vraag over wat een naaste weet kan al veel opleveren, waarop geanticipeerd kan worden. Open communicatie met en voor de naaste is het meest van belang.

4.5.2 Enquête

De opgestelde enquête werd geplaatst op 9 december om 12.30 uur en werd verwijderd op 24 december om 00.00 uur. Uiteindelijk hebben mensen dus 15 dagen de mogelijkheid gekregen om de enquête in te vullen. Er is promotie gemaakt op de sociale media van Jellinek, die de enquête daar heeft gepubliceerd. Daarnaast hebben beide onderzoekers ook de enquête op hun eigen sociale media bekend gemaakt (zie bijlage 8). Deze promotie heeft geleid tot vijf ingevulde enquêtes. Opmerkelijk hierbij is dat er 690 mensen de link hebben aangeklikt om de enquête te bekijken, maar uiteindelijk hebben van deze grote groep maar vijf mensen de enquête ingevuld (zie bijlage 7). Hierbij was één respondent die de Nederlandse taal niet

voldoende beheerste. Daarom is deze respondent niet geïnccludeerd in de conclusie, maar hieronder valt wel te lezen wat hij/zij heeft geschreven.

De enquête werd ingevuld door volwassenen tussen de 30 en 56 jaar oud. In dat opzicht voldoen ze dus aan de selectiecriteria, omdat naasten minimaal 20 jaar oud moesten zijn. Van de vijf respondenten vulden drie vrouwen en twee mannen de enquête in. Daarnaast hebben drie hiervan het middelbare beroepsonderwijs afgerond en twee hiervan het hoger beroeps onderwijs. Twee gaven aan een broer/zus als verslaafde te hebben, één was de partner, één was het kind en één was de ouder van een verslaafde cliënt. De uitwerking hiervan is te zien in bijlage 7. Hieronder wordt de ingevulde enquête per vraag verder uitgewerkt en wordt er een samenvatting aan verbonden.

Hoe wordt/werd u als naaste ondersteund door verpleegkundigen tijdens het herstelproces van uw verslaafde partner/ouder/kind?	
Respondent 1	Ik woon nu verder weg van mijn broer, maar toen ik nog dichterbij hem woonde, kreeg ik af en toe informatie van de verpleegkundige. Maar deze was zeer oppervlakkig. Verder geen van bovenstaande steunen ervaren.
Respondent 2	Wij zijn met ons gezin nooit in contact gekomen met de hulpverlening. Was moeilijk om te vinden. Bovendien hadden mijn ouders zo veel schaamte en schuldgevoel dat zij ook niet goed durfden.
Respondent 3	In de jaren '70 was er geen ondersteuning voor het kind van een verslaafde vader.
Respondent 4	Moeilijk
Respondent 5	Informatieve steun

Samenvattend: De naasten hebben weinig steun ervaren van de verpleegkundigen, dan wel van andere hulpverleners. Als er steun werd gegeven, werd dit voornamelijk gedaan door informatieve steun te bieden.

Welke problematiek ervaart u/heeft u ervaren in het omgaan met de verslaafde en de verpleegkundigen?	
Respondent 1	Ik werd niet goed op de hoogte gehouden van de behandeling. Er was geen afstemming.
Respondent 2	Dit kan ik persoonlijk niet goed beantwoorden, maar wel vanuit mijn professie. Wat ik terug hoor van familie en naasten is dat zij vaak het gevoel hebben tot last te zijn en daardoor op afstand worden gehouden.
Respondent 3	Trauma's.... Geen verpleegkundige hulp
Respondent 4	Weinig aandacht voor de thuiskomst van de verslaafde
Respondent 5	Mensen vraag voor liefde... daarom mensen gaan aan verslaving kiezen.

Samenvattend: De naasten worden over het algemeen niet voldoende betrokken bij de behandeling. Eén respondent geeft vanuit haar professie aan dat dit komt doordat naasten het gevoel hebben tot last te zijn en daarom op afstand worden gehouden. Een andere respondent geeft aan dat er weinig aandacht is voor de thuiskomst van de verslaafde cliënt.

Hoe zou u betrokken willen worden tijdens het herstelproces, wat heeft u daarin nodig?	
Respondent 1	Ik wil meer op de hoogte worden gehouden en meer afstemming. Ook al woon ik nu verder weg. Ik ben wel de eerste (hoofd) contactpersoon, dus wil ik graag weten hoe het gaat en wat er gebeuren gaat.
Respondent 2	Ik zou willen dat er meer aan naasten gevraagd wordt wat er al is geprobeerd (wat werkte wel en wat werkte niet) en wat er volgens hen nu moet gebeuren en waar ze behoefte aan hebben. Dit is in elke fase van de behandeling en een evaluatie op het einde.
Respondent 3	Ja
Respondent 4	Meer gezamenlijke gesprekken dan wel een op een gesprekken
Respondent 5	LIEFDE IS ESSENTIEEL EN VAN GROOT BELANG IN LEVEN!

Samenvattend: Over het algemeen willen de naasten meer betrokken worden bij de hulpverlening. Door de naasten te betrekken, kunnen hulpverleners erachter komen wat er al is geprobeerd bij de naaste en wat er volgens de naasten moet gebeuren en waar ze behoefte aan hebben. Daarnaast geeft één respondent aan dat hij/zij gezamenlijke gesprekken belangrijk vindt.

Algemeen samenvattend: Naar de mening van de naasten, die deze enquête hebben ingevuld, worden zij onvoldoende betrokken bij de hulpverlening van de verslaafde cliënt. De enige steun die zij ervaren tijdens het herstelproces van de verslaafde cliënt is informatieve steun. Zij willen graag meer betrokken worden bij de hulpverlening door bijvoorbeeld met de naasten in gesprek te gaan over en/of met de verslaafde cliënt, waarbij naasten kunnen aangeven wat er is geprobeerd, of dit werkte en hoe de naasten dit denken over te zetten in (vervolg)stappen. De enquête heeft ervoor gezorgd dat de onderzoekers een beter beeld hebben gekregen van de steun van hulpverleners aan de verslaafde cliënt.

5. Discussie

In dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op de uitkomsten van het onderzoek. Daarnaast worden mogelijke beperkingen van het onderzoek beschreven.

5.1 Belangrijkste resultaten

Naasten van verslaafde cliënten steken veel tijd en geld in de zorg rondom de verslaafde cliënt. Maar vaak krijgen ze niet voldoende informatie van de verpleegkundige over de ziekte en de zorg rondom hun verslaafde naaste. Hier hebben ze echter wel behoefte aan. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de naaste niet voldoende betrokken wordt tijdens het herstelproces van de verslaafde cliënt. In het praktijkonderzoek komt hetzelfde naar voren. Naasten krijgen geen steun, tenzij er naar gevraagd wordt. Ze krijgen dan vooral steun in de vorm van informatie, maar niet op sociaal, materieel en praktisch gebied. In de literatuur worden verschillende interventies beschreven die ervoor kunnen zorgen dat de naaste beter betrokken wordt bij het herstelproces van de verslaafde cliënt. In Nederland worden reeds interventies gebruikt, zoals de stappenmethode, systeemtherapie, hulpgroepen voor naasten (als sites verslaafdaanjou.nl of samennuchter.nl) en cognitieve gedragstherapie. Een interventie die nog niet veel in Nederland gebruikt wordt, maar wel in meerdere artikelen als een effectieve interventie wordt neergezet, is de CRAFT interventie. CRAFT heeft als belangrijkste doel om een therapieresistente drinker of druggebruiker een behandeling in te laten treden. De interventie is gebaseerd op de overtuiging dat de omgeving een cruciale rol speelt bij het herstel van een individu. Dus ondanks dat de literatuur beschrijft hoe belangrijk het betrekken van naasten van de verslaafde cliënt is, blijkt uit het praktijkonderzoek dat hier weinig gehoor aan gegeven wordt.

Een opmerkelijk gegeven is dat er 690 mensen de link hebben aangeklikt om de enquête te bekijken, maar uiteindelijk hebben van deze grote groep maar vijf mensen de enquête ingevuld. Doordat iedereen op de sociale media de link heeft kunnen aanklikken, heeft dit invloed kunnen hebben op het aantal bezoekers van de enquête. Mensen die namelijk geen naasten van verslaafde cliënten zijn, maar benieuwd zijn naar de inhoud van de enquête, hebben ook de gelegenheid gehad om de enquête te bekijken. Dit heeft invloed op de controleerbaarheid, validiteit, en betrouwbaarheid, omdat er niet kan worden aangetoond of alle bezoekers van de enquête ook daadwerkelijk naasten van verslaafde cliënten zijn.

De vraag is waar deze grote groep vandaan komt, maar de grootste vraag is waarom er dan uiteindelijk maar vijf mensen de moeite hebben genomen om ook daadwerkelijk de enquête in te vullen. Wellicht vinden naasten van verslaafde cliënten het lastig om hulp te zoeken, voelen ze zich niet anoniem genoeg of waren de vragen te ingewikkeld. Er zijn genoeg redenen te bedenken wat maakt dat naasten de enquête niet hebben ingevuld. Om er achter te komen waarom er zo weinig respons is, is op zijn minst een onderzoek waard om de achterliggende gedachte hiervan te onderzoeken.

5.2 Sterke en zwakke punten

Het grootste deel van het onderzoek bestond uit het zoeken in de literatuur naar wetenschappelijke artikelen die betrekking hebben op de betrokkenheid van naasten van verslaafde cliënten. Het bleek dat alleen de juiste zoekstring kon leiden naar relevante informatie. Vervolgens bleek dat er weinig bekend was rondom dit onderwerp. Hierdoor werden niet alle deelvragen volledig beantwoord. Toch is er uit het literatuuronderzoek een goed beeld gecreëerd hoe de hulpverlening tot op heden de naaste van de verslaafde cliënt betreft bij het herstelproces. Op basis van de antwoorden op de hoofdvraag en de deelvragen kan weer verder onderzoek worden gedaan om uiteindelijk de kwaliteit van de verpleegkundige ondersteuning aan de naasten van een verslaafde cliënt te verbeteren.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de onderzoekers de interviews afzonderlijk hebben afgenomen en deze vervolgens ook afzonderlijk hebben uitgewerkt. De interviews werden door onderzoeker één afgenomen en onderzoeker twee werkte het interview uit. Dit zorgde

voor een verhoogde betrouwbaarheid van de resultaten van de interviews. Daarnaast is de literatuur afzonderlijk van elkaar onderzocht en beoordeeld. Vervolgens zijn de artikelen gezamenlijk beoordeeld in Atlas.ti. Dit leidde tot unanieme gegevens om het onderzoek mee te onderbouwen.

Een zwak punt van het onderzoek is de lage respons van het praktijkonderzoek. Uiteindelijk hebben er zeven mensen deelgenomen aan dit onderzoek. Twee respondenten gaven een interview en vijf vulden de enquête in. Hieruit kan daarom geen volwaardige conclusie worden getrokken. Om een zo betrouwbaar mogelijk beeld te krijgen van de respondenten, moesten de respondenten hun leeftijd, geslacht en opleidingsniveau aangeven. Aan het onderzoek deden mensen van verschillende leeftijden mee, zowel mannen als vrouwen en zowel hbo-opgeleiden als mbo-opgeleiden. Er was echter één respondent die de Nederlandse taal onvoldoende beheerste, en daarom buiten de selectiecriteria viel. Hier werd daarom ook geen conclusie uit getrokken.

Ondanks de geringe respons van het praktijkonderzoek is de validiteit en betrouwbaarheid toch verhoogd. In alle artikelen die werden gebruikt voor de literatuurstudie, speelde het onderzoek zich af buiten Nederland. En hoewel het literatuuronderzoek hier voornamelijk uit bestaat, komen de verkregen resultaten van het praktijkonderzoek wel overeen met de literatuurstudie. Dit kan een indicatie zijn dat de situatie in Nederland vergelijkbaar zou kunnen zijn met de resultaten die verkregen zijn uit onderzoeken buiten Nederland. Uit de interviews en de enquête blijkt namelijk hetzelfde wat ook geconcludeerd wordt uit de literatuurstudie. De validiteit en betrouwbaarheid van de enquête en de interviews is niet hoog door de geringe respons, maar dit wordt sterker doordat de uitkomsten van het praktijkonderzoek ondersteund worden door de resultaten uit de literatuurstudie.

5.3 Implicaties voor de praktijk

Uiteindelijk is er een beeld gecreëerd hoe de hulpverlening tot op heden de naaste van de verslaafde cliënt betreft bij het herstelproces. Er is dus een huidige situatie geschetst en hierbij zijn bijbehorende interventies beschreven die deze huidige situatie zouden kunnen verbeteren. Het is van belang dat dit onderzoek gedaan is, omdat er weinig bekend is over dit onderwerp in Nederland. Door dit onderzoek is de urgentie van het betrekken van naasten van de verslaafde cliënt duidelijk geworden. Hierdoor kan de verslavingszorg inzien wat het belang is om naasten te betrekken en hieruit kunnen wetenschappers getriggerd worden om meer onderzoek te doen naar dit onderwerp in Nederland. Wanneer er daadwerkelijk meer onderzoek naar wordt gedaan en interventies geïmplementeerd worden in de praktijk, kan dit ervoor zorgen dat naasten minder angsten en gevolgen ervaren bij het steunen van hun verslaafde, wat uiteindelijk ook tot sneller herstel kan leiden bij de verslaafde cliënt.

6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt er per paragraaf antwoord gegeven op de verschillende deelvragen van dit onderzoek. Uiteindelijk wordt daarmee ook de hoofdvraag beantwoord.

6.1 Steun aan de verslaafde cliënt en de gevolgen voor naasten

Hoe ziet de zorg aan de verslaafde cliënt eruit?

De zorg omtrent een verslaafde cliënt is complex. Maar, hulp van familie en andere betrokkenen wordt geassocieerd met verminderd middelengebruik. De hulp die naasten hierbij geven zijn onder andere emotionele, instrumentele, informatieve en sociale steun. Onder instrumentele steun valt financiële steun. Financiële steun wordt als grootste aandeel gezien. Financiële steun wordt in een onderzoek van Clark door 97,5% van de naasten gegeven aan de verslaafde cliënt. Het geven van steun aan de verslaafde cliënt kent ook gevolgen voor de naasten. Naasten van verslaafde cliënten kennen veel angsten. Bijvoorbeeld dat er iets gebeurt met de verslaafde, zoals overlijden, zelfmoord of zelfbeschadiging. Er is voornamelijk angst dat de persoon niet meer beter wordt en dat de situatie blijft zoals hij is. Maar er zijn ook veel naasten die zich zorgen maken over de toestand hoe de verslaafde terugkeert in de maatschappij. Kortom: naasten worden van de ene emotie in de andere gebracht. Ze geven om deze persoon, maken zich zorgen, maar tegelijkertijd is er ook boosheid, schuld en schaamte. Veel naasten hebben niet door dat deze bezorgdheid vaak ook gevolgen met zich mee brengt. Veelal hebben deze gevolgen te maken met stress, waarbij de kwaliteit van leven behoorlijk kan verslechteren bij deze naasten. Hoewel het zoveel gevolgen met zich meebrengt, geeft meer dan de helft aan (56%) dat zij waarschijnlijk niet om hulp vragen aan anderen bij de zorg van de verslaafde cliënt.

6.2 Interventies

Welke verpleegkundige interventies worden beschreven om naasten te betrekken bij het herstelproces van de verslaafde cliënt?

In dit literatuuronderzoek zijn verschillende interventies beschreven die positief bevonden zijn om naasten te betrekken bij de zorgverlening van de verslaafde cliënt. Het belang van het ondersteunen en het betrekken van de familie tijdens het herstelproces is op grote schaal aangetoond. Het betrekken van de familie in de verslavingszorg is cruciaal. Wanneer het systeem om de cliënt heen (familie, broers, zussen, partner etc.) wordt betrokken, wordt de cliënt ook gezonder. Ook heeft de cliënt een meer ondersteunend netwerk om zich heen, hierdoor gaat de cliënt eerder hulp zoeken en de behandeling voltooien. In dit onderzoek zijn interventies beschreven gericht op naasten van verslaafde cliënten. Met name CRAFT wordt in meerdere onderzoeken effectief bevonden. Daarnaast zijn andere interventies beschreven, zoals: korte strategische familietherapie, familiegedragstherapie, familie gebaseerde therapie, behavioral couple therapy (BCT), multicomponent adaptive stepped care treatment (MSC-aanpak), familieziekte model, familiesysteemtheorie, gedragsmatige familietheorie, interventieprogramma gericht op terugvalpreventie en verslaving in herstel, Bridges Program, gezinsgerichte benadering & nazorg, familie educatie programma's, familiesteungroepen en anger management (woedebeheersing). Er is een terugkoppeling gemaakt naar Nederland door te kijken welke bovenstaande interventies reeds ingezet zijn in Nederland. Naast CRAFT worden ook gedragstherapieën, cognitieve therapie, familiesysteemtherapieën, stappenmethode en zelfhulpgroepen reeds ingezet om naasten zoveel mogelijk te betrekken bij het herstelproces van de verslaafde cliënt. In Nederland wordt CRAFT, zoals te lezen op internet, reeds gebruikt bij Jellinek, gezinskliniek de Borch, verslaafdaanjou en readyforchange.

6.3 Inschakelen van naasten

Bij welke problematiek bij verslaafden in herstel worden naasten ingeschakeld?

Een specifiek antwoord op deze deelvraag vanuit systematische literatuurstudie is niet gevonden. Wel zijn factoren beschreven die te maken hebben met het vragen van professionele hulp. Een persoon die afhankelijk is van een stof of middel binnen een gezin, treft bijna alle aspecten van het gezinsleven. Dit kan gaan om de interpersoonlijke en sociale relaties, vrije tijd, activiteiten en financiën. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de familie niet genoeg betrokken wordt bij het herstelproces van de verslaafde cliënt.

Soms wordt het herstel van een cliënt overschat door de familieleden of weten familieleden niet wat een verslaving met het daarbij behorende herstelproces inhoudt. Familieleden die niet weten dat de verslaafde in herstel is, of die de omgevingsfactoren, bijwerkingen of stress niet begrijpen verhogen de kans op een terugval, zonder het zich te realiseren. Er wordt te weinig aandacht besteed aan de informatievoorziening en communicatie met de betrokken familieleden. In de studie van Choate (2015) blijkt dat ouders pas om formele professionele hulp vroegen, zodra zij voelden dat het gedrag van de adolescent ver boven de capaciteiten lag van de ouders om er mee om te kunnen gaan. De meeste ouders voelden een mate van machteloosheid. Alles wat ze probeerden leek niet effectief. Als dit stadium was bereikt, werd er pas hulp gezocht.

6.4 Aanbod van hulpverleners voor naasten

Waar hebben naasten behoefte aan in het herstelproces rondom de verslaving van hun betrokken familielid?

Deze vraag kan zowel vanuit het literatuuronderzoek als vanuit het praktijkonderzoek beantwoord worden. Naasten geven in de literatuur aan dat ze weinig of geen mensen hebben in hun omgeving waar ze mee kunnen praten over de zorg van een familielid. Ze hebben hier echter wel behoefte aan. Daarnaast geeft 68% aan dat ze niet voldoende betrokken worden bij de hulpverlening. Degenen die wel betrokken werden bij de behandeling, gaven aan dat ze meer betrokken wilden worden. Dit wilden ze graag, omdat ze hun familielid beter wilden begrijpen, informatie aan de behandelaars wilden geven en om in staat te kunnen zijn om hun familielid te kunnen helpen en ondersteunen. Een ander onderzoek liet zien dat familieleden aangaven dat de behandelaars vaak weinig/onvoldoende informatie gaven over de ziekte, symptoom management, de medicatie en het herstelproces. Daarnaast waren er vaak ook misverstanden tussen de hulpverlener en de familie, wat een gevoel van 'nutteloosheid' bij de familie veroorzaakte en waardoor de familie uiteindelijk negatief actief was in het herstel. De grootste belemmeringen waren volgens de familie verkeerde interpretaties van handelen en niet-handelen, misverstanden en onvoldoende kennis over de ziekte en het herstel hiervan. Kortom: de communicatie tussen de hulpverleners en de naasten is niet optimaal, terwijl naasten hier wel behoefte aan hebben. De literatuurstudie wees dus uit waar naasten ontevreden over waren of wat beter kan.

Uit de interviews blijkt dat naasten weinig steun hebben ervaren en niet voldoende betrokken werden tijdens het herstelproces. Zodra naasten aangaven dat ze meer betrokken wilde worden, kregen ze voornamelijk meer informatie. Andere vormen van steun bleven oppervlakkig. Ze hadden graag gezien dat hulpverleners uit zichzelf meer informatie gaven over wat een verslaving is en wat dat met zich mee kan brengen. Alleen een vraag over wat een naaste weet kan al veel opleveren. Open communicatie samen met en voor de naaste is het meest van belang. Ook uit de enquête blijkt dat naasten meer betrokken willen worden bij de hulpverlening. Door de naasten te betrekken, kunnen hulpverleners erachter komen wat er al is geprobeerd bij de naasten en wat er volgens de naasten moet gebeuren en waar ze behoefte aan hebben.

Conclusie uit zowel de literatuur als de praktijk is dat de hulpverlening de naasten meer moeten betrekken door betere communicatie en meer informatie te geven. Eerder in het proces moet er worden gezorgd dat er een betere betrokkenheid is van de naaste.

6.5 Conclusie onderzoeksvraag

Hoe kunnen verpleegkundigen tijdens het herstelproces van een verslaafde cliënt, naast van een verslaafde cliënt zó betrekken, dat de zorg aansluit bij de wensen en behoeften van de naasten?

Verpleegkundigen kunnen door middel van verschillende verpleegkundige interventies, zoals CRAFT, stappenmethode, systeemtherapie, zelfhulpgroepen en cognitieve gedragstherapie, beter aansluiten bij de wensen en behoeften van naasten van verslaafde cliënten. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de naasten meer informatie hadden gewild over wat een verslaving inhoudt, of wat dit met zich mee kan brengen. Daarnaast hadden de naasten informatie gewild over het herstel en hoe ze dat kunnen herkennen. Het voornaamste is goed te luisteren en vragen stellen aan de naasten. Ieder mens is anders, daarbij hoort ook dat iedereen andere wensen en behoeften heeft. Open communicatie, onderlinge samenhang en samenwerken met de naasten is een belangrijk middel om de verslaafde een behandeling te laten beginnen, vol te houden en/of te voltooien. Het is belangrijk dat naasten gezien worden als een belangrijk punt waar een verslaafde op terug kan vallen. Naasten moeten niet gezien worden als een last en zo moeten zij dat zelf ook niet voelen.

7. Aanbevelingen

Er wordt aan de hand van literatuur- en praktijkonderzoek een aanbeveling gedaan aan het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanzehogeschool Groningen en het lectoraat Verslavingskunde om de kwaliteit van de verpleegkundige ondersteuning aan de naasten van een verslaafde cliënt te verbeteren.

De aanbeveling die gedaan wordt is gedaan aan de hand van de literatuurstudie en de resultaten van de interviews en enquête. Hieruit volgen de volgende aanbevelingen:

1. Verpleegkundigen en andere hulpverleners dienen meer steun te geven op informeel, materieel, praktisch en sociaal gebied. Hiervoor moeten ze in eerste instantie meer oog hebben voor de naasten en hun wensen en behoeften.
2. Er dient meer onderzoek te worden gedaan naar de wensen en behoeften van naasten, de effectiviteit en waarde van interventies, de zorg die naasten geven en wanneer naasten moeten worden ingeschakeld.
3. CRAFT wordt nog in weinig instellingen in Nederland gebruikt, maar in meerdere artikelen wordt deze interventie als een effectieve behandelmethode neergezet. Meer onderzoek dient de effectiviteit en de waarde van deze interventie in Nederland uit te wijzen. Ook de volgende interventies dienen onderzocht te worden op hun waarde en effectiviteit: stappenmethode, systeemtherapie, zelfhulpgroepen en cognitieve gedragstherapie.
4. Er dient meer onderzoek gedaan te worden naar wat de effectiviteit en de waarde voor de Nederlandse verslavingszorg is van beschikbare interventies uit landen buiten Nederland. Dit gaat om interventies als korte strategische familietherapie, familiegedragstherapie, familie gebaseerde therapie, behavioral couple therapy, multicomponent adaptive stepped care treatment, familieziekte model, interventieprogramma gericht op terugvalpreventie en verslaving in herstel, Bridges Program, gezinsgerichte benadering en nazorg, familie educatieprogramma's, familiesteungroepen en woedebeheersing.

Literatuurlijst

- Anastasiadou, D., Sepulveda, A.R., Sánchez, J.C., Parks, M., Álvarez, T. & Graell, M. Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls. *Families, Eating Disorders and Substance Abusers*. DOI: 10.1002/erv.2440
- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010, augustus). Verantwoording commissie gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo. Opgeroepen op 11 oktober 2016 van [http://www.che.nl/~media/Over%20CHE%20algemeen/Governance/Verantwoording gedragscodedefinitief.pdf](http://www.che.nl/~media/Over%20CHE%20algemeen/Governance/Verantwoording_gedragscodedefinitief.pdf)
- Arkin. (2015). Naastbetrokkenbeleid Arkin: Vissie & missie. Opgeroepen op 1 november 2016 van <https://www.arkin.nl/over-ons/missie/>
- Baarda, B. (2009). *Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Velden, van der (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Hulst, V. de, & Goede, M. de. (2012). *Basisboek interviewen*. Groningen: Noordhoff.
- Biegel, D., Ishler, K., Katz, S., & Johnson, P. (2007). Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders. *Journal of Social Work Practic in the Addictions*. doi:10.1300/J160v07n01_03
- Biegel, S., Biegel, D., & Tracy, E. (2011). Likelihood of asking for help in caregivers of women with substance use or co-occurring substance use and mental disorders. *Care Management Journals*, 94-100. Opgeroepen op 17 december 2016 van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22026239>
- Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H. (2016, juni). Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Dependence*, 85-179. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.04.015.
- Choate, P. (2015, oktober). Adolescent Alcoholism and Drug Addiction: The Experience of Parents. *Behavioral Science*. doi:10.3390/bs5040461.
- Clark, R. E (2001). Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27 (1):93-101.
- Dekker, N. (2014) Wat iedereen over drugs zou moeten weten: *Trimbos instituut*. Opgeroepen op 20 november 2016 van <https://assets.trimbos.nl/docs/b343b60d-a91b-426f-8e90-05a5ebd2f02b.pdf>
- Deth, R. v. (2014). Lief en leed samen: systeemtherapie. *Psychotherapie*, 161-191. doi:10.1007/978-90-368-0663-3_6
- Ficq-Weijnen, A. G., & Weijnen, A. (2012). *Prisma pocketwoordenboek*. Houten: Uitgeverij Unieboek.
- Fischer EP, McSweeney JC, Pyne JM, Williams DK, Naylor AJ, Blow FC, Owen RR. (2008). Influence of family involvement and substance use on sustained utilization of services for schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2008 Aug; 59(8):902-8. PMID: 18678688.

- GGZ (2013, mei). Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel. Amersfoort: Case Communicatie. Opgeroepen op 16 november 2016 van http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_956849.pdf
- Gruber, K., & Fleetwood, T. (2004). In-home continuing care services for substance use affected families. *Substance Use & Misuse Journal Impact & Description*, 267-277. Opgeroepen 19 december 2016, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15462236>
- Gutierrez, A., & Sher, L. (2015). Alcohol and drug use among adolescents: an educational overview. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. doi:10.1515/ijamh-2015-5013
- Humphreys, K., & Gifford, E. (2007, september). Religie, spiritualiteit en het problematisch gebruik van alcohol en drugs. *Verslaving*, pp. 89-95. doi: 10.1007/BF03075417
- Jellinek. (2016). Opgehaald op 10 oktober 2016 van <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoeveel-mensen-zijn-verslaafden-hoeveel-zijn-er-in-behandeling/>
- Jong, J. de, Kerstens, J., Sesink, E., & Vermeulen, M. (2003). juridische en ethische aspecten. In *Handboek verpleegkunde* (pp. 422-448). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi:10.1007/978-90-313-9699-3_14
- Ju-Young Son & Yun-Jung Choi (2010). The Effect of an Anger Management Program for Family Members of Patients With Alcohol Use Disorders, *Archives of Psychiatric Nursing*. 24(1): 38–45.
- Kennedy E. S., Horton S. (2011). 'Everything that I thought that they would be, they weren't.' Family systems as support and impediment to recovery. *Social Science & Medicine*, 73, 1222–1229.
- Kingston, A., Morgan, A., Jorm, A., Hall, K., Hart, L., Kelly, C., & Lubman, D. (2011). Helping someone with problem drug use: a Delphi consensus study of consumers, carers, and clinicians. *BMC Psychiatry Journal Impact & Description*. doi:10.1186/1471-244X-11-3.
- Luttik, M. (2015, januari). Familiezorg. Groningen. Opgeroepen op 11 oktober 2016 van <https://www.hanze.nl/nld/onderzoek/kenniscentra/hanzehogeschool-centre-of-expertise-healthy-ageing/lectoraten/lectoraten/verpleegkundige-diagnostiek/organisatie/over-het-lectoraat/stafpaginaluttik>
- Mattoo, S., Nebhinani, N., Kumar, B., Basu, D., & Kulhara, P. (2013, april). Family burden with substance dependence: a study from India. *Indian Journal of Medical Research*, 704-711. Opgeroepen op 20 december 2016, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23703337>
- Meyers, R., & Apodaca, T. (2002). Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members. *The Family Journal*. doi:10.1177/1068070201000300
- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010, augustus 30). Verantwoording commissie gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo. Opgeroepen op oktober 11, 2016, van <http://www.che.nl/~media/Over%20CHE%20algemeen/Governance/Verantwoordinggedrag-scodedefinitief.pdf>
- Arkin. (2015). Naastenbetrokkenbeleid: Vissie & missie.

- Baarda, B. (2009). *Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Velden, v. d. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Hulst, v. d., & Goede, d. M. (2012). *Basisboek interviewen*. Groningen: Noordhoff.
- Deth, R. v. (2014). Lief en leed samen: systeemtherapie. *Psychotherapie*, 161-191. doi:10.1007/978-90-368-0663-3_6
- Ficq-Weijnen, A. G., & Weijnen, A. (2012). *Prisma pocketwoordenboek*. Houten: Uitgeverij Unieboek.
- Humphreys, K., & Gifford, E. (2007, September). Religie, spiritualiteit en het problematisch gebruik van alcohol en drugs. *Verslaving*, pp. 89-95. doi: 10.1007/BF03075417
- Jillinek. (2014). Opgehaald van www.jillinek.nl: <https://www.jillinek.nl/vraag-antwoord/hoeveel-mensen-zijn-verslaafd-en-hoeveel-zijn-er-in-behandeling/>
- Jong, d. J., Kerstens, J., Sesink, E., & Vermeulen, M. (2003). juridische en ethische aspecten. In *Handboek verpleegkunde* (pp. 422-448). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi:10.1007/978-90-313-9699-3_14
- Luttik, M. (2015, januari 20). Familiezorg. Groningen. Opgeroepen op oktober 11, 2016, van <https://www.hanze.nl/nld/onderzoek/kenniscentra/hanzehogeschool-centre-of-expertise-healthy-ageing/lectoraten/lectoraten/verpleegkundige-diagnostiek/organisatie/over-het-lectorat/stafpaginaluttik>
- Meyers, R. J., & Wolve, B. (2012). Zelfhulpboek voor naastbetrokkenen. In *Een verslaving in huis* (pp. 117-134). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi:Een verslaving in hui
- Poel, v. d., Vliet, v. E., & Stoele, M. (2008). Ondersteuning van mantelzorgers van verslaafden. *Verslaving*, 56-66. doi: 10.1007/BF03078924
- Sozio. (2012, februari 13). Opgehaald van www.sozio.nl: <http://www.sozio.nl/verslaafd-aan-jou-steunt-naasten-van-verslaafden/1024299>
- Spoor6. (2015). Opgehaald van www.spoor6.nl: <https://www.spoor6.nl/verslaving/>
- Stel, v. d. (2011). *Wat elke professional ove rverslaving moet weten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Trimbos. (2014, januari). Opgehaald van www.trimbos.nl: <https://assets.trimbos.nl/docs/b343b60d-a91b-426f-8e90-05a5ebd2f02b.pdf>
- Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek. In *Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (p. 151). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- VNN. (2016). Opgehaald van www.vnn.nl: <http://www.vnn.nl/over-vnn/>
- Morgen, T., & Crane, D. (2010, oktober). Cost-effectiveness of family-based substance abuse treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 98-486. doi:10.1111/j.1752-0606.2010.00195.x

- Neufeld, K., Stoller, K., Peirce, J., Brooner, R., Kidorf, M., & King, V. (2005). Involving significant others in the care of opioid-dependent patients receiving methadone. *Journal Substance Abuse Treatment*, 19-27. doi:10.1016/j.jsat.2005.03.006
- Poel, A. van der, Vliet, E., van & Stoele, M. (2008). Ondersteuning van mantelzorgers van verslaafden. *Verslaving*, 56-66. doi: 10.1007/BF03078924
- Pons, D., Barrón, R. G., & Guijarro, A. (2016). Family-Based Intervention Program for Parents of Substance-Abusing Youth and Adolescents. *Journal of Addiction Medicine*. doi:10.1155/2016/4320720
- Sánchez-Quija, I., Oliva, A., Parra, A., & Cammacho, C. (2016). Longitudinal Analysis of the Role of Family Functioning in Substance Use. *Journal Child Family Study*, 232-240. doi:10.1007/s10826-015-0212-9
- Smith, J., Milford, J., & Meyers, R. (2004). CRA and CRAFT: Behavioral Approaches to Treating Substance-Abusing Individuals. Opgeroepen op 19 december 2016 van <http://psycnet.apa.org/journals/bar/5/4/391.pdf>
- Soares, A., & Pereira, M. (2016). Depression, distress, burden and social support in caregivers of active versus abstinent addicts. *Addiction research & Theory*. doi:10.3109/16066359.2016.1173681
- Sozio. (2015). Vakblad voor sociale en professionals en het sociale domein: “*Verslaafd aan jou*” steunt naasten en verslaafden. Opgeroepen op 11 oktober 2016, van <http://www.sozio.nl/verslaafd-aan-jou-steunt-naasten-van-verslaafden/1024299>
- Spoor. (2015). *Gewoonteverslavingen en middelenverslavingen*. Bussum: UWKM. Opgehaald op 11 oktober 2016, van <https://www.spoor6.nl/verslaving/>
- Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek. In *Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (p. 151). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Bijlagen

Bijlage 1: Tijdsplanning

Activiteit	September			Oktober				November				December				Januari				
	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4
Weeknummer:																				
Literatuur raadplegen																				
Doelen formuleren																				
Artikelen zoeken																				
Contact leggen met opdrachtgever																				
Schrijven onderzoeksvoorstel																				
Goedkeuring onderzoeksvoorstel																				
Hoofdstukken indelen																				
Artikelen zoeken en beoordelen																				
Interview opstellen																				
Interview afnemen open dag Arkin																				
Interview uitschrijven open dag Arkin																				
Terugkoppeling praktijk in onderzoeksverslag																				
Resterende hoofdstukken afronden																				
Concept scriptie naar begeleider																				
Concept scriptie herzien, lay-out vormgeven																				
Scriptie printen en inbinden																				
Scriptie inleveren																				
Werk- en hoorcolleges volgen																				
Presentatie																				
Belangrijke data:								A									B			C

A: Inleveren onderzoeksvoorstel

B: Inleveren scriptie

C: Presentatie individueel

Bijlage 2: Plagiaatverklaring



Hanzehogeschool Groningen

Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet openbare, gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van aanhalingstekens en bronvermelding. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Plaats: Groningen

Datum: 04-11-2016

Naam student 1:

Geke Blauw

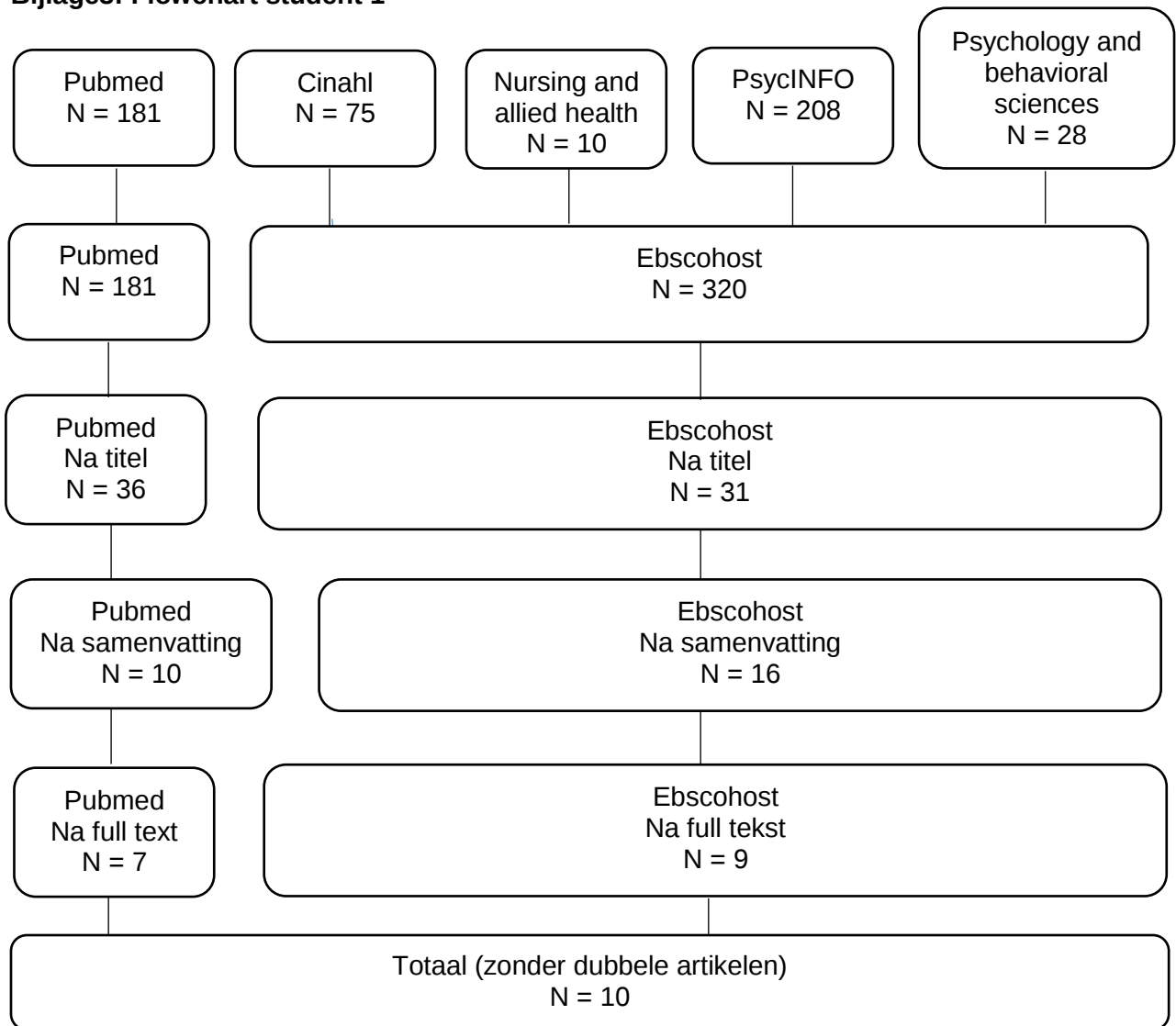
Handtekening student 1:

Naam student 2:

Myrthe Heres

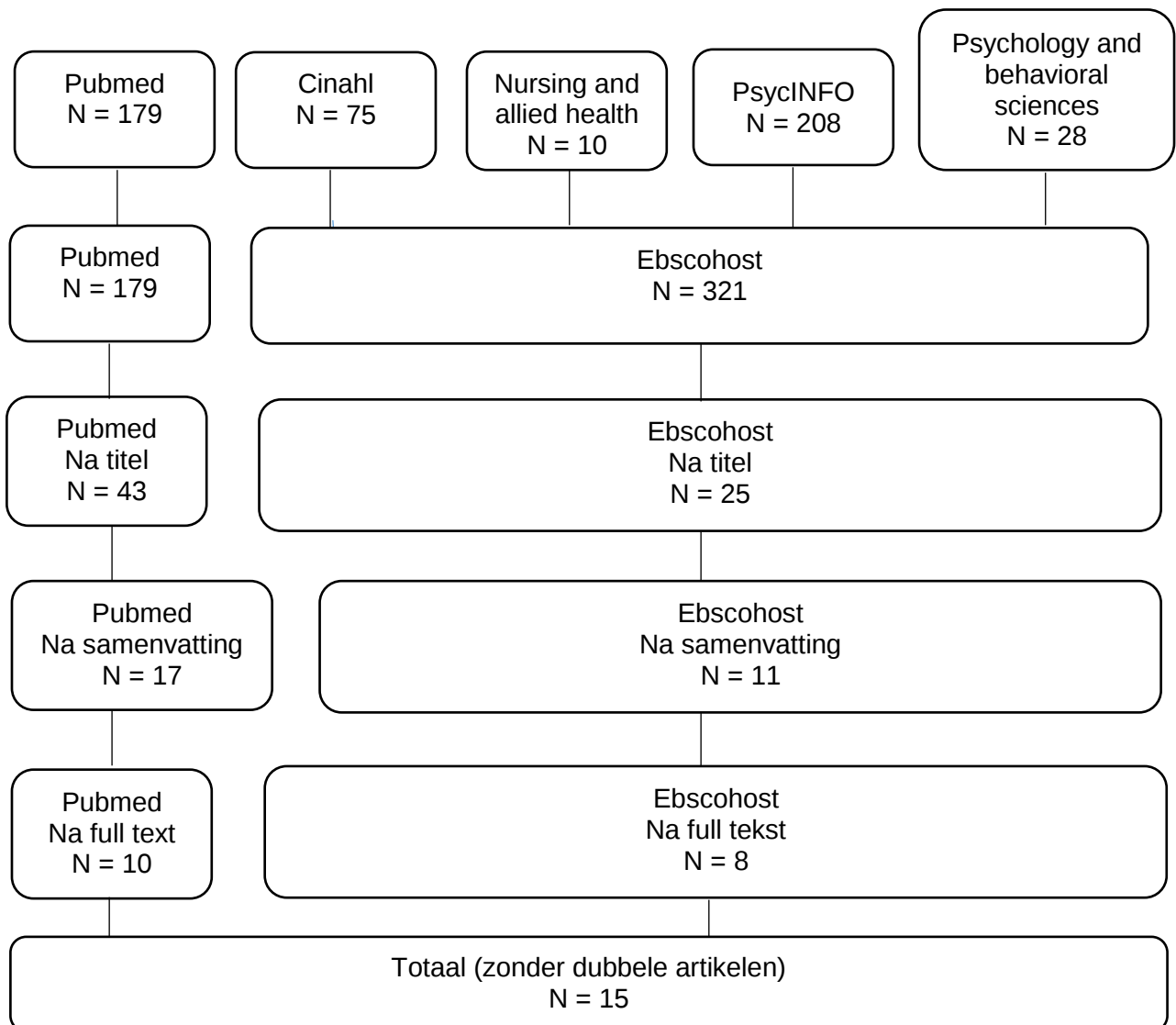
Handtekening student 2:

Bijlage3: Flowchart student 1



*Bij beoordelen van de full tekst werd gekeken of de respondenten voldeden aan de inclusie- en exclusiecriteria, zoals leeftijd. Sommige artikelen werden toch gekozen, omdat er bruikbare informatie in vermeld stond.

Flowchart student 2



*Bij beoordelen van de full tekst werd gekeken of de respondenten voldeden aan de inclusie- en exclusiecriteria, zoals leeftijd. Sommige artikelen werden toch gekozen, omdat er bruikbare informatie in vermeld stond.

Bijlage 4: Dataverzameling

Dataverzameling student 1

Databank	Aantal hits	Na titel	Na samenvatting	Na full tekst
Pubmed	180	36	10	7
Ebscohost:	320	31	16	9
Springerlink	0	0	0	0
Chochrane library	0	0	0	0

EBSCO host:

Na titel:

Nummer	Titel
1	Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls.
4	Longitudinal Analysis of the Role of Family Functioning in Substance Use.
11	Multidimensional Family Therapy: A Science-Based Treatment System.
15	Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma.
26	Association of Adolescent Physical and Emotional Health With Perceived Severity of Parental Substance Abuse.
33	Predictors of Community Functioning in Schizophrenia and Substance Use Disorder Patients.
34	Examining family networks of HIV+ women in drug recovery: challenges and opportunities.
39	"Everything that I thought that they would be, they weren't." Family systems as support and impediment to recovery.
41	In-home continuing care set vices for substance use affected families.
47	Protective factors against involvement with illegal drugs: The perception of family members and significant others.
49	Comparison of health care needs of child family members of adults with alcohol or drug dependence versus adults with asthma or diabetes.
51	The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders.
52 book	Family therapy techniques for substance abuse treatment.
53	Predictors of depressive symptomatology in family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance use and mental disorders.
57	Expression of co-dependence among relatives of chemically dependent patients.
58	The role of spouses and extended family members as primary caretakers of children during a parent's drug addiction: the parent perspective.
71	The impact of a substance abuse disorder on the well-being of family caregivers of adults with mental illness.
73	The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems.
83	Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders.
86	The efficacy of Familias Unidas on drug and alcohol outcomes for Hispanic delinquent youth: Main effects and interaction effects by parental stress and social support.
94	Cost-effectiveness of family-based substance abuse treatment.
95	Conducting family interventions with substance abusers.

96	Review of Gay men and substance abuse: A basic guide for addicts and those who care for them.
120	Multidimensionale familientherapie (MDFT) in der praxis: Therapeutische erfahrungen mit jugendlichen cannabisabhängigen und ihren familien.
127	Influence of family involvement and substance use on sustained utilization of services for schizophrenia.
128	The experience of having a mother with a crack-cocaine substance abuse disorder.
134	Advances in management of alcohol use disorders and intimate partner violence: Community reinforcement and family training.
135	The Excess Medical Cost And Health Problems of Family Members of Persons Diagnosed With Alcohol or Drug Problems.
156	Caregiving among families of women with substance use or dual disorders: Predictors of caregiver involvement and the role of caregiver - care-recipient quality of relationship.
184	Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members
223	CRA and CRAFT: behavioral approaches to treating substance abusing individuals

Na samenvatting:

Nummer	Titel
1	"Everything that I thought that they would be, they weren't." Family systems as support and impediment to recovery.
2	Advances in management of alcohol use disorders and intimate partner violence: Community reinforcement and family training.
3	Association of Adolescent Physical and Emotional Health With Perceived Severity of Parental Substance Abuse.
4	Caregiving among families of women with substance use or dual disorders: Predictors of caregiver involvement and the role of caregiver - care-recipient quality of relationship.
5	Comparison of health care needs of child family members of adults with alcohol or drug dependence versus adults with asthma or diabetes.
9	Expression of co-dependence among relatives of chemically dependent patients.
10	Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls.
13	Influence of family involvement and substance use on sustained utilization of services for schizophrenia.
15	Multidimensional Family Therapy: A Science-Based Treatment System.
16	Multidimensionale familientherapie (MDFT) in der praxis: Therapeutische erfahrungen mit jugendlichen cannabisabhängigen und ihren familien.
17	Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders.
19	Predictors of depressive symptomatology in family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance use and mental disorders.
22	The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders.
27	The impact of a substance abuse disorder on the well-being of family caregivers of adults with mental illness.
28	In-home continuing care set vices for substance use affected families.
29	Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members

30	CRA and CRAFT: behavioral approaches to treating substance abusing individuals
----	--

Na full tekst:

1	In-home continuing care set vices for substance use affected families.
2	Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members
3	CRA and CRAFT: behavioral approaches to treating substance abusing individuals
4 (boek)	Caregiving among families of women with substance use or dual disorders: Predictors of caregiver involvement and the role of caregiver - care-recipient quality of relationship.
5	"Everything that I thought that they would be, they weren't." Family systems as support and impediment to recovery.
6	Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls.
7	Influence of family involvement and substance use on sustained utilization of services for schizophrenia.
8	Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders.
9	The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders.

Pubmed:

Na titel:

Nummer	Titel
147	The impact of managed care on mental health services for children and their families.
158	Health outcomes of women exposed to household alcohol abuse: a Family Practice Training Site Research Network (FPTSRN) study.
43	The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders.
24	Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders.
80	Keeping families of heroin addicts together: results of 13 months' intake for community detoxification and rehabilitation at a family centre for drug users.
86	"Everything that I thought that they would be, they weren't." family systems as support and impediment to recovery.
121	Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders.
131	In-home continuing care services for substance-affected families: the bridges program.
1	Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls.
172	Older alcoholics: professional, family education programs aid treatment.
100	Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma.
35	Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial.
169	The hospital treatment of alcoholism and drug addiction.

151	Developing performance measures for alcohol and other drug services in managed care plans. Washington Circle Group.
27	Predictors of community functioning in schizophrenia and substance use disorder patients.
7	Family-Based Intervention Program for Parents of Substance-Abusing Youth and Adolescents.
62	Burden of care and quality of life in relatives of opioid dependent male subjects.
4	Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulse control disorders in girls.
82	Rehabilitation unit staff attitudes toward substance abuse: changes and similarities between 1985 and 2001.
108	"No one can ask me 'Why do you take that stuff?': men's experiences of antiretroviral treatment in South Africa.
37	The Nurse-Family Partnership: evidence-based public health in response to child maltreatment.
170	Alcohol and drug use by college males as a function of family alcoholism history.
162	The substance-abusing family: consideration for nursing research.
137	In-home continuing care services for substance use affected families.
76	The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems.
3	Alcohol and drug use among adolescents: an educational overview.
41	Cost-effectiveness of family-based substance abuse treatment.
34	Comparison of health care needs of child family members of adults with alcohol or drug dependence versus adults with asthma or diabetes.
8	Adolescent Alcoholism and Drug Addiction: The Experience of Parents.
177	Female clients in substance abuse treatment.
117	Predictors of Depressive Symptomatology in Family Caregivers of Women With Substance Use Disorders or Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders.
49	Impact of Family History in Persons With Dual Diagnosis.
150	Clinical validation of characteristics of the alcoholic family.
89	[Awareness of pre-alcoholics and changes process in their awareness--analysis of narratives by patients and their families].
9	Family burden with substance dependence: a study from india
21	The efficacy of Familias Unidas on drug and alcohol outcomes for Hispanic delinquent youth: main effects and interaction effects by parental stress and social support.
56	Influence of family involvement and substance use on sustained utilization of services for schizophrenia.
142	Health care utilization of families of carpenters with alcohol or substance abuse-related diagnoses.

Na samenvatting:

Nummer	Titel
1	Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls.
4	Family-Based Intervention Program for Parents of Substance-Abusing Youth and Adolescents.
9	Predictors of Depressive Symptomatology in Family Caregivers of Women With

	Substance Use Disorders or Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders.
10	Comparison of health care needs of child family members of adults with alcohol or drug dependence versus adults with asthma or diabetes.
14	The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders.
16	Influence of family involvement and substance use on sustained utilization of services for schizophrenia.
21	"Everything that I thought that they would be, they weren't:" family systems as support and impediment to recovery.
25	Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders.
26	In-home continuing care services for substance-affected families: the bridges program.
27	In-home continuing care services for substance use affected families.

Na full tekst:

Nummer	Titel
1	Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls.
2	The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders.
3	Influence of family involvement and substance use on sustained utilization of services for schizophrenia.
4	"Everything that I thought that they would be, they weren't:" Family systems as support and impediment to recovery.
5	In-home continuing care services for substance-affected families: the bridges program.
6	Family-Based Intervention Program for Parents of Substance-Abusing Youth and Adolescents.
7	Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders.

Totaal:

1	In-home continuing care services for substance use affected families.
2	Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members
3	CRA and CRAFT: behavioral approaches to treating substance abusing individuals
4	"Everything that I thought that they would be, they weren't:" Family systems as support and impediment to recovery.
5	Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls.
6	Influence of family involvement and substance use on sustained utilization of services for schizophrenia.
7	Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders.

8	The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders.
9	Family-Based Intervention Program for Parents of Substance-Abusing Youth and Adolescents.
11	Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders.

Dataverzameling student 2

Databank	Aantal hits	Na titel	Na samenvatting	Na full tekst
Pubmed	179	42	17	10
Ebscohost:	320	25	11	8
Springerlink	0	0	0	0
Chochrane library	0	0	0	0

Pubmed

Na titel:

Numer database	In- en exclusie op basis van titel in database pubmed. Artikelen:
1	Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls
3	Alcohol and drug use among adolescents: an educational overview
4	Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulse control disorders in girls.
7	Family-Based Intervention Program for Parents of Substance-Abusing Youth and Adolescents
8	Adolescent Alcoholism and Drug Addiction: The Experience of Parents.
11	Family burden with substance dependence: a study from India.
12	Long-term agonist and antagonist therapy for adolescent opioid dependence: a description of two cases
18	Motivational interviewing with hazardous drinkers
20	The efficacy of Familias Unidas on drug and alcohol outcomes for Hispanic delinquent youth: main effects and interaction effects by parental stress and social support
27	Likelihood of asking for help in caregivers of women with substance use or co-occurring substance use and mental disorders
30	Effects of Educational Intervention on Health-Promoting Lifestyle and Health-Related Life quality of Methamphetamine Users and Their Families: a Randomized Clinical Trial
33	Comparison of health care needs of child family members of adults with alcohol or drug dependence versus adults with asthma or diabetes
34	Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial
39	Reasons for entering treatment reported by initially treatment-resistant patients with substance use disorders
40	Cost-effectiveness of family-based substance abuse treatment
43	The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders.

44	Care and communication between health professionals and patients affected by severe or chronic illness in community care settings: a qualitative study of care at the end of life.
55	Influence of family involvement and substance use on sustained utilization of services for schizophrenia.
61	Burden of care and quality of life in relatives of opioid dependent male subjects.
65	Substance Abuse: Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment.
70	An Initial Evaluation of a Comprehensive Continuing Care Intervention for Clients with Substance Use Disorders: My First Year of Recovery (MyFYR).
71	Helping someone with problem drug use: a Delphi consensus study of consumers, carers, and clinicians.
99	Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma.
105	Substance use disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: implications for treatment and the role of the primary care physician.
120	Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders.
123	Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program.
124 en 131	Alcohol dependence syndrome and before-discharge intervention method (BDIM)--Report 1. The process to develop the constructed BDIM.
128	Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication.
134 > 2005	Involving significant others in the care of opioid-dependent patients receiving methadone.
135	Intervening in adolescent substance abuse.
137 > 2004	In-home continuing care services for substance use affected families.
141	Health care utilization of families of carpenters with alcohol or substance abuse-related diagnoses.
143	Cocaine abuse and its treatment.
149	Clinical validation of characteristics of the alcoholic family.
154	Program characteristics and readmission among older substance abuse patients: comparisons with middle-aged and younger patients.
160	Case management services for adolescent substance abusers: a program description.
161	The substance-abusing family: consideration for nursing research.
164	Adolescent substance abuse. Recognition and early intervention.
169	Alcohol and drug use by college males as a function of family alcoholism history.

170	Substance abuse and family illness: evidence from health care utilization and cost-offset research.
172	Older alcoholics: professional, family education programs aid treatment.
179	Female clients in substance abuse treatment.

Na samenvatting:

Nummer	Artikel pubmed na exclusie en inclusie o.b.v. samenvatting
1.	Alcohol and drug use among adolescents: an educational overview.
2.	Family-Based Intervention Program for Parents of Substance-Abusing Youth and Adolescents.
3.	Adolescent Alcoholism and Drug Addiction: The Experience of Parents.
4.	Family burden with substance dependence: a study from India.
5.	Likelihood of asking for help in caregivers of women with substance use or co-occurring substance use and mental disorders.
6.	Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial.
7.	Case management services for adolescent substance abusers: a program description.
8.	Cost-effectiveness of family-based substance abuse treatment.
9.	Helping someone with problem drug use: a Delphi consensus study of consumers, carers, and clinicians.
10.	Involving significant others in the care of opioid-dependent patients receiving methadone.
11.	In-home continuing care services for substance use affected families.
12.	The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders.
13.	Adolescent substance abuse. Recognition and early intervention.
14.	Case management services for adolescent substance abusers: a program description.
15.	Cocaine abuse and its treatment.
16.	Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication.
17.	family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma.

Na Full-text:

Nummer	Artikelen:
1.	Alcohol and drug use among adolescents: an educational overview.
2.	Adolescent Alcoholism and Drug Addiction: The Experience of Parents.
3.	Family burden with substance dependence: a study from India.
4.	Likelihood of asking for help in caregivers of women with substance use or co-occurring substance use and mental disorders.
5.	Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial.
6.	Cost-effectiveness of family-based substance abuse treatment.

7.	Family-Based Intervention Program for Parents of Substance-Abusing Youth and Adolescents.
8.	Helping someone with problem drug use: a Delphi consensus study of consumers, carers, and clinicians.
9.	In-home continuing care services for substance use affected families.
10.	Involving significant others in the care of opioid-dependent patients receiving methadone.

Selectie op Cinahl, psych info, nursing and allied health collection, psychology and behavioral.

Na titel:

Numer Database	In- en exclusie op basis van titel in databases Cinahl, psych info, nursing and allied, psychology and behavioral:	
1	Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls.	PsychInfo
2	Depression, distress, burden and social support in caregivers of active versus abstinent addicts.	Psychology and Behavioral Sciences Collection
3	Longitudinal Analysis of the Role of Family Functioning in Substance Use.	PsychInfo
15 + 69	Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma.	
35	Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program.	PsychInfo
41 > 2004.	In-Home Continuing Care Services for Substance Use Affected Families	Psychology and Behavioral Sciences Collection
45	The impact of women's family status on completion of substance abuse treatment.	Psychology and Behavioral Sciences Collection
47	The family system as a unit of clinical care: The role of genetic systems.	PsychInfo
58	Comparison of health care needs of child family members of adults with alcohol or drug dependence versus adults with asthma or diabetes.	PsychInfo
60	The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders.	Cinahl
61 > 2012 (boek)	Family therapy techniques for substance abuse treatment.	PsychInfo
67	The role of spouses and extended family members as primary caretakers of children during a parent's drug addiction: the parent perspective.	Cinahl

81	The impact of a substance abuse disorder on the well-being of family caregivers of adults with mental illness.	Cinahl
91 > 2007	Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders.	Cinahl
109 > 2010 (niet full tekst verkrijgbaar)	Conducting family interventions with substance abusers.	PsychInfo
123 + 216	Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed careprogram	PsychInfo
148	The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders	Cinahl
182	Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members.	Psychology and Behavioral Sciences Collection
184> 2002 > psychifno	Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members.	PsychInfo
194	Family based therapy plus cognitive behavioural therapy (CBT) was better than CBT alone or family therapy alone for reducing adolescent drug abuse.	Cinahl
195	Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders.	PsychInfo
223 >2004	CRA and CRAFT: Behavioral approaches to treating substance-abusing individuals.	Psychology and Behavioral Sciences Collection
224	Caregiving among families of women with substance use or dual disorders: Predictors of caregiver involvement and the role of caregiver - care-recipient quality of relationship.	PsychInfo

Na samenvatting:

Database nummer	Na samenvatting:	Database
2	Depression, distress, burden and social support in caregivers of active versus abstinent addicts.	Psychology and

		Behavioral Sciences
3	Longitudinal Analysis of the Role of Family Functioning in Substance Use.	Psychology and Behavioral Sciences
41	In-Home Continuing Care Services for Substance Use Affected Families	Psychology and Behavioral Sciences
61	Family therapy techniques for substance abuse treatment.	Psych info (boek niet in full tekst verkrijgbaar)
67	The role of spouses and extended family members as primary caretakers of children during a parent's drug addiction: the parent perspective.	Cinahl
91	Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders.	Cinahl
109	Conducting family interventions with substance abusers	Psych info (boek niet in full tekst verkrijgbaar)
184	Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members.	Psych info
182	Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members.	Psychology and Behavioral Sciences Collection
195	Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders.	
223	CRA and CRAFT: Behavioral approaches to treating substance-abusing individuals.	Psychology and Behavioral Sciences

Na full tekst:

Database nummer	Artikelen:	Database
2	Depression, distress, burden and social support in caregivers of active versus abstinent addicts.	Psychology and Behavioral Sciences
3	Longitudinal Analysis of the Role of Family Functioning in Substance Use.	Psychology and Behavioral Sciences
41	In-Home Continuing Care Services for Substance Use Affected Families	Psychology and

		Behavioral Sciences
61	Family therapy techniques for substance abuse treatment.	Psych info (boek niet in full tekst verkrijgbaar)
91	Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders.	Cinahl
109	Conducting family interventions with substance abusers.	Psych info (boek niet in full tekst verkrijgbaar)
184	Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members.	Psych info 2002
223	CRA and CRAFT: Behavioral approaches to treating substance-abusing individuals.	Psychology and Behavioral Sciences

Totaal:

1.	Depression, distress, burden and social support in caregivers of active versus abstinent addicts.
2.	Longitudinal Analysis of the Role of Family Functioning in Substance Use.
3.	In-Home Continuing Care Services for Substance Use Affected Families (dubbel)
4.	Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders.
5.	Involving significant others in the care of opioid-dependent patients receiving methadone.
6.	Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members.
7.	CRA and CRAFT: Behavioral approaches to treating substance-abusing individuals.
8.	Alcohol and drug use among adolescents: an educational overview.
9.	Family-Based Intervention Program for Parents of Substance-Abusing Youth and Adolescents.
10.	Adolescent Alcoholism and Drug Addiction: The Experience of Parents.
11.	Family burden with substance dependence: a study from India.
12.	Likelihood of asking for help in caregivers of women with substance use or co-occurring substance use and mental disorders.
13.	Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial.
14.	Cost-effectiveness of family-based substance abuse treatment.
15.	Helping someone with problem drug use: a Delphi consensus study of consumers, carers, and clinicians.

Bijlage 5: Atlas.ti

Student 1

Quotation Manager

Quotations View Search

Smart Code New List Coding Open Coding Quick Coding Open Network Link Source Link Target Hyperlink Merge Quotations Rename Quotation Delete Quotation(s) Manage Renummer Quotations Edit Comment Word Cloud Word Cruncher Frequencies Report

Search Codes

Codes

- behoefte (22-0)
- inleiding (8-0)
- interventie (0-0)
- interventies (0-0)
- interventies (50-0)
- Problematiek (10-0)
- Zorg (29-0)

Search Quotations

Id	Name	Document	Density	Owner	Author	Created
...	In turn, a negative caregiving experience can be associated with health	Anastasiadou_et_al-2016-European_Eating_Disorders_Review (3)	1	User	User	23-12
...	Economic problems, problems in setting limits and assigning roles and	Anastasiadou_et_al-2016-European_Eating_Disorders_Review (3)	1	User	User	23-12
...	More specifically, criminal activity, stealing money, domestic violence	Anastasiadou_et_al-2016-European_Eating_Disorders_Review (3)	2	User	User	23-12
1:4	Taking into account the current findings from the perspective of the Ma	Anastasiadou_et_al-2016-European_Eating_Disorders_Review (3)	1	User	User	23-12
1:5	However, in this study the quality of life of these parents was not as	Anastasiadou_et_al-2016-European_Eating_Disorders_Review (3)	1	User	User	23-12
...	Findings from these analyses clearly indicate the importance of involv	Evidence-Based_Approaches_for_the_Treatment_of_Sub	1	User	User	22-12
...	CRAFT works to engage treatment-refusing substance abusers into tr...	Evidence-Based_Approaches_for_the_Treatment_of_Sub	1	User	User	22-12
...	therapy has proven effectiveness with adult alcoholics (Meyers & Smith	Evidence-Based_Approaches_for_the_Treatment_of_Sub	1	User	User	22-12
...	Traditionally, assistance for family members has been limited to an AI	Evidence-Based_Approaches_for_the_Treatment_of_Sub	1	User	User	23-12
...	The related CRAFT program was developed with the belief that becau...	Evidence-Based_Approaches_for_the_Treatment_of_Sub	1	User	User	23-12
...	CRAFT is a unique type of unilateral family therapy that does not rely	Evidence-Based_Approaches_for_the_Treatment_of_Sub	1	User	User	23-12
...	Problem drinking in one spouse is associated with higher rates of psyc	Evidence-Based_Approaches_for_the_Treatment_of_Sub	2	User	User	23-12
...	O'Farrell (1993) concluded that problematic marital interactions appea	Evidence-Based_Approaches_for_the_Treatment_of_Sub	1	User	User	23-12
...	Spouses also have the potential to make valuable contributions throu...	Evidence-Based_Approaches_for_the_Treatment_of_Sub	2	User	User	23-12
...	As such, many researchers and clinicians consider family therapy to be	Evidence-Based_Approaches_for_the_Treatment_of_Sub	1	User	User	23-12
...	In general, three major approaches to family treatment of alcoholism h	Evidence-Based Approaches for the Treatment of Sub	1	User	User	23-12

Preview:

Comment:

No quotation or more than one quotations selected.

No item or more than one items selected.

103 Quotations

Student 2

Quotation Manager [HU: atlas artikelen]

Quotations Edit Miscellaneous Output View

Search (Id, Name)

Codes

Show all Quotations

- Behoefte (8-0)
- Interventie (24-0)
- Problematiek (17-0)
- Zorg (4-0)

Id	Name	Primary Doc	Codes	Size	Start	De...	Author	Created	Modified
1:1	Current options for the treatm...	alcohol and drug use amon adoles...	Interventie	0:7...	1:1...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
1:2	Options for the treatment of s...	alcohol and drug use amon adoles...	Interventie	0:2...	3:2...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
2:1	he adverse effects experienced ..	Family based intervention progra...	Problematiek	2*:1	1:2...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
2:2	he Community Reinforcement an...	Family based intervention progra...	Interventie	0:1...	2:3...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
2:3	From this study it was not pos...	Family based intervention progra...	Interventie	0:7...	6:1...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
3:1	Parents described that finding...	Adolescent alcoholism and drug ...	Problematiek	0:7...	5:5...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
3:2	Parents who experienced these ..	Adolescent alcoholism and drug ...	Problematiek	0:8...	5:1...	0	Super	16-12-20...	16-12-20...
3:3	Parents who experienced these ..	Adolescent alcoholism and drug ...	Problematiek	0:1...	5:1...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
3:4	Parents typically reached out ..	Adolescent alcoholism and drug ...	Problematiek	0:7...	8:2...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
3:5	Reaching out for help was a ma...	Adolescent alcoholism and drug ...	Problematiek	0:3...	9:26	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
3:6	amily was already traumatized ..	Adolescent alcoholism and drug ...	Problematiek	0:1...	9:4...	0	Super	16-12-20...	16-12-20...
3:7	Professionals offered solution...	Adolescent alcoholism and drug ...	Behoefte	0:1...	9:3...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
3:8	A dominant theme in this resea...	Adolescent alcoholism and drug ...	Problematiek	0:4...	11:...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
3:9	rch also shows that the family...	Adolescent alcoholism and drug ...	Interventie	0:4...	13:...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
3:10	Parents need support to be abl...	Adolescent alcoholism and drug ...	Behoefte	0:3...	14:...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
4:1	Family is the key resource in ..	Family burden with substance de...	Problematiek	0:7...	3:2...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
5:1	Findings showed that almost ha...	likelihood of asking for help in ca...	Problematiek	0:3...	1:1...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
5:2	Findings of the regression ana...	likelihood of asking for help in ca...	Problematiek	0:3...	6:7...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
5:3	However, when we completed a ...	likelihood of asking for help in ca...	Problematiek	0:7...	6:2...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
6:1	Morris (as cited in Inaba & Co...	Early View Cost Effectiveness of S...	Interventie	0:7...	2:2...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
6:2	Edwards and Steinglass (1995) ..	Early View Cost Effectiveness of S...	Interventie	0:1...	3:9...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
6:3	Conducting cost-effectiveness ..	Early View Cost Effectiveness of S...	Interventie	0:6...	12:...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
7:1	Panel members wrote, "pushing ..	Helping someone with problem ...	Problematiek	0:3...	5:3...	0	Super	16-12-20...	16-12-20...
7:2	Panel members wrote, "pushing ..	Helping someone with problem ...	Problematiek	0:1...	5:3...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
7:3	In conclusion, these guideline...	Helping someone with problem ...	Interventie	0:6...	6:2...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
8:1	This significant-other interve...	Neufeld_Involving significant oth...	Interventie	0:1...	3:4...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
8:2	Perhaps the most familiar and ..	Neufeld_Involving significant oth...	Interventie	0:2...	2:3...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
8:3	Work in patients with alcohol...	Neufeld_Involving significant oth...	Interventie	0:3...	3:49	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
8:4	These problems combine to limi...	Neufeld_Involving significant oth...	Interventie	0:8...	3:1...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
8:5	Several years ago, the Addicti...	Neufeld_Involving significant oth...	Interventie	0:3...	3:2...	0	Super	16-12-20...	16-12-20...
8:6	Several years ago, the Addicti...	Neufeld_Involving significant oth...	Interventie	0:7...	3:2...	1	Super	16-12-20...	16-12-20...
8:7	patients advanced to the progra...	Neufeld_Involving significant oth...	Interventie	0:8...	3:3	1	Super	16-12-20...	16-12-20...

58 Quotations

No item selected All Id - Index (eg. 2:33)

Bijlage 6: Uitwerking interviews

Interview 1:

Interview zorgpodium 06-12-2016

Nadat mevrouw geïnteresseerd is en voldoet aan de eisen van het onderzoek heb ik toestemming gevraagd op te nemen. Het gesprek is met een vrouw van 50+ met een mbo-vooropleiding. Zoon is verslaafd aan speed.

Student: Dan start ik nu de opname... Ik zal nog kort even wat vertellen.. Wij zijn allebei studenten verpleegkundige en zitten in ons laatste jaar. En doen dus onderzoek naar op welke wijze naasten worden betrokken tijdens het proces en dan het herstelproces van de verslaafde cliënt. U zei net zelf al dat uw zoon verslaafd is geweest. Kunt u hier wat meer over vertellen?

A1: Ja zeker, mijn zoon is erg lang verslaafd geweest aan speed, het is al een tijdje geleden 2005 begon het allemaal. Tot ongeveer 2009.. Hij was 26 toen het afgelopen was, dus dan kun je wel narekenen hoe oud hij was. Ik als moeder heb altijd bij hem gestaan en hem geprobeerd te helpen. Maar ik kon het heel vaak niet aanzien. Als ik bij hem kwam stonden de pannen op de tafel, waarbij vliegjes rondzwermden.... Hij kon niet goed meer voor zichzelf zorgen. Hij verwaarloosde zichzelf. Ik wist soms niet wat ik moest doen, het was hopeloos.

Student: Wat deed dat met u?

A1: Nou het is niet leuk, maar zo nuchter als ik was, ik deed de deksel op de pan en weg waren de vliegjes. Ik vond het wel heel erg om dit te zien hoor, natuurlijk. Weet je het verhaal van Cornelis van net (dat was een psychiater tijdens het zorgpodium die vertelde hoe belangrijk het was om naasten te betrekken) ik kon me er zo in vinden, want hij vond het contact met de naasten zo belangrijk. Ik vond het erg mooi om te zien en te luisteren. Zo zou het altijd moeten zijn.

Student: Ja daar kan ik me iets bij voorstellen. Hij had erg mooie punten inderdaad..(korte stilte) Is uw zoon ook in behandeling geweest voor zijn verslaving?

A1: Ja, meerdere malen. Ik ben vaak met hem naar de verslavingskliniek geweest. Maar ook kwamen er mensen bij hem thuis. Soms werd gevraagd of ik mee ging.

Student: mee ging naar de kliniek bedoelt u?

A1: Ja of dat ik bij hem thuis kwam om te praten met zorgverleners als verpleegkundigen, ik geloof psychiatrische verpleegkundigen.

Student: Oké, dus u bent meerdere malen aanwezig geweest bij gesprekken met verpleegkundigen?

A1: Man, houd op. Ik ben ontzettend vaak mee geweest, want ik wilde en probeerde hem ook zo veel mogelijk het normale leven weer te helpen oppakken. Ik doe het voor hem. Ik doe het niet voor mezelf natuurlijk. Ik ging zelf ook liever met vriendinnen wat leuks doen om maar een voorbeeld te noemen.

Student: Ja natuurlijk. Wat vond u hiervan dat u als naaste betrokken werd?

A1: Het is natuurlijk goed maar er is geen open communicatie. Daar bedoel ik mee, ik kon niet zeggen wat ik wilde wat goed was voor mijn zoon, maar ook mijn zoon kon niet zomaar iets zeggen. Het moest veel volgens de regels, als je dan wat anders zei (lange stilte). Openhartig contact. openhartig. Dat ik ook dingen kan zeggen die misschien niet gelijk goed vallen, maar die ook kunnen vallen als er dingen worden uitgelegd. Kijk ik ben al ouder, maar ik ben misschien al helemaal niet meer foutloos. En als er dan iets van gedacht wordt, tsja

die vrouw is alleen maar bezig met het bemoeien en haar eigen mening te vertellen, of ons te laten zien hoe zij haar kind goed kent. Dat mag dan niet, weet je wel.

Student: Oké, dus die communicatie, de open communicatie dat heeft u gemist toen uw zoon gebruikte?

A1: Ja dat zeker. Maar ook, ik weet het niet... Er moeten gewoon meer maar mogelijkheden zijn om buiten de sfeer van 'slechte' vrienden en buiten de sfeer van afkeuring te komen. Weet je wat zo moeilijk is, mensen die verslaafd zijn, zoals mijn zoon, die gedragen zich soms werkelijk onaanvaardbaar. Ik begrijp het, dat ze soms hun grenzen helemaal voorbij gaan. Maar aan de andere kant zijn er ook betrokkenen zoals wij. Ze begrijpen niet wat ze doen met de mensen om zich heen. Hulpverlening moeten ermee omgaan dat de naasten alleen maar proberen te helpen. Als ik iets wilde zeggen of probeerde duidelijk te maken, dan werd het gezien alsof ik teveel bemoeide met mijn zoon. Ik had het idee dat ik daarop werd afgerekend. Ik wil ook dat mijn zoon fouten kan maken en niet meteen te horen krijgt, maar dit gaat niet. Als jij je zo gedraagt hoeft u hier niet te komen. En dan hebben ze ook geen lof verdiend. En dat komt vaak voor, ja, je maakt wat mee.

Student: En afgerekend..... Afgerekend op een manier, hoe bedoelt u dat?

A1: Op een manier van dat ik het idee had dat ik tot last was en niet gezien werd als een moeder van haar zoon die juist kan helpen.

Student: Oké dus als ik het goed begrijp, dan heeft u ervaren dat de communicatie niet open was en u kon niet zeggen wat u wilde.

A1: ja en mijn zoon ook niet, dat vond ik nog het ergste.

Student: emm (knikkend geluid), en als ik u dan naar de goede punten vraag wat heeft u ervaren aan steun dat wel goed ging met de omgang en het betrekken van u door de verpleegkundigen? (wijst aan op een papiertje) Je hebt dan sociale steun, praktische steun, materiële steun en informatieve steun?

soorten steun worden uitgelegd en bekeken door mevrouw .

A1: Elke cliënt/patiënt is anders, dat snap ik. Maar mijn zoon, ik zit niet gauw ja, ik weet niet hoe het moet, maar ik wil wel graag informatie krijgen omdat het niet zomaar mijn zoon is, nee juist omdat het mijn zoon is.

korte stilte en kijkt naar de vormen van steun

Ik kreeg wel informatie, zolang ik er maar naar vroeg. Maar de rest van deze vormen heb ik niet ervaren. Dit kwam ook doordat er voornamelijk volgens het behandelplan geleefd moest worden... en wij konden daar niet zoveel van zeggen.

Student: oké dus u heeft alleen maar informatie gekregen over de behandeling van uw zoon? En de andere soorten die ik opnoemde, sociaal, emotioneel en praktisch?

A1: ja dat klopt. De sociale en emotionele steun zocht ik wel bij mijn man.

mevrouw kijkt nog eens naar de andere soorten steunen, maar knikt dan instemmend dat ze haar antwoord hierbij laat

Organisator komt tussendoor (melden dat we moeten gaan stoppen): We moeten echt afbouwen nu hoor, het is 22:00 geweest.

Student: Prima, we breiden er een einde aan.

Nog een laatste vraag voor u dan mevrouw, Wat als het dan gaat om u als u betrokken wordt tijdens het herstelproces, wat is dan het ideaal plaatje, hoe zou u dat willen. Waar heeft u behoefte aan?

A1: Nou, wat ik duidelijk probeert te maken en eigenlijk mijn sleutelwoord: Door open communicatie, onderlinge samenhang krijg je dat naasten ook kunnen zeggen wat ze willen en dat je gehoord wordt. Dat je je niet voelt alsof je tot last bent van de verpleegkundige, maar dat ze inzien dat je wilt helpen.

Student: Dat is duidelijk, wat u net ook al benoemde u wilt meer betrokken worden door voornamelijk de communicatie die nu niet soepel verliep. U wordt heel erg bedankt voor dit gesprek. Ik vond het mooi om te zien hoe open u was. Dit kunnen we dan ook zeker gebruiken voor ons onderzoek.

A1: Graag gedaan, succes met jullie onderzoek! Tot ziens hè.

Student: Tot ziens, fijne avond.

Interview 2, 06-12-2016:

Nadat mevrouw akkoord gaat met het opnemen van het interview, worden er een aantal vragen gesteld aan haar. Het gaat om een 50+ mevrouw, van wie haar zoon jarenlang verslaafd was.

Student: We kijken voornamelijk naar hoe we deze zorg kunnen verbeteren, dus waarbij we aansluiten bij de wensen en behoeften van u. Wat is precies in uw ogen het ideale beeld van hoe u betrokken wilt worden bij het herstelproces van de verslaafde cliënt?

A2: Nou.. Eigenlijk dat er een duidelijk lijntje is tussen de behandelaar en in dit geval de ouder, omdat één van de verslaafde cliënt is het liegen, ja ik ga het maar even keihard zeggen, en bedriegen. En ja dat hoort ook bij de verslavingsproblematiek, dus dat hij de waarheid niet zegt, hij verschijnt niet op afspraken, hij zegt niet te blowen, maar hij blowt wel, naja noem maar op. En dus als je dan met de hulpverlener, dus als je ook weet dat diegene die behandeld wordt, dat je dan als hulpverlener, in dit geval verpleegkundige, kan zeggen van goh we houden ook contact met de ouders in dit geval. Dus mocht je een afspraak hebben en dat de verpleegkundige zeg: je komt niet op de afspraak, dan gaan wij contact met je ouders opnemen. Dus dat je eigenlijk een soort vangnet om de verslaafde heen maakt, en dat zijn wij op een gegeven moment gaan doen. En dat hielp écht. Hij kwam bijvoorbeeld inderdaad niet afspraken, hield zich niet aan dingen..

Student: En op die manier kon u hem daar dus ook op wijzen.

A2: Ja, de verpleegkundige zocht dan contact met mij en dan zei ze dat mijn zoon niet op kwam dagen. We hadden een afspraak maar hij is er niet. We hebben hem gebeld maar hij neemt zijn telefoon niet op. En dan zei ik tegen hem van goh, hoe komt het nou dat je je telefoon niet opneemt? En hij wist het zelf ook niet hoe hij uit die negatieve spiraal moest komen. En toen gingen we hem eigenlijk een beetje liefdevol insluiten, waardoor hij op een gegeven moment wel, euh, nou ja op een gegeven moment is hij opgehouden met blowen.

Student: Goh, dus eigenlijk kwam dat echt door het samenwerken met de verpleegkundige.

A2: Ja, ja, heel erg. En naast dat hij natuurlijk zelf gemotiveerd moest zijn om er mee op te houden. Maar toen zijn wij ook een soort motivatiegesprekvoering gaan houden. Echt een cursus, en dan met hem daar over praten. En op een gegeven moment dan ook vragen van goh, hoe komt het nou dat je zegt dat je maar één blowt, maar ondertussen blow je veel meer.. Dus dat. Ja en dat de hele tijd in samenspraak met de verpleegkundige. En daarbij ook doelen stellen en dan hadden we ook afspraken om die doelen te evalueren met elkaar. En dan natuurlijk ook altijd met hem erbij. Maar ook omdat hij ook psychotisch is geweest, dus dan ben je echt paranoia. Dus, ja, zo.

Student: Dus u heeft best wel veel steun ervaren als ik het zo begrijp?

A2: Ja, klopt inderdaad.

Student: Maar welke problematiek heeft u dan ervaren in de omgang met de verpleegkundige en uw zoon?

A2: Nou.. Dat, eh, wij buiten de gesprekken werden gehouden. En, eh, ja dat heeft natuurlijk ook te maken met, hoe heet dat nou, een dubbele diagnose. Omdat mijn zoon dus psychotisch is geweest een daarbij dus ook verslaafd was. En ja zo iemand is natuurlijk een beetje paranoia, dus dan moet je natuurlijk wel dat vertrouwen krijgen bij hem. Want soms kan het ook verkeerd uit vallen om open kaart vertellen, zo zag je dat ook in die lezing van eh, die psycholoog. Maar door ook alles open te houden, de communicatielijn, eh, is het dus op een gegeven moment wel goed gegaan. Maar wij werden dus in het begin er wel heel erg

buiten gehouden. Maar ook omdat hij gewoon de hele tijd stond te liegen tegen de psychiatrisch verpleegkundige. Dus dan dacht ik ook ja dat heeft natuurlijk helemaal geen zin, want het is echt een ontzettend leuke jongen. En hij, ja, windt iedereen om zijn vinger, maar ja daar wordt hij zelf ook niet beter van.

Student: U zegt dus wel in het begin was de begeleiding minder goed, maar in de loop van het proces is het wel verbeterd?

A2: Ja, in de loop van het proces omdat wij zo'n groot vangnet om hem heen zijn gaan bouwen.

Student: Maar is dat vanuit uzelf gekomen, dat u gezegd heeft van: wij willen er meer bij betrokken worden, of...

A2: Ja, ja, inderdaad.

Student: Dus niet door de verpleegkundige zelf?

A2: Nee, nee, nee. En ze hebben later ook wel gezegd dat ze eigenlijk wel blij waren met mijn kritiek dus, ja. Ik heb zelf ook in de hulpverlening gewerkt dus ik weet er wel iets van, maar misschien van daar uit ook dat ik gewoon overtuigd ben dat het beter is dat je met elkaar samenwerkt.

Student: Naja, uiteindelijk heeft het dus wel tot een gewenste uitkomst geleid.

A2: Ja, ja, zeker. En ik heb vroeger ooit in de kinderpsychiatrie gewerkt. En toen was ik ook altijd voor het betrekken van de ouders bij het kind.

Student: Ja, ja, inderdaad. En vooral bij kinderen natuurlijk.

A2: Ja, Ja, zeker.

Student: Nou zijn er een aantal soorten steun die u heeft kunnen ervaren tijdens het herstel proces van de cliënt.

Student legt soorten steun uit

Student: Heeft u ze allemaal ervaren, of zijn er ook soorten steun die u niet heeft ervaren?

A2: Eh, even kijken hoor..

Mevrouw leest verschillende soorten steun nogmaals over

Student: Want u zegt in het begin dat u eigenlijk nergens bij bent betrokken, maar bent u bijvoorbeeld wel goed geïnformeerd?

A2: Nee, nee, totaal niet. Ik heb alles zelf moeten uitzoeken.

Student: Goh, echt? Dus ook niet bijvoorbeeld wat verslaving inhoudt?

A2: Nee, nee. En toen hebben ze dus tegen bij gezegd zo van, ja jellinek die houdt wel van die gesprekken.

Student: Dus dan moest u daar maar heen gaan?

A2: Ja, dus uiteindelijk zijn we daar terecht gekomen. En ik begrijp dat er nu wel veel meer informatie te halen valt. Dus dat zou voor mij ook zeker een verbeterpunt zijn. Dat alle verpleegkundigen, zodra er een intake is, dat ze aan de oudere of naastbetrokkene vragen of ze behoefte hebben aan informatie over een verslaving. Nou zo ja, dan kun je daar en daar informatie krijgen. Of dat en dat filmpje kijken. Sommige mensen lezen liever, en sommigen hebben liever beeldmateriaal. Dat zou ik wel echt graag standaard er bij willen hebben zitten.

Interview wordt onderbroken door de organisatie: we moeten nu echt stoppen

Student: Oke, dus kortgezegd: in het begin werd u erg slecht begeleid, maar naar loop van tijd heeft u, door het zelf aan te geven..

A2: Nou, ja, ze stonden er wel allemaal open voor hoor. Maar ik denk ook dat het heel erg met bezuiniging heeft te maken hoor.

Student: Ja, dat is op het moment constant in de zorg, echt verschrikkelijk dat dat de kwaliteit kan tegen houden..

A2: Ja, echt erg hè.. En we weten allemaal: uiteindelijk levert het geld op. Want dan hoef je er in de toekomst geen geld meer aan uit te geven en dergelijke.

Student: Nee inderdaad, jammer dat dat niet gezien wordt.
Nou heel erg bedankt dat u heeft mee willen werken!

A2: Heel graag gedaan. En succes met jullie onderzoek verder nog!

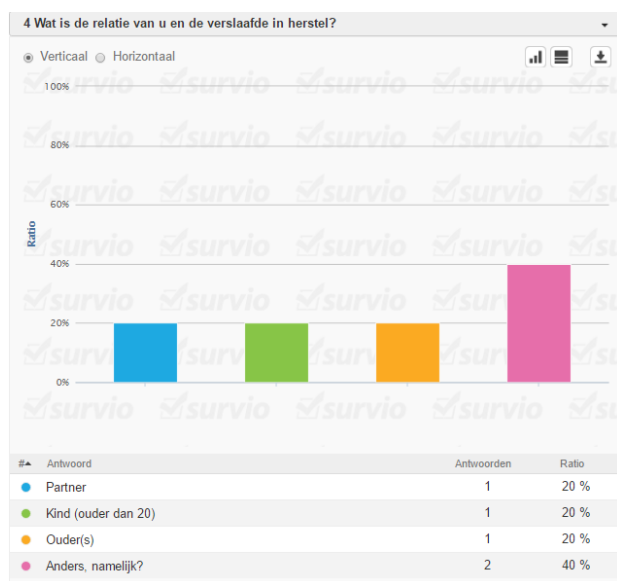
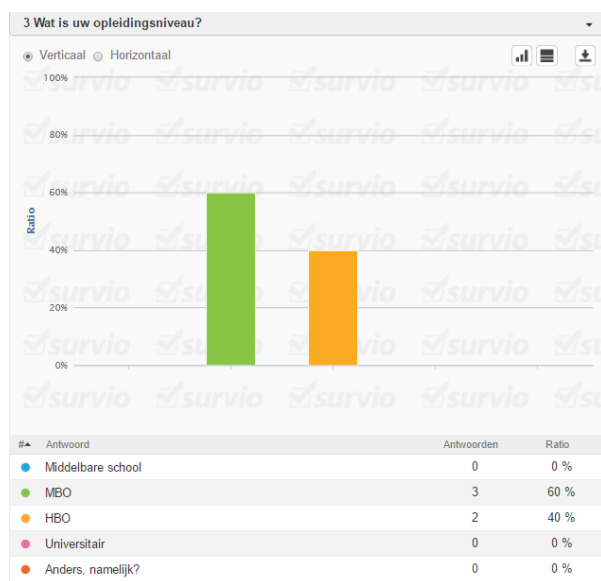
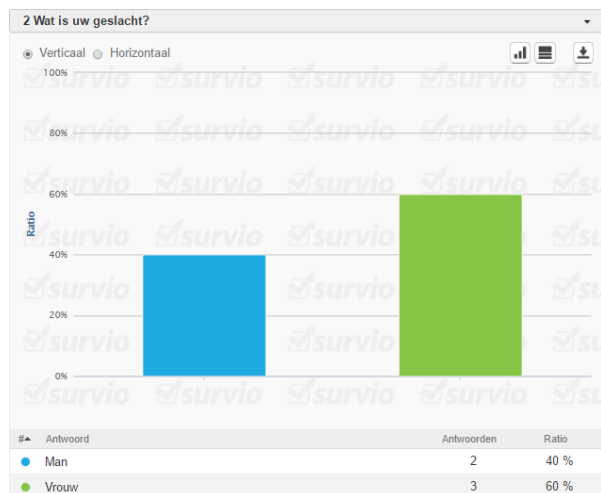
Bijlage 7: Resultaten enquête

Totale antwoorden **5** Verworpen **0**

1 Wat is uw leeftijd?

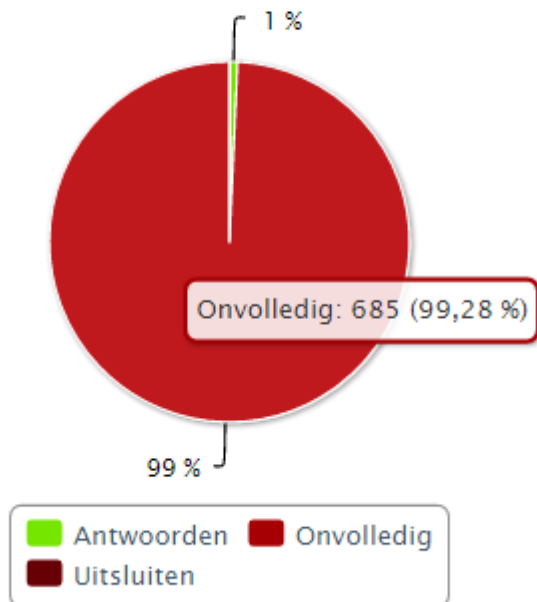
54 45 56 30

34



Enquête Bezoeken

Totaal Bezoeken



Totaal Bezoeken



Verschillende soorten steun, weergegeven in de enquête:

- Sociale steun: de steun die u ontvangt van belangrijke anderen. Deze steun kan de verpleegkundige bieden door ondersteuning te bieden op het gebied van de emoties (Tanja, 2007).
- Informatieve steun: het krijgen van adviezen en informatie van de verpleegkundige over en omtrent de verslaving van uw verslaafde partner/ouder/kind (Ferlander, 2007).
- Praktische steun: de steun die in kaart brengt wat verlichting kan bieden aan de verslaafde cliënt (Tanja, 2009).
- Materiële steun: de steun die voorzieningen biedt voor u die toegekend worden om u in staat te stellen te participeren (Tanja, 2009).

Bijlage 8: Promotie enquête

Jellinek op Facebook:



Dit bericht werd gedeeld door beide onderzoekers:



Bijlage 9: Interessante links

<http://www.breakline.be/breakline/harm-reduction/>

<http://www.encyclo.nl/begrip/biopsychosociaal>

<http://www.encyclo.nl/begrip/COUNSELOR>

<http://www.encyclo.nl/begrip/interferentie>

<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren-volgens-boek/preparaatteksten/d/disulfiram>

<https://www.hanze.nl/assets/academie-voor-verpleegkunde/bachelor-verpleegkunde/Documents/Hanze-PL-ST/2012-2013%20APA%20%20Richtlijnen%20voor%20bronverwijzing.pdf>

<https://www.jellinek.nl/familie-en-omgeving/cursussen/craft-2/>

<https://www.jellinek.nl/familie-en-omgeving/cursussen/zelfhulpgroep/>

<https://www.jellinek.nl/zorgpodium-cadeautje-naasten/>

<http://www.readyforchange.nl/nl/Onze-behandelingen/CRAFT>

<http://www.samennuchter.nl>

<http://www.survio.com/survey/d/Q7S9S2N3F2T0P1P9N?preview=1>

<http://www.verslaafdaanjou.nl>

Bijlage 10: SafeAssignment

SafeAssignment weergeven

Opdrachtinformatie

Naam	Beschrijving
Afstudeeronderzoek(Concept)	Safeassignment voor afstudeeronderzoek U3

Verzonden werk

Student-id	Naam student	Tekst	Bestand	Overeenkomen	SA-rapport	Verzenddatum
	Myrthe Heres M			7%		vr, jan 27, 2017, 01:52 PM

Cijfer weergeven

Cijfer	Mogelijk aantal punten	Wegingsfactor
	0	0.0

Feedback van cursusleider

Opmerkingen	Momenteel bijgevoegd bestand
Geen feedback van cursusleider	Geen feedback geupload