

ROOKONDERZOEK

VERSLAVINGSZORG TACTUS



Scriptie

Auteur: Denise Pleiter (408409)

Datum: februari – juli 2018

University
of Applied
Sciences



Titelpagina

Denise Pleiter (408409)

Oktober 2018, Zutphen

Saxion Hogeschool Deventer

Academie Mens & Arbeid (AMA)

Toegepaste Psychologie

Scriptietraject 2018-2019

Opdrachtgever: Claudia Stoeten,
GZ-psycholoog in opleiding tot specialist Tactus Verslavingszorg

1^e beoordelaar: Elsbeth de Joode

2^e beoordelaar: Elia de Kleine

VOORWOORD

Deze scriptie is geschreven als onderdeel van een afstudeertraject en als oriënterend onderzoek voor de instelling Tactus Verslavingszorg. Ik heb tijdens mijn stage kennis gemaakt met verslavingsproblematiek en via mijn stagebegeleidster ben ik in contact gekomen met Tactus Verslavingszorg. De doelgroep van Verslavingszorg kreeg mijn aandacht en dat leidde tot het benaderen van de instelling tijdens de zoektocht naar een afstudeeropdracht.

Wat mij nog goed bij staat is, de eerste opmerking van mijn stagebegeleidster toen ik van start ging met mijn eerdere stage: “Ik hoop dat je rookt want dat is een hele goede manier om met de doelgroep in contact te komen.” Ze vond het zowaar een teleurstelling dat ik niet rookte. Tijdens mijn stage viel dan ook op dat er slechts een enkeling niet rookte. Bij Tactus Verslavingszorg, de organisatie die ik aanschreef omwille van het afstuderen, was gestart met een onderzoek naar roken. Ik ben bij dit onderzoek aangehaakt. Onder begeleiding van een GZ-psycholoog in opleiding tot specialist, Claudia Stoeten, heb ik oriënterend onderzoek kunnen doen binnen dit langer lopend onderzoek.

Ik heb de afgelopen drie maanden kennism gemaakt met Tactus verslavingszorg. Het samenwerken met het verplegend personeel en de doelgroep op de detoxafdelingen was voor mij een leuke en interessante ervaring. Ik wil het personeel van de detoxafdelingen bedanken voor de samenwerking en de leerervaringen. Ik wil ook de deelnemers van het onderzoek bedanken voor hun medewerking en het delen van hun ervaringen. Verder wil ik mijn begeleiders van het Saxion te Deventer, Elsbeth de Joode en Elia de Kleine, bedanken voor de hulp bij het schrijven van mijn scriptie. Een speciaal dank gaat uit naar mijn opdrachtgever, Claudia Stoeten, voor het bieden van een afstudeeronderzoek en de begeleiding tijdens deze periode.

Denise Pleiter

Deventer, oktober 2018

SAMENVATTING

Aanleiding. Vergeleken met de algemene bevolking, wordt er in de verslavingszorg veel vaker en meer gerookt, wat zorg opwekt (Callaghan et al., 2014). Volgens Hoeymans, Melse en Schoemaker (2010) is roken verantwoordelijk voor het meeste verlies van gezondheid en levensverwachting vergeleken met alle leefstijlfactoren. Dat er mogelijk meer gerookt gaat worden bij opname, is niet in overeenstemming met de doelstelling van de verslavingszorg (Blankers, Buisman, Ter Weijde en Van Laar, 2015). Het is de bedoeling om juist hulp te bieden bij verslavingsstoornissen. Dit onderzoek is gestart om te objectiveren of patiënten daadwerkelijk meer gaan roken als zij op de detoxafdeling verblijven en met welke factoren dit in verband kan staan. De factoren waarmee samenhang wordt gezocht in het onderzoek zijn verslaving, beloningsgevoeligheid en stemming (depressie, angst en stress).

Methode. Het onderzoek werd uitgevoerd op twee detoxafdelingen binnen Tactus Verslavingszorg te Zutphen. Er werden verschillende onderzoeksinstrumenten afgenomen bij de deelnemers, namelijk de Measurement in the Addictions for Triage and Evaluation 2.1 (MATE 2.1), de Fagerström Test of Nicotine Dependence (De FTND) en de Sensitivity to Reward Scale (SR). Daarnaast vulden de deelnemers drie keer per dag een registratieformulier in met betrekking tot de hoeveelheid gerookte sigaretten. Aan de hand van deze gegevens werd er gekeken of de hoeveelheid gerookte sigaretten steeg tijdens de opname vergelijken met voor de aankomst op de detoxafdeling.

Resultaten/conclusie. Op basis van dit onderzoek kan niet worden bevestigd dat er een toename is in het rookgedrag nadat patiënten opgenomen worden op de detoxafdeling. Er is een significantie positieve correlatie gevonden tussen de verslavingsernst in nicotine en het rookgedrag. Er is een significante negatieve correlatie gevonden tussen het rookgedrag en de verslavingsernst van het primaire middel. Er is geen samenhang tussen het rookgedrag en beloningsgevoeligheid, depressie en stress. Er is wel een significante negatieve correlatie tussen angst en het rookgedrag gevonden.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	3
samenvatting.....	4
inhoudsopgave.....	5
hoofdstuk 1 inleiding.....	7
1.1 aanleiding	7
1.2 vraagstelling	9
1.3 doelstelling	9
hoofdstuk 2 theoretisch kader	11
2.1 verslaving	11
2.2 beloningsgevoeligheid	13
2.3 depressie, stress en angst.....	14
2.4 conceptueel model	15
2.5 hypothesen.....	16
hoofdstuk 3 onderzoeksdesign	17
3.1 onderzoeksmethode.....	17
3.2 onderzoeksdoelgroep	17
3.3 onderzoeksinstrumenten.....	18
3.3.1 measurement in the addictions for triage and evaluation 2.1 (mate 2.1).....	18
3.3.2 fagerström test of nicotine dependence (de ftnd)	20
3.3.3 the sensitivity to punishment and sensitivity to reward questionnaire (spsrq). Sensitivity to reward scale (sr)	20
3.3.4 dagelijkse registratie	20
3.3.5 procedure	21
3.4 analyses	22
hoofdstuk 4 onderzoeksresultaten	23
4.1 onderzoeksgroep	23
4.2 aantal gerookte sigaretten.....	24
4.3 samenhang factoren.....	24
verslaving.....	24
beloningsgevoeligheid	26
4.4 stemming.....	26

hoofdstuk 5 conclusie, discussie en aanbevelingen	28
5.1 conclusie	28
5.2 discussie	30
5.3 aanbevelingen	32
5.3.1 roken ontmoedigen	32
5.3.2 vervolg van het onderzoek.....	34
literatuur	36
bijlage 1. Informed-consent.....	42
bijlage 2. Testen	46
bijlage 3. Volgorde van afname vragenlijsten.....	59
bijlage 4. Plan van aanpak.....	60
bijlage 5. Formulier aanleveren vijf stellingen.....	61
bijlage 6. Evaluatieformulier opdrachtgever	62
bijlage 7. Eigen werk verklaring	66

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

Voor verslavingszorg in Nederland kan men terecht bij de instelling Tactus. Tactus heeft 40 vestigingen in de regio Twente, Stedendriehoek en Flevoland. Hier bieden ongeveer 1100 medewerkers hulp aan 10500 patiënten. Er wordt hulp geboden bij verschillende verslavingen, waaronder verslaving aan drugs, alcohol, medicijnen, gokken en eetstoornissen. Er zijn twee locaties van Tactus waar klinische detoxificatieafdelingen bevinden. Één van die locaties is in Zutphen, hier is het onderzoek uitgevoerd dat in dit rapport wordt beschreven. Op de klinische detoxafdelingen worden patiënten met een alcohol- of drugsverslaving behandeld in een crisis/detox setting. Er wordt begeleiding, behandeling en verzorging geboden aan mensen bij wie het ambulant niet lukt om het patroon van gebruik te doorbreken.

1.1 AANLEIDING

Roken wordt beschouwd als een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit. Roken draagt bij aan gezondheidsrisico's zoals het ontwikkelen van ernstige en levensbedreigende ziekten zoals kanker, COPD en hart- en vaatziekten en het leidt tot vroegtijdige sterfte (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013). Een rookverslaving is wereldwijd de oorzaak van één op de tien sterfgevallen per jaar en de levensverwachting van een roker ligt in vergelijking met een niet roker 10 jaar lager (Loof, Dhooghe, Salhi & Derom, 2014). Uit onderzoek van het Trimbos-Instituut blijkt dat roken onder volwassenen afneemt in de algemene bevolking. In 2016 rookte minder dan een kwart (24,1%) van de bevolking van 18 jaar en ouder. Dit is een daling vergeleken met 2015 (26,3%) en 2014 (25,7%) (Springvloet, 2017). Ondanks de dalende trend, wordt er nog steeds veel gerookt. Met name in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de verslavingszorg, wat zorg opwekt. Vergeleken met de algemene bevolking roken mensen met een psychische stoornis meer en vaker dan gemiddeld. Het percentage ligt twee tot vier keer zo hoog (Callaghan et al., 2014). Blankers, Buisman, Ter Weijde en Van Laar (2015) toonden aan dat stoornissen in het gebruik van alcohol en/of drugs bij 75% van de patiënten samen gaan met een stoornis in het gebruik van tabak.

In de landelijke GGZ en verslavingszorg is er weinig beleid en visie betreft het roken. Bij Tactus is het beleid en de visie ook niet helemaal vastgesteld, wel sluiten ze zich aan bij de aanbeveling van het Trimbos-instituut voor universeel rookbeleid. Dit houdt in dat de instelling een formeel beleid op schrift invoert omtrent maatregelen rondom het rookgedrag (Blankers et al., 2015). De indruk bestaat dat er tijdens klinische detoxificatie van alcohol

en/of drugs meer wordt gerookt door de patiënten. Dit is echter niet genoeg onderbouwd vanuit bestaand onderzoek binnen de instelling Tactus. De gezondheidsrisico's van tabaksgebruik in combinatie met andere middelen, zoals alcohol en drugs, spelen op elkaar in. Bij combinatiegebruik zijn gezondheidsrisico's 50% groter dan als de middelen afzonderlijk van elkaar worden gebruikt (Callaghan et al., 2014). Dat er mogelijk meer gerookt gaat worden bij opname is niet in overeenstemming met de doelstelling van de verslavingszorg. Het is de bedoeling om juist hulp te bieden bij verslavingsstoornissen en gezondheid te bevorderen. Eerder is er onderzoek gedaan door Harris, Best, Man, Welch, Gossop en Strang (2000) naar de prevalentie van roken en veranderingen tijdens de ontgiftiging van de patiënt bij 135 opnames op een afdeling voor intramurale alcohol- en drugsontgiftiging, waarvan 83 (61,5%) een week later opnieuw werden geïnterviewd. 92% van de eerste steekproef was op dit moment rokers; 87% van de alcoholmisbruikers, 97% van de drugsmisbruikers en 100% van de drugsgebruikers/alcoholmisbruikers. Rokers consumeerden dagelijks gemiddeld 27 sigaretten voor opname. Degenen die geclassificeerd zijn als zware rokers (roken van 40 of meer sigaretten voorafgaand aan opname) verminderden hun rookniveaus met gemiddeld 10,5 sigaretten tijdens ontgiftiging. Lichte rokers (1-19 sigaretten per dag) stegen juist met een dagelijks gemiddelde van 8,6 sigaretten en intermediaire rokers (20-39 sigaretten) met 4,9 sigaretten. Uit dit onderzoek blijkt dus dat het rookgedrag tijdens ontgiften kan variëren, het kan zowel toenemen als afnemen.

Er zijn meerdere onderzoeken gedaan waaruit blijkt dat roken invloed heeft op alcohol- en drugsgebruik. Het blijkt dat patiënten in periodes dat ze stoppen met roken over het algemeen minder misbruik maken van drank of drugs (Friend & Pagano, 2005; Lemon, Friedmann, & Stein, 2003). Shoptaw, Rotheram-Fuller, Yang, Frosch, Nahom en Jarvik (2002) onderzochten diverse interventies voor tabaksafhankelijkheid bij patiënten in een methadon onderhoudsprogramma. De patiënten droegen nicotinepleisters en kregen verschillende gedragstherapeutische interventies aangeboden. In deze studie bleek dat in de weken dat de patiënten niet rookten, ze minder drugs gebruikten dan in de weken dat ze wel rookten. De studie van Kalman, Kahler, Garvey, en Monti (2006) maakte gebruik van nicotinevervangende middelen, zoals nicotinepleisters en Bupropion. Dit vermindert ontweningsverschijnselen en het verlangen naar sigaretten. Hierbij bleek ook dat het gebruik van drugs en alcohol afneemt. Baca en Yahne (2009) toonden aan dat stoppen met roken geen negatieve gevolgen heeft voor uitkomsten van een alcohol- of drugsbehandeling. De

uitkomsten van de behandeling kunnen zelfs verbeteren wanneer er tabaksbehandeling wordt aangeboden. Gekeken naar deze studie van Prochaska, Delucchi & Hall (2004) kan er geconcludeerd worden dat de kans op alcohol- of drugsgebruik op de lange termijn met 25% wordt verlaagd wanneer de patiënten ook voor tabaksafhankelijkheid worden behandeld.

1.2 VRAAGSTELLING

Het is van belang om erachter te komen hoe het rookgedrag van deelnemers eruitziet; gaan ze meer of minder roken dan voor de opname of blijft het gelijk. Onder het rookgedrag wordt verstaan: het gebruik van nicotine door het inhaleren van de rook van sigaretten, shag, sigaren of pijptabak. Er worden verschillende factoren onderzocht die van invloed kunnen zijn op het rookgedrag van de deelnemers. Op verzoek van Tactus worden de volgende factoren in het onderzoek geïncorporeerd: verslaving, beloningsgevoeligheid en stemming. Stemming wordt hier gebruikt als verzamelnaam voor depressie, angst en stress. Deze factoren zijn gekozen op basis van klinische indrukken en literatuuronderzoek. De literatuur staat beschreven in Hoofdstuk 2.

Dit is een oriënterend/explorerend onderzoek waarbij wordt gekeken naar het rookgedrag bij mensen die worden opgenomen voor klinische detoxificatie binnen Tactus Zutphen. Hier worden patiënten ondersteund om abtinent te worden van het verslavende middel. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt: ‘Is er een toename in het aantal sigaretten dat de deelnemers roken als ze worden opgenomen op de afdeling van klinische detoxificatie?’ De deelvraag die in dit onderzoek beantwoord wordt luidt als volgt: ‘Is er een samenhang tussen enerzijds het verschil in het aantal sigaretten voor en tijdens de opname van de deelnemers en anderzijds de verschillende factoren?’

Dit onderzoek omvat de eerste drie maanden van een onderzoek dat twee jaar gaat duren. De opdrachtgever heeft interesse in een oriënterend onderzoek dat fungeert als pilot. De bevindingen van dit onderzoek zullen van waarde zijn voor de voortzetting van het grotere onderzoek.

1.3 DOELSTELLING

Om erachter te komen of de deelnemers daadwerkelijk meer gaan roken als zij op de detoxafdeling verblijven, is dit onderzoek gestart. Het doel van het onderzoek is om meer zicht te krijgen op factoren die in verband staan met roken en de mogelijke toename van het

roken. Binnen de verslavingszorg zijn er relatief weinig interventies beschikbaar die zich richten op het terugdringen van roken (Blankers et al., 2015). Zodra er meer kennis hierover beschikbaar is, kan Tactus gepaste actiestappen bedenken en ondernemen om het rookgedrag te beïnvloeden. Een voorbeeld is meer geboden hulpverlening bij het stoppen met roken. Dit kan bevorderlijk zijn voor de begeleiding, behandeling en verzorging van de patiënten binnen de instelling, aangezien het roken betrekking kan hebben op de gezondheid. Volgens Hoeymans, Melse en Schoemaker (2010) is roken namelijk verantwoordelijk voor verlies van gezondheid en levensverwachting. Volgens Baca & Yahne (2008) vloeit er een zeer grote gezondheidswinst voort uit het stoppen met roken. Bovendien tonen Prochaska et al. (2004) aan dat behandeling voor nicotineafhankelijkheid bevorderlijk kan zijn voor het stoppen met alcohol en/of drugs.

HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt theoretisch aandacht besteed aan verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op het rookgedrag van de patiënten op de detoxafdelingen binnen Tactus Zutphen. Deze factoren zijn naar voren gekomen aan de hand van literatuuronderzoek.

2.1 VERSLAVING

Volgens de Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) van de American Psychiatric Association (APA) wordt verslaving beschreven als ‘verslavingen en stoornissen door het gebruik van middelen’. Pathologisch gokken valt hier ook onder als niet-middelgebonden verslaving (APA, 2013). Er kunnen stoornissen optreden omtrent het gebruik, intoxicatie en onttrekking van een middel. Er zijn 11 groepen middelen die globaal in drie soorten verdeeld kunnen worden: verdovende, stimulerende en bewustzijns-veranderende middelen (APA, 2000). Redenen voor het gebruiken van deze middelen kunnen globaal worden ingedeeld in drie categorieën: middelen die gebruikt worden vanwege het plezier dat naar verwachting gegeven wordt, middelen die negatieve gevoelens/stemmingen weg doen nemen en middelen die voor opwindning zorgen (West, 2001). Volgens Van de Molen, Perreijn en Van den Hout (2006) wordt er onderscheid gemaakt tussen misbruik en afhankelijkheid van een middel. Bij misbruik is er sprake van doorgaan met het gebruik van het middel ondanks dat het problemen oplevert, maar men is dan nog niet afhankelijk. De criteria voor afhankelijkheid zijn onder andere het optreden van ‘craving’ (verlangen) tolerantie (steeds meer van het middel nodig hebben voor hetzelfde effect), onthoudingsverschijnselen (fysiologische reacties op het verminderen of stoppen van gebruik), controleverlies (het gebruik beheersen of staken lukt niet meer), vermindering sociale activiteiten en voortzetting van gebruik ondanks negatieve gevolgen.

Het ontstaan van verslaving doorloopt volgens Koob (2009) verschillende stadia. Aanvankelijk begint het middelengebruik met een aangenaam effect. Vervolgens wordt het middel impulsief genomen om dit aangename effect te ervaren, er ontstaat ‘craving’. Op langere termijn treedt er tolerantie op wat leidt tot toename in het middelgebruik. De drang om het middel te verkrijgen komt centraal te staan, het gevolg is dat het impulsieve gebruik omslaat in compulsief gebruik. Uiteindelijk wordt het middel hoofdzakelijk genomen ter verlossing van de onaangename effecten die ontstaan bij onthouding.

Volgens Goldstein & Volkow (2011) speelt de prefrontale cortex (PFC) een rol bij het ontstaan en de instandhouding van verslaving. Zij delen de functies van de PFC op in cognitieve executieve functies (dit bevat planningsvaardigheden, mentale flexibiliteit en werkgeheugen) en emotionele executieve functies (dit bevat samenspel tussen cognitie en emotie, zoals impulscontrole en besluitvorming). De cognitieve executieve functies staan in verband met de dorsolaterale PFC en worden beschouwd als hoge orde processen. De ventrale PFC is betrokken bij de emotionele executieve functies, dit zijn automatische processen. Bij gezonde (niet-verslaafde) mensen domineren de cognitieve functies die de gezonde keuze maken (geen drugs gebruiken). Deze input van de dorsale PFC houdt het automatische proces onder controle. Als een gezond persoon wordt blootgesteld aan drugs, wordt het gebruik tijdig gestopt. Als er na middelengebruik verlangen of onthouding voorkomt, beginnen de cognitieve en emotionele functies te vervagen. Er ontstaat een conflict over het nemen van drugs. Er wordt minder waarde en aandacht toegekend aan de gezonde keuze. Het gevolg is een vermindering in de zelfcontrole. Dit kan leiden tot herhaaldelijk drugsgebruik en verslaving.

De processen betrokken bij verslaving die hierboven zijn beschreven, komen ook aan bod bij roken. Roken leidt tot een verslaving van nicotine (Vleeming, Rambali & Opperhuizen, 2002). Nicotine is een stimulerend middel, afhankelijkheid kan ontstaan bij gebruik van sigaretten, sigaren, pijp en pruimtabak (APA, 2000). Zoals in Hoofdstuk 1 aangeduid is, gaat gebruik van alcohol en drugs vaak samen met nicotineafhankelijkheid. Er is sprake van nicotineafhankelijkheid bij 80% van de mensen met een alcoholafhankelijkheid en bij 98% van de mensen met een drugsafhankelijkheid (Tromp-Beelen, Van Schayck, & Bes, 2015). Ondanks dat nicotine een verslavend middel is, wordt roken nog toegelaten tijdens verslavingsbehandeling. Het lijkt minder belangrijk om een stoornis in tabaksgebruik te behandelen dan andere verslavingen (Wilson et al., 2016). Een tabaksverslaving kan wel voor veel gezondheidsklachten zorgen. Roken veroorzaakt een verhoging in het risico op verschillende vormen van kanker en het gaat gepaard met een slechtere kwaliteit van leven (Vleeming et al., 2002). Betreft de gezondheidsrisico's lijkt het bieden van behandeling in nicotineafhankelijkheid niet onbelangrijk. Van alle rokers zou 80% wel willen stoppen met roken, echter hooguit 5% hiervan lukt dit zonder hulp (APA, 2000).

2.2 BELONINGSGEVOELIGHEID

Volgens Orlemans, Eelen en Hermans (2006) is het effect van beloning op gedrag van individuen te verklaren aan de hand van klassieke en operante conditionering. Gedrag zal in frequentie toenemen als de gevolgen ervan bevredigend zijn, terwijl gedrag dat vervelende gevolgen heeft, zal afnemen. Beloning kan bestaan uit iets positiefs dat wordt toegevoegd of iets negatiefs dat wordt weggenomen.

Het beloningssysteem, oftewel het mesolimbische dopaminesysteem (MDS), is een hersensysteem dat bij stimulatie zorgt voor een aangenaam gevoel dat beschreven wordt als beloning. Beloning is een populair concept als verklarende factor voor verschillende gedragingen, waaronder verslavingen en middelenmisbruik (Vervoort, Sandra Verbeken & Caroline Braet, 2014). Dopamine is een neurotransmitter die communicatie tussen verschillende hersencellen mogelijk maakt, het koppelt zich aan receptoren in de hersenen. Er bevinden zich cellichamen van dopaminerge zenuwcellen in het ventraal tegmentaal gebied, deze projecteren naar de nucleus accumbens, de prefrontale cortex en de basolaterale amygdala (Schoffeleers, 2000). Het MSD is sterk betrokken bij het risico van verslaving (Van den Brink, 2005). Volgens Robinson en Berridge (2003) zorgt het gebruik van farmacologische stoffen, zoals verslavende drugs, voor prikkeling in het MDS. Dit zorgt ervoor dat de activiteit van de dopaminerge neuronen in deze gebieden wordt verhoogd, wat betekent dat er dopamine vrijkomt. Het gevolg hiervan is gevoel van bevrediging na het gebruik van de verslavende stof, oftewel het zorgt voor beloning. Bij verslaving kan de reactiviteit van het MDS door drugs worden vergroot. Er worden cues gevormd, dit zijn situaties of zaken die bij verslaving herinneringen opwekken aan het positieve effect van het gebruik van het verslavende middel. Prikkelingen die samenhangen met de cues leiden ertoe dat het verlangen naar de beloning toeneemt. De cues krijgen een intrinsieke aantrekkingskracht (Schipper & Naarding, 2014). Als reactie op de uitstoot van dopamine probeert het lichaam het effect hiervan te verlagen. Dit gebeurt door het aantal dopaminereceptoren te laten afnemen of de gevoeligheid ervan te verlagen. Het gevolg hiervan is dat er voortaan een sterkere prikkel nodig is om het beloningseffect te bereiken. Er is steeds meer van het verslavende middel nodig om hetzelfde effect te bereiken (Volkow, Wang, Fowler, Tomasi & Telang, 2012).

Volgens Davis, Stachan en Berkson, (2004) is beloningsgevoeligheid een persoonlijkheidskenmerk dat sterk in verband staat met de neurobiologie van het MSD. De

beloningsstructuren in de hersenen werken bij sommige mensen sneller en sterker dan bij anderen, hierdoor is de ene persoon gevoeliger voor beloning dan de ander.

Beloningsgevoelige mensen hebben een erg actief beloningssysteem. Zij gaan graag uitdagingen aan en zijn impulsiever, omdat zij prikkelingen die voor beloningen zorgen opzoeken (Hofmann, Friese & Wier, 2008).

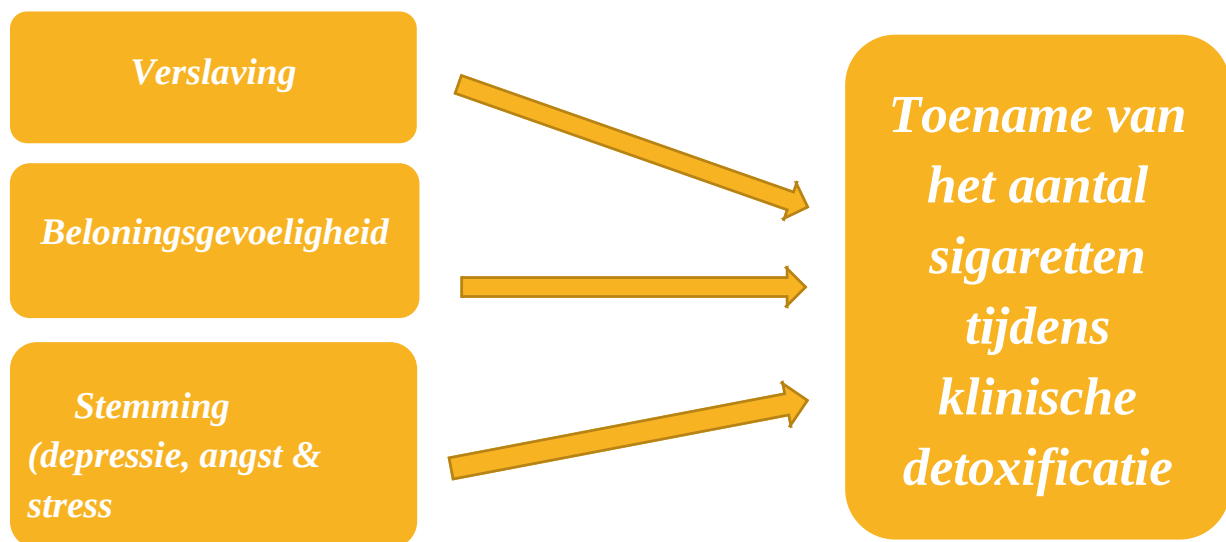
Het beloningssysteem is ook van toepassing bij het gebruik van nicotine. Bij het roken worden de hersenen bij elke trek overspoeld door een lading nicotine. Dit activeert de nicotinereceptoren in de dopaminerge cellichamen en zenuwuiteinden. Dit zorgt voor de afgifte van dopamine dat leidt tot een euforisch gevoel (Niesink & Croes, 2014). Door het roken blijven de dopaminerge neuronen actief en dit genereert beloningseffecten in de hersenen en in het lichaam, net zoals andere verslavende middelen (Benowitz, 2010). Tijdens de detoxificatieperiode gebruiken patiënten geen alcohol en/of drugs meer. Door de eerdere neuroadapties tijdens het middelengebruik, zijn de patiënten gevoelig voor cues die geassocieerd worden met de verslaving. Het verlangen naar de belonende effecten blijft aanwezig, maar kunnen niet bevredigd worden door de afwezigheid van het middel. Om toch het dopamine systeem te blijven stimuleren om beloning te verkrijgen, zijn de patiënten geneigd op zoek te gaan naar vervanging. Een toename in roken kan hier het gevolg van zijn (Schoffelmeer, 2000).

2.3 DEPRESSIE, STRESS EN ANGST

Studies hebben aangetoond dat mensen roken om stemming te reguleren en om negatieve emoties te verlichten (Kassel, Stroud & Paronis, 2003). Dit is in overeenstemming met het hoge percentage rokers onder depressieve personen. Zij proberen de negatieve emoties te verlichten door middel van roken. Zelfs lage levels van depressieve symptomen hebben een positieve correlatie met rookgedrag en moeilijkheid bij het stoppen met roken (Friedman-Wheeler, Ahrens, Haaga, McIntosh & Thorndike (2007). Mensen die dagelijks roken hebben volgens Murphy, Horton, Monsone, Laird, Sobol en Leighton (2003) twee tot vier keer zoveel kans te voldoen aan criteria van een depressieve stoornis. Andersom tonen zij aan dat de helft van de mensen met een depressieve rookt. Volgens (Quattrochi, Baird en Yurgelun-Todd (2000) wordt roken gebruikt als een vorm van zelfmedicatie. Dit wordt verklaard aangezien nicotine invloed heeft op het dopaminegehalte worden gevoelens van somberheid verlicht.

Dozois, Farrow en Miser (1995) tonen aan dat roken bij veel mensen kan zorgen voor een afname in stress en een toename in ontspanning. Hierdoor geven zij stress als een reden om te gaan roken bij de onthouding van een verslavend middel. Bij het hebben van stress ontstaat er vaak craving als reactie. Het ervaren van stress activeert dus craving, anatomisch gaat het hierbij om verbindingen tussen de orbitofrontale cortex en de amygdala via gyrus cinguli anterior (Van den Brink, 2005). In het onderzoek van Ker en Owens (2008) naar het rookgedrag van patiënten binnen een psychiatrisch ziekenhuis, kwam naar voren dat de toename in roken kwam door spanning. Er werd meer gerookt om angst en stress te reduceren. Volgens Dickens et al. (2013) zijn patiënten geneigd om te roken als manier om met stress om te gaan.

2.4 CONCEPTUEEL MODEL



figuur 1. factoren van invloed op rookgedrag

2.5 HYPOTHESES

Naar aanleiding van de beschreven literatuur zijn er een aantal verwachtingen ontstaan. Ten gevolge zijn er een aantal hypothesen opgesteld. De hypothesen zijn genummerd, zodat hiernaar verwezen kan worden in Hoofdstuk 4 en 5.

1. De deelnemers roken tijdens hun opname op de detoxafdeling meer sigaretten vergeleken met voor hun opname.

Deze hypothese kan worden aangenomen of verworpen bij beantwoording van de hoofdvraag van het onderzoek. Bij het meten van de deelvraag van het onderzoek worden de volgende hypothesen getoetst.

2. Er is een positieve samenhang tussen het verschil in rookgedrag voor en tijdens de opname en afhankelijkheid van verslavende middelen zoals nicotine, alcohol en drugs.
3. De factor beloningsgevoeligheid is van invloed op het verschil in aantal sigaretten van de deelnemers tijdens de detoxperiode. De deelnemers gaan meer roken ter substitutie van hun primaire verslavingsmiddel. Ze gebruiken nicotine om het beloningssysteem te blijven stimuleren.
4. De stemming van de deelnemers oefent invloed uit op het aantal sigaretten dat zij roken tijdens opname. Het ervaren van depressie, stress en angst dat kan ontstaan tijdens de onthouding van het primaire verslavende middel zal leiden tot een toename in het roken. De deelnemers zullen meer gaan roken om negatieve stemming, angst en stress te reduceren.

Samenvattend wordt er verwacht dat de deelnemers meer gaan roken, dit hangt samen met de factoren verslaving, beloningsgevoeligheid en stemming. Er zijn onderzoeksinstrumenten geselecteerd, waarbij de verschillende factoren worden uitgevraagd. Deze instrumenten worden in het volgende hoofdstuk beschreven en toegelicht.

HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSDSIGN

In het vorige hoofdstuk zijn de factoren beschreven die gemeten worden in dit onderzoek. Deze factoren zijn geselecteerd aan de hand van de gevonden literatuur met betrekking tot dit onderwerp. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de onderzoeksmethode, onderzoeksdoelgroep, onderzoeksinstrumenten, procedure en analyses.

3.1 ONDERZOEKSMETHODE

Dit onderzoek is onderdeel van een groter onderzoek, er wordt in onderhavig onderzoek oriënterend te werk gegaan om te ontdekken wat er speelt op dit onderzoeksterrein. De designkeuze van dit onderzoek is kwantitatief, toetsend en explorerend/oriënterend. Aan de hand van numerieke gegevens worden er statische analyses gedaan om variabelen te meten. Op basis van klinische observaties en bestaande literatuur beschreven in Hoofdstuk 2 is de verwachting ontstaan dat men meer gaat roken op de detoxafdelingen. Om dit te toetsen, zijn hypothesen opgesteld om ze te bevestigen of verwerpen. De resultaten van dit onderzoek worden gebruikt om te oriënteren naar mogelijke nieuwe ideeën en inzichten met betrekking tot het onderwerp.

3.2 ONDERZOEKSDOELGROEP

De deelnemers van het onderzoek zijn patiënten die in behandeling zijn bij Tactus verslavingszorg. Het onderzoek vindt plaats binnen de twee detoxafdelingen in Zutphen. Op de detoxafdeling worden patiënten met een alcohol- of drugsverslaving behandeld in een crisis/detox setting. De patiënten kunnen problemen hebben op somatisch, psychisch en/of sociaal gebied. Er is op een afdeling plaats voor negen patiënten en de duur van de opname varieert tussen zeven tot tien dagen. De deelnemers van dit onderzoek zijn patiënten die op de detoxafdeling behandeld worden in de periode maart 2018 tot en met mei 2018. Het gaat hierbij om mannen en vrouwen van 18 jaar en ouder. De patiënten worden door het personeel of door de onderzoeker benaderd met de vraag of ze deel willen nemen aan het roekonderzoek gedurende hun verblijf op de detoxafdeling. Patiënten krijgen voordat ze beginnen een informed-consent (Bijlage 1) te lezen, deze ondertekenen zij als zij akkoord gaan en deelnemen aan het onderzoek.

3.3 ONDERZOEKSINSTRUMENTEN

De onderzoeksinstrumenten die gebruikt worden bij dit onderzoek, zijn de Measurement in the Addictions for Triage and Evaluation 2.1 (MATE 2.1), de Fagerström Test of Nicotine Dependence (De FTND) en de Sensitivity to Reward Scale (SR). De testen zijn te vinden in bijlage 2 en worden hieronder verder beschreven.

3.3.1 MEASUREMENT IN THE ADDICTIONS FOR TRIAGE AND EVALUATION 2.1 (MATE 2.1)

De informatie over deze test is verkregen uit de handleiding en protocol voor afname, scoring en gebruik van de MATE 2.1. (Schippers, Broekman & Buchholz, 2007). De MATE 2.1 is een onderzoeksinstrument dat op een valide en betrouwbare manier patiëntkenmerken vaststelt om een indicatie te maken voor zorg en behandeling voor mensen met verslavingsproblematiek. De test is gebaseerd op classificatiesystemen van de World Health Organisation (WHO) en stelt onder andere de volgende dingen vast: het gebruik van psychoactieve middelen, de geschiedenis van behandeling voor verslaving, de diagnoses uit de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) voor stoornissen in middelengebruik (zoals afhankelijkheid en misbruik) en de sterkte van het verlangen naar psychoactieve middelen. Uit internationaal gepubliceerd empirisch onderzoek is gebleken dat de MATE 2.1 psychometrisch solide is (Schippers et al. (2007). Bij alle patiënten die in behandeling komen bij Tactus wordt de MATE 2.1 afgenomen ter inventarisatie. Voor dit onderzoek wordt van de tien onderdelen van de MATE 2.1 enkel gebruik gemaakt van de modulen 1, 4, Q1 en Q2. Deze onderdelen kunnen gebruikt worden bij het meten van de factoren verslaving en stemming.

- Module 1

Module 1 van de MATE 2.1 bevraagt doormiddel van een interview hoeveel psychoactieve middelen gebruikt zijn in de laatste 30 dagen en het aantal jaren waarin regelmatig gebruikt is. De middelen staan in een matrix beschreven en hierbij kan het gebruik worden genoteerd, ook wordt achterhaald wat het probleemmiddel of probleemgedrag is. Deze lijst wordt afgenomen om de verslavingsernst van het roken vast te stellen en het fungeert voor het meten van verandering. De ernst wordt vastgesteld aan de hand van verschillende drempelwaardes per middel, hiermee kan het gebruik worden ingedeeld in ‘niet hoog’ en ‘hoog’. Voor nicotine is de drempelwaarde van ‘hoog’ meer dan 600 eenheden (sigaretten/shag) in de laatste 30 dagen.

Met deze vragenlijst wordt er informatie verkregen over het aantal sigaretten dat de patiënten voor de opname rookten.

- Module 4

In dit onderdeel wordt er een diagnose voor afhankelijkheid en/of misbruik gemaakt met behulp van een interview waarbij de antwoordmogelijkheden 'ja' en 'nee' zijn. De criteria hiervoor zijn gebaseerd op de DSM IV. Met deze module wordt afhankelijkheid/misbruik van de primaire verslaving en nicotine in kaart gebracht. Voor elk 'ja' antwoord wordt er één punt geteld waarbij item één en tien niet meetellen. Er zijn 12 vragen, de afhankelijkheid is hoog vanaf de drempelwaarde 8.

- Module Q1

Om de ernst van de verslaving te bepalen wordt in dit onderdeel de verkorte Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) gebruikt (De Wildt, Lehert, Schippers, Nakovics, Mann & van den Brink, 2005). De vragen in deze test gaan over gedachten en gevoelens over het gebruik van hun primaire verslaving en nicotine. Deze Nederlandse versie is gevalideerd (Schippers, de Jong & Lehert, 1997). Deze versie heeft vijf items en meet het verlangen naar middelen en nicotine (craving). De ernst van de verslaving wordt bepaald door alle items al som bij elkaar op te tellen. Vanaf de drempelwaarde 12 kan de ernst als 'hoog' beschouwd worden, binnen een range van 0 tot 20.

- Module Q2

Dit onderdeel is een zelfinvulijst die angst- of stemmingsstoornissen en/of stresssymptomen probeert te achterhalen. Hiervoor wordt de Depression Anxiety Stress Scale (DASS) gebruikt van Lovibond en Lovibond (1995). De subschalen depressie, angst en stress worden in kaart gebracht. Onderzoek van Brown, Korotisch, Corpita en Barlow (1997) toont aan dat de psychometrische kwaliteiten van de DASS goed is, de interne consistentie is uitstekend. Beurs, Van Dyck, Marquenie, Lange en Blonk (2001) lieten zien dat de subschalen intern consistent zijn en de test-hertestbetrouwbaarheid voldoende. Er is een goede samenhang met andere meetinstrumenten voor angst en depressie en er is ondersteuning gevonden voor de discriminante validiteit. De subschalen worden berekend door de som van de bijbehorende items te vermenigvuldigen met 2. De scores vallen dan binnen een range van 0 tot 42. De drempelwaarde bij de subschaal depressie is 21, bij angst 15 en bij stress 26. Voor de gehele

module wordt de score van de subschalen bij elkaar opgeteld. De drempelwaarde is 60 binnen een bereik van 0 tot 126. Deze test wordt gebruikt bij de analyses voor de factor stemming.

3.3.2 FAGERSTRÖM TEST OF NICOTINE DEPENDENCE (DE FTND)

De FTND wordt gebruikt om de afhankelijkheid van nicotine te toetsen, aan de hand van zes items. De vragenlijst is gevalideerd voor de Nederlandse taal en heeft een goede criteriumvaliditeit en test-hertestbetrouwbaarheid (0,9). De interne consistentie is echter matig met een Cronbach's alfa van 0,61 (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991). De antwoordmogelijkheden krijgen ieder een aantal punten toegewezen, deze worden opgeteld. Hoe hoger de score hoe erger de deelnemer afhankelijk is van nicotine. Vanaf een score van 8 wordt de afhankelijkheid 'hoog' genoemd. Met deze test kan er een beeld worden geschetst van de afhankelijkheid van nicotine voor de opname op de detoxafdeling.

3.3.3 THE SENSITIVITY TO PUNISHMENT AND SENSITIVITY TO REWARD QUESTIONNAIRE (SPSRQ). SENSITIVITY TO REWARD SCALE (SR)

Om voor dit onderzoek de beloningsgevoeligheid te meten wordt er gebruik gemaakt van de SR, dit is één van de twee schalen van de SPSRQ. Onderzoek van Torrubia, Ávila, Moltó en Caseras (2001) toont aan dat de SR een goede interne consistentie (0,77) en test-hertestbetrouwbaarheid (0,87) heeft. Er zijn goede psychometrische kwaliteiten, zowel de betrouwbaarheid als de constructvaliditeit zijn goed. De vragenlijst bestaat uit 24 vragen met 'ja' of 'nee' als antwoord mogelijkheid. Hoe vaker het antwoord 'ja' wordt gegeven, hoe hoger de beloningsgevoeligheid. Deze test wordt ingezet om het verband tussen de factor beloningsgevoeligheid en het rookgedrag te bepalen.

3.3.4 DAGELIJKSE REGISTRATIE

De deelnemers krijgen een eigen map ter beschikking met daarin de bovenstaande vragenlijsten die door hen is ingevuld. Naast de vragenlijsten bevat deze map een lijst waar de deelnemers dagelijks kunnen noteren hoeveel sigaretten ze roken. Zij registreren hierin het aantal sigaretten na de ochtend, na de middag en voor het slapen gaan. Op deze manier wordt het aantal sigaretten per dag bijgehouden. Zodra de deelnemers van de detoxafdeling vertrekken, stopt hun deelname aan het onderzoek.

3.3.5 PROCEDURE

Tijdens het opnamegesprek wordt er aan de patiënten gevraagd, door de verpleegkundige, of zij deel willen nemen aan het onderzoek. Zij zullen bij deelname een formulier ondertekenen waarmee toegang verkregen wordt voor het gebruik van dossiergegevens (anoniem). Er wordt duidelijk gemaakt aan de deelnemers dat er geen consequenties verbonden zijn aan hun registraties. Bij deelname worden de vragenlijsten die zijn beschreven in dit hoofdstuk als eerst afgenomen, dit is de baseline-meting. Het middelenmisbruik, de mate van afhankelijkheid, beloningsgevoeligheid, depressie, stress en angst wordt gemeten. Na de baseline-meting kunnen de deelnemers beginnen met het bijhouden van gerookte sigaretten. Dagelijks registreren ze hoeveel sigaretten ze op een dag roken, dit houden ze zelf bij en indien nodig helpt het personeel met herinneren. In Bijlage 3 is een schema toegevoegd waarin de procedure overzichtelijk is weergegeven. De deelnemers krijgen stickers met de datum en dagdelen erop, die ze op hun sigarettenpakje kunnen plakken. Op deze stickers kunnen ze het aantal sigaretten noteren doormiddel van turven. Op deze manier houden ze bij hoeveel ze roken en dit schijven ze op de lijst die drie maal per dag ingevuld moet worden. Het gaat hierbij om de lijst die in dit hoofdstuk is beschreven onder het kopje ‘dagelijkse registratie’. Het personeel zal de lijst op drie vaste momenten geven aan de deelnemers. Deze momenten zijn na de lunch, na het avondeten en voor het slapen. Na het invullen wordt deze weer ingeleverd bij het personeel. De deelnemers hebben ook de mogelijkheid om de map op hun kamer te bewaren, zij kunnen dan zelfstandig de lijst invullen. Ze zullen nog wel een herinnering hiervoor krijgen van het personeel.

Op de eerste dag van opname op de detoxafdeling zijn de patiënten vaak overstuur of nog onder invloed van een verslavend middel. Afhankelijk van de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de deelnemer, kan ervoor gekozen worden om de baseline-meting op de tweede of derde dag van de opname te doen. De afname bestaat uit de baseline-meting en duurt ongeveer drie kwartier per deelnemer. De deelnemer kan kiezen of ze de vragenlijsten mondeling willen afnemen of zelfstandig. Bij het afnemen van de vragenlijsten zal er een onderzoeker of verpleger aanwezig zijn, zodat het eventueel samen doorgenomen kan worden en zodat er vragen kunnen worden gesteld. Na de afname van de baseline-meting kan de deelnemer gelijk beginnen met het registreren van het aantal sigaretten.

3.4 ANALYSES

De verzamelde data wordt ingevoerd in Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), hiermee worden de statistische analyses gedaan. Doormiddel van beschrijvende statistiek worden er aantallen en gemiddelden gegeven, dit levert informatie op over de deelnemers. Het aantal gerookte sigaretten per dag wordt voor de opname en tijdens de opname berekend. De tweede dag van deelname wordt als maat gebruikt voor het aantal gerookte sigaretten tijdens opname. Hier is voor gekozen aangezien de deelnemers op de tweede dag meer gesetteld zijn op de afdeling. Op de eerste dag zijn ze minder gewend aan de omgeving en aan de deelname aan het onderzoek. Door de tweede dag als maat te gebruiken, kunnen er meer deelnemers meegenomen worden in het onderzoek. De daaropvolgende dagen zijn er namelijk minder deelnemers die hun aantal sigaretten hebben geregistreerd. Aan de hand van een gepaarde t-toets wordt er gekeken naar het verschil tussen het aantal sigaretten voor de opname en tijdens de opname van de deelnemers. Hiermee wordt de hoofdvraag van het onderzoek beantwoord.

Om de deelvraag van het onderzoek te beantwoorden, wordt er gekeken naar de samenhang tussen het verschil in aantal gerookte sigaretten voor en tijdens de opname en de verschillende factoren. Het dagelijkse aantal sigaretten tijdens opname is berekend. De informatie over de verschillende factoren is verkregen uit de afgenomen vragenlijsten. Met de toets Pearson wordt er bekeken of er een correlatie te vinden is tussen dit verschil in aantal sigaretten en de factoren verslaving, beloningsgevoeligheid en stemming (depressie, angst en stress).

HOOFDSTUK 4 ONDERZOEKSRESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. De uitvoering, de respons, resultaten en analyses worden uiteengezet.

4.1 ONDERZOEKSGROEP

Het beoogde aantal respondenten bij aanvang van het onderzoek was 50. Echter zijn er uiteindelijk 24 deelnemers geïnccludeerd in dit eerste oriënterend onderdeel. Er waren 33 mensen die deel wilden nemen aan het onderzoek. Van dit aantal zijn er acht deelnemers die onverwacht vervroegd met ontslag gingen of die in eerste instantie mee wilden doen, maar daarna besloten zich terug te trekken. Bij deze acht deelnemers zijn alleen de baseline vragenlijsten afgenomen en er zijn geen dagelijkse registraties voor dag twee voorhanden. Er zijn dus 24 deelnemers die geregistreerd hebben hoeveel ze rookten op dag twee.

Van de 24 deelnemers zijn zestien man en acht vrouw. De deelnemers zijn opgenomen op de afdelingen wegens verslavingsproblematiek met één of meer middelen, waarvan de meest voorkomende alcohol en cannabis. In Tabel 1 is er weergegeven voor welke middelen de deelnemers zijn opgenomen, dit is het primaire probleemmiddel. Deze gegevens zijn verkregen aan de hand van de vragen uit de MATE 2.1 module 1.

Tabel 1. Primair probleemmiddel deelnemers

	Frequentie	Percentage
Alcohol	8	33.3
Alcohol en cannabis	3	12,5
Alcohol en speed	1	4,2
Alcohol en amfetamines	1	4,2
Cannabis	5	20.8
Cocaïne	3	12.5
Cocaïne en heroïne	1	4,2
Cocaïne en XTC	1	4,2
GHB	1	4,2
Totaal	24	100

4.2 AANTAL GEROOKTE SIGARETTEN

Om de hoofdvraag van het onderzoek te beantwoorden, is het aantal sigaretten berekend dat per dag gerookt werd door de 24 deelnemers voor de opname en tijdens opname. Vervolgens is er met de gepaarde t toets onderzocht of er een statistisch significant verschil is aan te tonen. Uit een frequentieanalyse blijkt dat 95,8% van de deelnemers elke dag rookten, gekeken naar een tijdsbestek van 30 dagen voor de opname. Het gemiddeld aantal sigaretten dat voor de opname gerookt werd is 20,67 (SD = 11,71) per dag. Dit gemiddelde is verkregen aan de hand van de vragenlijst MATE 2.1 module 1. De deelnemers hebben tijdens opname vanaf de dag van deelname dagelijks geregistreerd hoeveel sigaretten ze rookten in de ochtend, middag en avond. De ontbrekende gegevens (missende registraties) zijn vervangen door een schatting die is gemaakt aan de hand van beschikbare informatie. Als er bijvoorbeeld een registratie van de middag ontbrak bij een deelnemer, is deze vervangen door het gemiddelde van de middagen die wel geregistreerd zijn door deze persoon. Op deze manier kon er, ondanks ontbrekende registraties, toch het aantal sigaretten per dag berekend worden. Dag twee wordt als maat gebruikt voor het aantal gerookte sigaretten tijdens opname. Als er op dag twee een dagdeel niet ingevuld was door een deelnemer, is hiervoor het gemiddelde aantal sigaretten van de overige dagen ingevuld. Er is dan gebruik gemaakt van de beschikbare registraties van datzelfde dagdeel op de andere dagen. Het gemiddelde aantal gerookte sigaretten van 24 deelnemers tijdens opname komt uit op 21,5 (SD = 8,79). Een gepaarde t-test werd uitgevoerd om het aantal sigaretten voor opname te vergelijken met het aantal tijdens opname. Uit de gepaarde t test is gebleken dat er geen significant verschil is: $t(23) = -0,293$, $p = 0,77$.

4.3 SAMENHANG FACTOREN

Om de deelvraag van het onderzoek te beantwoorden, is de samenhang tussen het aantal gerookte sigaretten tijdens opname en de verschillende factoren gemeten. Er is gebruik gemaakt van de vragenlijsten uit de baseline.

VERSLAVING

De factor verslaving werd gemeten met de volgende vragenlijsten: de MATE 2.1 module 4, de MATE 2.1 module Q1 en de FTND. Met module 4 van de MATE 2.1 is de afhankelijkheid/misbruik van nicotine en van het primaire probleemmiddel in kaart gebracht.

Met de module Q1 van de MATE 2.1 is de ernst van de verslaving van zowel nicotine als het primaire probleemmiddel bepaald. Met de FTND is de afhankelijkheid van nicotine gemeten.

Volgens module 4 van de MATE 2.1 is er een hoge afhankelijkheid/misbruik van het verslavende middel bij een score van acht of hoger. Uit een frequentieanalyse blijkt dat 83,3% van de deelnemers boven deze drempelwaarde scoort gekeken naar hun primair probleem middel. De gemiddelde score komt uit op 9,08 (SD = 2,06). Gekeken naar de afhankelijkheid/misbruik van nicotine, zijn er geen deelnemers die de drempelwaarde hebben bereikt (M = 4,21; SD = 1,64). Volgens de module Q1 van de MATE 2.1 is de ernst van de verslaving hoog bij een score vanaf 12. De uitkomst is dat 58,3% van de deelnemers een score van 12 of hoger heeft behaald omtrent hun primaire probleemmiddel (M = 11,79; SD = 4,74). Betreft de ernst van de verslaving van nicotine scoort 54,2% een 12 of hoger (M = 12,29; SD = 4,63). Bij de FTND is een score van acht of hoger de drempelwaarde voor een hoge nicotineafhankelijkheid. Dit is behaald door 20,8% van de deelnemers (M = 6,08; SD = 1,64).

Om hypothese 2 te toetsen, is er een variabele aangemaakt dat voor de deelnemers het verschil in hun aantal sigaretten voor en tijdens de opname weergeeft. Er is een gemiddelde toename in het aantal sigaretten gevonden van 0,83 (SD = 13,91). Met de samenhanganalyse Pearson is gekeken of er een correlatie aan te tonen is tussen de factor verslaving en het verschil in het aantal gerookte sigaretten. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 2. Er is een significante negatieve correlatie gevonden tussen het rookgedrag en de verslavingsernst betreft het primaire middel. Dus een groot verschil in het aantal sigaretten hangt samen met een lage verslavingsernst van het primaire middel. Er is een significantie positieve correlatie te zien tussen de verslavingsernst betreft nicotine en het rookgedrag. Een groot verschil in het rookgedrag hangt samen met een hoge verslavingsernst van nicotine.

Tabel 2. Samenhanganalyse voor de factor verslaving

		Vershil aantal sigaretten	
	N	Pearson correlatie	p-waarde
MATE 2.1 module 4			
Afhankelijkheid/misbruik primair middel	24	0.08	0.72
Afhankelijkheid/misbruik nicotine	24	-0.19	0.37
MATE 2.1 module Q1			
Verslavingsernst primair middel	24	-0,55	0.01
Verslavingsernst nicotine	24	0.76	0.00
FTND (nicotineafhankelijkheid)	24	-0,20	0,34

BELONINGSGEVOELIGHEID

Om de samenhang met beloningsgevoeligheid te meten, is er gebruik gemaakt van de SR uit de SPSRQ. Voor deze test geldt hoe hoger de score, hoe hoger de beloningsgevoeligheid. De deelnemers hebben een gemiddelde score van 37,04 (SD = 5,07) behaald, binnen een range van 24 en 48. Om hypothese 3 te toetsen, is er met de samenhanganalyse Pearson gemeten of er correlatie is tussen de mate van gevoeligheid voor beloning (SR) en het rookgedrag. Uit de analyse blijkt dat er geen significante correlatie gevonden tussen het rookgedrag en de factor beloningsgevoeligheid: $r(23) = 0,28$, $p = 0,18$.

4.4 STEMMING

Om de factor stemming te meten, wordt module Q2 van de MATE 2.1 gebruikt. Dit bevat de Depression Anxiety Stress Scale (DASS). De factor is opgedeeld in de subschalen depressie, angst en stress.

De gemiddelde score van de DASS is 75,83 (SD = 15,40) en 75% van de deelnemers bereikt met hun score de drempelwaarde. Bij de subschaal depressie heeft 58,3% een score boven de drempelwaarde (M = 24,66; SD = 6,13). Van de deelnemers behaald 66,7% de

drempelwaarde van de subschaal angst ($M = 23,66$; $SD = 7,92$) en 62,5% behaald die van de subschaal stress ($M = 27,5$; $SD = 5,32$).

Ter toetsing van hypothese 4 wordt er aan de hand van Pearson gemeten of er een samenhang is tussen het aantal gerookte sigaretten tijdens opname en de DASS. In Tabel 3 zijn de resultaten van deze analyse weergegeven. Er is een significante negatieve correlatie gevonden tussen de subschaal angst en het verschil in gerookte sigaretten. Dus bij een grotere toename in het aantal sigaretten wordt een lagere score van angst gevonden.

Tabel 3. Samenhanganalyse voor de factor stemming

	Aantal sigaretten		
	N	Pearson correlatie	p-waarde
Stemming (DASS)	24	-0,39	0,06
Depressie	24	-0,20	0,35
Angst	24	-0,41	0,05
Stress	24	-0,28	0,19

HOOFDSTUK 5 CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden er conclusies getrokken uit de resultaten die vermeld zijn in Hoofdstuk 4. Er worden discussiepunten benoemd en vervolgens worden aanbevelingen gedaan voor Tactus en het vervolgonderzoek.

5.1 CONCLUSIE

De hoofdvraag van dit onderzoek was; ‘Is er een toename in het aantal sigaretten dat de deelnemers roken als ze worden opgenomen op de afdeling van klinische detoxificatie?’ Uit de resultaten blijkt dat er geen significant verschil zit in de hoeveelheid sigaretten voor en tijdens de opname, dus hypothese 1 kan verworpen worden. Op basis van dit onderzoek kan niet worden bevestigd dat er een toename is in het rookgedrag nadat patiënten opgenomen worden op de detoxafdeling. De verwachting dat dit wel het geval zou zijn, kwam voort uit de klinische indruk dat er in de verslavingszorg meer gerookt wordt. Het onderzoek van Callaghan et al. (2014) bevestigt deze indruk. Zij tonen namelijk aan dat het percentage rokers in de verslavingszorg hoger is dan het percentage in de algemene bevolking. Daarnaast is er eerder onderzoek uitgevoerd naar rookgedrag tijdens detoxificatie door Harris et al. (2002). In hun onderzoek is er wel een toename gebleken bij rokers die een vergelijkbare hoeveelheid rookten als de deelnemers van dit onderzoek binnen Tactus. Het verschil is echter wel dat er 135 patiënten geïncludeerd waren bij de resultaten van Harris et al. (2000). De omvang van dit onderdeel van het roekonderzoek van Tactus is met 24 deelnemers aanzienlijk kleiner. Door de beperkte steekproefgrootte is dit onderzoek mogelijk niet vrij van toevallige fouten, dit tast de betrouwbaarheid aan (Verhoeven, 2018). Het streven is om in het volledige onderzoek 200 deelnemers te includeren om meer betrouwbare resultaten te kunnen boeken. Dag twee is als maat gebruikt voor het aantal sigaretten tijdens opname. Hier is voor gekozen omdat er op verdere dagen minder deelnemers te includeren zijn en op de eerste dag zijn ze minder gewend aan de omgeving en aan de deelname aan het onderzoek. Een nadeel hier aan is dat de tweede dag relatief vroeg is het onderzoek is. Het kan zijn dat er op verdere dagen in het onderzoek meer verschil in rookgedrag aan te tonen is. Er kan bij een grotere onderzoeksgroep gekozen worden om een andere dag verder in het onderzoek als maatstaf te gebruiken.

De deelvraag die in dit onderzoek beantwoord wordt luidt als volgt: ‘Is er een samenhang tussen enerzijds het verschil in het aantal sigaretten voor en tijdens de opname van de

deelnemers en anderzijds de verschillende factoren?’ Er is een significantie positieve correlatie te zien tussen de verslavingsernst in nicotine en het rookgedrag. Deze correlatie geeft aan dat een verandering in het rookgedrag samen gaat met een verandering in dezelfde richting bij de verslavingsernst (Weaver & Wuensch, 2013). Dit betekent dat de deelnemers met een toename in het aantal sigaretten tijdens opname ook hoog scoren op verslavingsernst betreft nicotine. Dat wil zeggen dat de mensen met een hoge nicotineverslaving een grotere stijging in het rookgedrag laten zien. Er is een significante negatieve correlatie gevonden tussen het rookgedrag en de verslavingsernst van het primaire middel. Dit betekent dat de richting van verandering tegenstrijdig is (Weaver & Wuensch, 2013). Een stijging in het aantal sigaretten gaat samen met een lage score voor de verslavingsernst van het primaire middel. Dit wil zeggen dat de deelnemers die minder ernstig verslaafd blijken aan hun primaire middel, een toename laten zien in het aantal sigaretten. Hypothese 2, omtrent de samenhang tussen het aantal sigaretten en drugs- en/of alcoholverslaving, kan worden aangenomen. Er is in dit onderzoek een significante samenhang aan te tonen tussen de ernst van de primaire verslaving en het verschil in aantal sigaretten voor en tijdens opname. Dit houdt in dat de mate van verslaving in drugs en/of alcohol van invloed kan zijn op het rookgedrag van de deelnemers tijdens opname. Deze correlatie was verwacht aangezien Schoffelman (2000) aantoont dat patiënten na het stoppen van hun primaire middel op zoek gaan naar vervanging, zoals nicotine. Wat tegen de verwachting in gaat is dat in dit onderzoek een toename in sigaretten samen gaat met een mindere mate van verslaving in drugs en/of alcohol.

Hypothese 3 over de toename van het roken bij patiënten op de detoxafdeling ter substitutie van hun primaire verslavingsmiddel wordt verworpen, gekeken naar de resultaten van het vorige hoofdstuk. Er was verwacht dat er een samenhang gevonden zou worden tussen beloningsgevoeligheid en het rookgedrag van de deelnemers. Schoffelman (2000) verklaarde dat patiënten tijdens de detoxificatieperiode op zoek gaan naar vervanging vanwege gevoeligheid voor verslaving-gerelateerde stimuli. Beloningsgevoelige mensen hebben een erg actief beloningssysteem systeem, wat betekent dat zij manieren zoeken om dit systeem te blijven stimuleren (Hofmann et al., 2008). De nicotine die wordt vrijgegeven bij het roken genereert de beloningseffecten wat zorgt voor de stimulatie van het systeem (Benowitz, 2010). Daarentegen kan de verwerping van de hypothese verklaard worden doordat nicotine slechts een tijdelijk belonend effect heeft. Volgens U.S. Department of Health and Human

Services (2010) ontstaan er binnen enkele uren na gebruik gevoelens van onrust wat voor psychische klachten kan zorgen. Het vermijden van deze bijkomende klachten die na het roken ontstaat zou een reden kunnen zijn dat de deelnemers niet meer zijn gaan roken. Dat kan verklaren dat er geen samenhang is gevonden tussen de beloningsgevoeligheid en een toename in het roken.

Er is geen samenhang gevonden tussen de subschalen depressie en stress en het aantal gerookte sigaretten tijdens opname. Er is wel een significante negatieve correlatie tussen angst en het rookgedrag gevonden. Hierdoor wordt hypothese 4 niet verworpen, noch aangenomen. De samenhang tussen angst en roken geeft aan dat een toename in aantal sigaretten samen gaat met een lage score op de subschaal angst. De verwachting was echter dat deelnemers met een hoge mate van angst een toename in het roken zouden laten zien. Farrow en Miser (1995) tonen namelijk aan dat angst kan worden afgenomen door te roken, dit zal ontspanning bevorderen. Ker en Owens (2008) tonen daarnaast ook aan dat roken kan zorgen voor kalmering. Een mogelijke verklaring voor de uitkomst van dit onderzoek is dat de deelnemers al rookten voor de opname, dit kan als gevolg hebben dat hun mate van angst hierdoor al bij opname verminderd is. Merendeel van de deelnemers heeft een score boven de drempelwaarde bij de factor stemming en de subschalen depressie, angst en stress (zie percentages in Hoofdstuk 4). Dit betekent dat er een hoge mate van ernst is bij depressie angst en stress. Een hoge mate van stress was verwacht bij de deelnemers, aangezien opname voor vrijwel iedereen een stressvolle gebeurtenis is (Van Loghum, 2018). Farrow en Miser (1995) tonen aan dat roken zorgt voor ontspanning en dat daarbij een hoge mate van stress kan worden afgenomen. Bij depressie wordt er ook meer gerookt om de stemming te verbeteren en negatieve emoties te verlichten (Kassel et al., 2003). Dus om de mate van ernst bij depressie en stress te reguleren werd er een toename in het roken verwacht.

5.2 DISCUSSIE

Dit onderzoek omvat de eerste drie maanden van een langer lopend onderzoek en kan worden ingezet als pilot. Er kan inventariserend een beeld worden gegeven over de resultaten en aanbevelingen ter verbetering van het vervolg.

Er zijn minder deelnemers en registraties meegenomen in het onderzoek dan gewenst. Dit komt onder andere doordat het onderzoek een langzame start had. Al het personeel op de detoxafdelingen moet zich inzetten voor dit onderzoek. Het werven van deelnemers en het

afnemen van de vragenlijsten was niet voldoende ingebed in de dagelijkse taken van het personeel en werd hierdoor vergeten. Dit zorgde ervoor dat het rookonderzoek niet als prioriteit werd gezien. Het verplegend personeel moet bij de opname van patiënten vragen of ze mee willen doen aan het onderzoek en vervolgens de baseline bij hen afnemen. Hierna moet het team in de gaten houden dat de deelnemers drie maal per dag de registraties bijhouden. Dit zorgt voor extra werkdruk voor de teams op de afdelingen. Aangezien er op drukke dagen minder tijd voor het onderzoek is, kan het zijn dat er deelnemers en/of registraties zijn misgelopen. Om dit te beperken was de onderzoeker drie dagen in de week aanwezig op de afdelingen om de taak grotendeels van het team over te nemen. Dit betekent echter dat het onderzoek de overige tijd wel in de handen van het team lag.

Er waren minder patiënten die deel wilden nemen aan het onderzoek dan verwacht. De aannames die volgen zijn gebaseerd op gesprekken met personeel en deelnemers over het onderzoek. Naast de onvoldoende gebleken inbedding van het onderzoek op de afdelingen, komt dit mogelijk door gebrek aan motivatie omdat de patiënten er lichamelijk en geestelijk slecht aan toe zijn. Het stabiliseren van biologische processen is binnen de verslavingszorg de prioriteit, daarna kunnen andere zaken aan de orde komen (De Jong, 2000). Ondanks dat er geopperd werd door de patiënten dat er te weinig te doen is op de detoxafdelingen, waren er minder patiënten bereid zich in te zetten voor het onderzoek dan voorafgaand aan het onderzoek verwacht was. Sommige patiënten hebben veel moeite met abstinente worden, wellicht hebben ze hierdoor geen behoefte om ook nog bewust met roken bezig te gaan. De patiënten komen vaak ziek binnen, waardoor ze in ieder geval niet vanaf de eerste dag mee kunnen doen. Als de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de patiënten lijken te verbeteren, worden ze alsnog gevraagd om deel te nemen. Het gebeurde wel eens dat registraties vergeten werden. De ontbrekende gegevens zijn vervangen door berekeningen aan de hand van beschikbare informatie. De nauwkeurigheid van de registraties is daardoor niet optimaal, dit heeft een negatieve invloed op de betrouwbaarheid van het onderzoek (Middel, 2004).

Er kan getwijfeld worden aan de interne validiteit van het onderzoek; een vertekening in het onderzoek (Scholten, Tuut, Kremer & Assendelft, 2004). Een mogelijke verklaring voor het beperkte aantal deelnemers is dat er sprake kan zijn van een vertekening, namelijk selectiebias. Het personeel maakt namelijk vooraf een schatting over wie mee zou kunnen/willen doen met het rookonderzoek waardoor ze niet iedereen vragen. Bij dit

onderzoek werden voornamelijk patiënten betrokken die zich niet ziek leken te voelen. Hierdoor kan het zijn dat er deelnemers niet zijn geïnccludeerd die wel mee hadden kunnen doen. Deze selectiebias heeft mogelijk gezorgd voor selectieve over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen, waardoor er een vertekend beeld van de doelgroep is ontstaan (Scholten et al., 2004).

Bij deelname aan het onderzoek moeten de patiënten bijhouden hoeveel sigaretten ze op een dag roken. Op de detoxafdelingen mogen de patiënten zelf weten hoeveel ze roken op een dag. Ze hebben de mogelijkheid om buiten te roken en in het rookhok dat zich in de woonkamer bevindt. Er wordt aan het begin vermeld dat het rookgedrag niet hoeft te veranderen tijdens het deelnemen. Echter hebben enkele deelnemers aangegeven dat ze door het onderzoek bewuster met het roken omgingen en er meer over gingen nadenken. Door de aandacht te richten op het roken en daarmee bewustwording te vergroten, kan het mogelijk zijn dat de deelname al een invloed uitoefent op de hoeveelheid sigaretten die deelnemers roken (Bouwens, Kleinjan, Peters, & Van den Eijnden, 2007). Dit bewustzijn kan een reden zijn waarom er geen toename gevonden is in het aantal gerookte sigaretten in dit onderzoek. Daarnaast rookten de deelnemers voor de opname ook al veel, waardoor een toename lastiger te bereiken was.

In verband met bovenstaande redenen en het korte tijdbestek zijn er weinig deelnemers en registraties beschikbaar om de hoofd- en deelvraag betrouwbaar te toetsen. Bij de voortzetting van het onderzoek worden er meer deelnemers geïnccludeerd. Door een grotere hoeveelheid data te verzamelen, kunnen er meer betrouwbare en bruikbare uitspraken gedaan worden.

5.3 AANBEVELINGEN

5.3.1 ROKEN ONTMOEDIGEN

Voor de patiënten kan het roken van sigaretten steun bieden tijdens het ontwennen van de primaire verslaving. Quattrochi et al. (2000) tonen namelijk aan dat roken kan helpen om gevoelens van somberheid en negatieve emoties te verlichten. Farrow en Miser (1995) tonen aan dat door roken stress kan afnemen en ontspanning bevorderd wordt. Echter blijft roken gevaarlijk voor de gezondheid. Mensen met stoornissen in het gebruik van alcohol en/of drugs zijn volgens Baca en Yahne (2009) vaak wel gemotiveerd om te stoppen met roken. Uit de studie van Wilson et al (2016) blijkt dat zowel stafleden als patiënten meer aandacht willen

voor roken in de verslavingszorg. Een rookstopinterventie is een van de belangrijkste maatregel om gezondheid te bevorderen (Loof et al., 2014). Hieruit kan worden opgemaakt dat interventies op rookgebied gewenst zal zijn in de verslavingszorg. Dit werd ook gevonden in het onderzoek van Tsoh, Chi, Mertens & Weisner (2011), zij beschrijven dat interventies gericht op het stoppen met roken vroegtijdig in het verslavingszorgtraject het meest gunstig is. De detoxafdeling is de eerste stap in het verslavingszorgtraject en daarbij dus een gunstig moment om interventies gericht op het roken toe te passen. Het blijven roken kan de behandeling voor verslaving negatief beïnvloeden, hierdoor ontstaat er een risico voor terugval in het gebruik van de verslavende middelen (Prochaska et al., 2004). Volgens McKelvey, Thrul en Ramo (2016) zorgt behandelaanbod dat gericht is op het stoppen met roken ervoor dat de overige behandelresultaten in de verslavingszorg ook ten goede komen.

Gekeken naar het bovenstaande is het aan te raden om binnen Tactus actiestappen te zetten om het roken van patiënten terug te dringen/ te stoppen. Maatregelen die succesvol zijn bij het stoppen met roken zijn accijnsverhogingen, reclame/sponsering verbieden, cursussen, trainingen, voorlichtingen, steun van de omgeving en het instellen van rookvrije ruimtes (Bouwens et al., 2007; Jamrozik, 2004). Een intensieve aanpak met veel contact momenten heeft veel effect op het verminderen van roken (Loof et al., 2014). Volgens onderzoek van Olbrich, Träger, Nikitopoulos, Mann en Diehl (2008) zorgt een rookinterventie bij mensen met een alcoholverslaving voor een vermindering in het roken. De controlegroep die de interventie niet kreeg aangeboden lieten een stijging in het roken zien. Er zijn ook farmaceutische middelen ter vervanging van nicotine verkrijgbaar die een positieve invloed laten zien bij het stoppen (Bouwens et al., 2007). Verder is sociale invloed is van belang bij het stoppen met roken. Als andere mensen in de omgeving stoppen met roken, kunnen rokers daar uit afleiden dat stoppen goed is, waardoor ze ook aangespoord kunnen worden te stoppen (Hollen, Ortiz, Schacht, Mojarrad, Lane & Parks, 2010). Frustratie, verveling, conflicten en aanwezigheid van andere rokers zijn directe oorzaken van mislukte pogingen om te stoppen met roken (Shiffman, 2005).

Gekeken naar de literatuur kunnen er passende stappen voor Tactus afgeleid worden. Er was verwacht dat de deelnemers meer gingen roken tijdens opname om ervaringen van stress, angst of depressie te verminderen en om het beloningssysteem te blijven stimuleren (Hofmann et al., 2008; Ker & Owens, 2008). Het zien van roken als steun tijdens de ontwenning kon een reden zijn om het roken op de detoxafdelingen niet te ontmoedigen. De

verwachtingen zijn echter niet gebleken, gekeken naar de uitkomst van dit onderzoek. Er wordt dan toch aangeraden om het roken terug te dringen. Het volledig verbieden van roken binnen de instelling is een optie. Een kanttekening hierbij is dat verbod mogelijk kan leiden tot problemen. Denk bijvoorbeeld aan ruzies, agressie, voortijdig afbreken van behandeltrajecten en brandgevaar door stiekem roken (Hollen et al., 2010). Het is wel aan te raden om het rookhok op de afdelingen weg te halen. Gevolg hiervan is dat er alleen nog maar buiten gerookt kan worden, dit kan voor een afname zorgen. Om de sociale invloed te betrekken, wordt er aangeraden dat het personeel van Tactus op de afdelingen niet mag roken (ook niet buiten). De afwezigheid van andere rokers kan patiënten aansporen om niet te roken. Een andere aanbeveling is het inzetten van wekelijkse voorlichtingen betreft het roken. Volgens Bouwens et al. (2007) kan het roken worden verminderd door inzicht en bewustwording rondom roken te vergroten. Enkele deelnemers hebben tijdens dit onderzoek al aangegeven dat ze door het onderzoek bewuster met het roken omgingen en er meer over gingen nadenken. Het richten van de aandacht op het rookgedrag doormiddel van voorlichtingen kan voordelig zijn voor het terugdringen. Daarnaast kan het personeel begeleiding bieden aan de patiënten die aangeven dat ze hulp willen bij het stoppen met roken. Met deze actiestappen wordt het roken niet compleet verboden, om conflicten te vermijden, maar vermindering in het roken wordt wel gestimuleerd en er is extra aandacht beschikbaar voor de gemotiveerde patiënten die willen stoppen.

5.3.2 VERVOLG VAN HET ONDERZOEK

Het onderzoek loopt nog steeds op de detoxafdelingen van Tactus. Om dit goed te laten verlopen en voldoende deelnemers te includeren, moeten de werkzaamheden met betrekking tot het onderzoek in de dagplanning van het personeel worden toegevoegd. Het moet niet worden gezien als bijzaak maar als hoofdzaak. Er kan meer over gesproken worden op de afdelingen zodat de patiënten er regelmatig mee van doen krijgen. Dit kan bijvoorbeeld door elke ochtend als iedereen bij elkaar komt om de dag te bespreken. Dit ochtendrondje is al standaard ingepland op de detoxafdelingen. Hier kan het personeel mensen vertellen en stimuleren over het onderzoek. Het moet een dagelijkse taak worden op de afdelingen zodat er geen deelnemers en registraties verloren gaan. Een advies is om een stagiair(e) in te zetten die zich voornamelijk bezighoudt met het onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld een verpleegkundig, maatschappelijk werk of psychologie stagiair(e) zijn, deze hebben namelijk aansluiting met de doelgroep. Op deze manier wordt er werkdruk van het personeel afgenomen. Echter is een

kanttekening hiervan dat zodra de stagiair(e) afwezig is het opgepakt moet worden door het team.

Wat betreft de vragenlijsten is het mogelijk om aan het begin meer demografische gegevens te vragen. Voorbeelden hiervan zijn leeftijd, opleiding, inkomen en nationaliteit. Met deze gegevens kan er een beeld geschetst worden van de doelgroep. Verder is het mogelijk om in plaats van drie maal per dag enkel één keer per dag te registreren. Dit zorgt er voor dat de deelnemers minder werk hoeven te doen, wat meer motiverend kan zijn. Er is dan gelijk het aantal sigaretten gegeven over de hele dag. Dit kan moeilijkheden met missende registraties voorkomen bij de toetsing. Een nadeel hiervan is dat de registraties minder specifiek kunnen zijn, aangezien de deelnemers terug moeten kijken over de gehele dag, in plaats van een dagdeel. Om het vervolg van het onderzoek goed te laten verlopen wordt er een plan van aanpak opgesteld. Hierin worden rollen verdeeld om het overzichtelijk te maken, de rol van een Toegepast Psycholoog is hier ook bijgevoegd. Dit plan is te vinden in Bijlage 4.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baca, C.T., & Yahne, C.E. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 36(2), 205-219. doi.org/10.1016/j.jsat.2008.06.003
- Benowitz, N.L. (2010). Nicotine addiction. *The New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295-303. doi:10.1056/NEJMra0809890
- Blankers, M., Buisman, R., Ter Weijde, W., & Van Laar, M. (2015). *Rookbeleid in de GGZ; een verkenning van beleid en praktijk tijdens verblijf in geïntegreerde GGZ instellingen, verslavingszorginstellingen en RIBW's*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bouwens, J., Kleinjan, M., Peters, L., & Van den Eijnden, R. (2007). Aanbevelingen onderzoek en implementatie op het terrein van de aanpak van roken, Adviesdocument in het kader van de Programmeerstudie Roken in opdracht van ZonMw. *Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)*.
- Brown, T. A., Korotisch, W., Corpita, B. F., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 79-89.
- Callaghan, R.C., Veldhuizen, S., Jeysingh, T., Orlan, C., Graham, C., Kakouris, G., ... Gatley, J. (2014). Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *J Psychiatr Res*, 48(1), 102-110
- Centraal Bureau voor de statistiek. (2013). *Gezondheidsenquête vanaf 2010-2013*. Geraadpleegd op <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/gezondheidsenquête-vanaf-2010-2013>.
- Davis, C., Stachan, S., & Berkson, M. (2004) Sensitivity to reward: implications for overeating and overweight. *Appetite*, 42(2), 131-138. doi.org/10.1016/j.appet.2003.07.004
- De Beurs, E., Van Dyck, R., Marquenie, L. A., Lange, A., & Blonk, R. W. B. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*,

34, 35-53.

De Jong, C. (2000). Behandeling van verslaving. *Neuropraxis*, 4(6), 150-156.

doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/BF03078985

De Wildt, W. A., Leher, P., Schippers, G. M., Nakovics, H., Mann, K., & Van Den Brink, W. (2005). Investigating the structure of craving using structural equation modeling in analysis of the obsessive-compulsive drinking scale: a multinational study.

Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 29, 509-516

Dozois, D. N., Farrow, J.A., & Miser, A. (1995) Smoking patterns and cessation motivations during adolescence. *Int J Addict*, 30(11), 1485-1498.

doi:10.3109/10826089509055844

Friedman-Wheeler, D. G., Ahrens, A. G., Haaga, D. A. F., McIntosh, E., & Thorndike, F. P. (2007). Depressive Symptoms, Depression Proneness, and Outcome Expectancies for Cigarette Smoking. *Cognitive Therapie and Research*, 31(4), 547-557.

org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s10608-006-9064-3

Friend, K. B., & Pagano, M. E. (2005). Smoking cessation and alcohol consumption in individuals in treatment for alcohol use disorders. *Journal of Addictive diseases*, 24, 61-75.

Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews*, 12(11), 652-669.

doi:10.1038/nrn3119

Harris, J., Best, D., Man, L., Welch, S., Gossop, M., & Strang, J. (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology*, 5(4), 443-450. doi:10.1080/13556210050153265

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal Of Addiction*, 86(9), 1119-1127.

Hoeymans, N., Melse, J. M., & Schoemaker, C. G. (2010) Gezondheid en determinanten, deelrapport van de VTV 210 Van gezond naar beter. *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*.

Hofmann, W., Friese, M., & Wiers, R. W. (2008). Impulsive versus reflective influences on health behavior: a theoretical framework and empirical review. *Health psychology review*. 2(2), 111-137. doi.org/10.1080/17437190802617668

Hollen, V., Ortiz, G., Schacht, L., Mojarrad, M. G., Lane, G. M., & Parks, J. J. (2010). Effects

- of adopting a smoke-free policy in state psychiatric hospitals. *Psychiatric Services*, 61(9), 899-904.
- Jamrozik, K. (2004). ABC of smoking cessation: Population strategies to prevent smoking. *British Medical Journal*, 328, 759-762.
- Kalman, D. (2002). The subjective effects of nicotine: methodological issues, a review of experimental studies, and recommendations for future research. *Nicotine and Tobacco Research*, 4, 25-70.
- Kalman, D. (1998). Smoking cessation treatment for substance misusers in early recovery: a review of the literature and recommendations for practice. *Substance Use and Misuse*, 33, 2021-2047.
- Kassel, J. D., Stroud, L. R., & Paronis, C. A. (2003). Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychol Bull*, 129(2), 270-304. doi:10.1037/0033-2909.129.2.270
- Koob G. F. (2009). Brain stress systems in the amygdala and addiction. *Brain Research*, 1239, 61-75. doi.org/10.1016/j.brainres.2009.03.038
- Loof, S., Dhooghe, B., Salhi, B., & Derom, E. (2014). Perioperatieve verwickelingen bij rokers en invloed hierop door rookstopinterventie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 70, doi: 10.2143/TVG.70.00.2000000
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- McKelvey, K., Thrul, J. & Ramo, D. (2017). Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review. *Addict Behavior*, 65, 161-170. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.10.012
- Middel, B. (2004). Betrouwbaarheid van een meetinstrument. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 2(2), 25-26.
Doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/BF03087404
- Murphy, J. M., Horton, N.J., Monson, R.R., Laird, N. M., Sobol, A.M., & Leighton, A. H. (2003) Cigarette smoking in relation to depression: historical trends from the Stirling County study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1663-1669.
doi:10.1176/appi.ajp.160.9.1663
- Niesink, R., & Croes, E. (2014). Nicotine: farmacologische en toxicologische aspecten. *Verslaving*, 10(1), 55-67.

- Olbrich, R., Träger, S., Nikitopoulos, J., Mann, K., & Diehl, A. (2008). Smoking reduction during inpatient alcohol detoxification: a controlled clinical pilot trial. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 76(5), 272-7. doi: 10.1055/s-2008-1038168.
- Orlemans, J. W. G., Eelen, P., & Hermans, D. (2006) *Inleiding tot de gedragstherapie* (5e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. *Psychosomatic Research*, 55, 269 – 275.
- Prochaska, J. J., Delucchi K., & Hall, S. M. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1144-1156.
- Quattrochi, E., Baird, A., & Yurgelun-Todd, D. (2000). Biological aspects of the link between smoking and depression. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(3), 99-110.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Annual Review of Psychologie. *Addiction*, 54, 25-53. doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145237
- Schipper, R., & Naardin, P. (2014). De neurobiologie van verslaving. *Tijdschrift voor Neuropsychiatrie en Gedragsneurologie*, 2(3), 83-87. doi.org/10.1007/s40533-014-0017-y
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2007) *handleiding en protocol voor afname, scoring en gebruik van de MATE 2.1*. Nijmegen: Beta Boeken.
- Schippers, G.M., De Jong, C.A.J., & Leher, P. (1997). The Obsessive Compulsive Drinking Scale: Translation in Dutch and Possible Modifications. *European Addiction Research*, 3, 116-122.
- Schoffelman, T. (2000). Overgevoeligheid en verslaving. *Neuropraxis*, 4(6), 134-138. doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/BF03078982
- Scholten R. J. P. M., Tuut M. K., Kremer L. C. M., & Assendelft W. J. J. (2004) Beoordelen van de Kwaliteit van Medischwetenschappelijk Onderzoek. *Evidence-based richtlijnontwikkeling*, 158-171. doi.org/10.1007/978-90-313-9397-8_13
- Shiffman, S. (2005). Dynamic influences on smoking relapse process. *Journal of Personality*, 73, 1715-1748.
- Shoptaw, S., Rotheram-Fuller, E., Yang, X., Frosch, D., Nahom, D., & Jarvik, M.E. (2002). Smoking cessation in methadone maintenance. *Addiction*, 97, 1317-1328.
- Springvloed, L. S. (2017). Factsheet roken onder volwassenen: kerncijfers 2016. *Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging onderdeel van het Trimbos-Instituut*.
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J., & Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and

- impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*. 31(6), 837-862.
doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00183-5
- Tromp-Beelen, P. G., Van Schayck, C. P., & Bes, R. A. (2015). *Tabaksverslaving in de eerste lijn*. Geraadpleegd op <https://www.motivationalinterview.nl/wp-content/uploads/2015/11/fto-tabaksverslaving-2015-online.pdf>
- Tsoh, J. Y., Chi, F. W., Mertens, J. R. & Weisner, C. M. (2011). Stopping smoking during first year of substance use treatment predicted 9-year alcohol and drug treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 110-118.
doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.09.008
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. Geraadpleegd op
file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/cdc_6067_DS1.pdf
- Van den Brink, W. (2005). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving*, 1(2), 47–53. Doi:10.1007/BF03075325
- Van der Molen, H., Perreijn, S., & Van den Hout, A. (2006) *Klinische psychologie Theorieën en psychopathologie*. (2^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Van Loghum, B. S. (2018) Roken en het ziekenhuis. *Nursing*, 24(7), 13.
doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s41193-018-0101-x
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* (6^e druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Vervoort, L., Sandra, V., & Caroline, B. (2014). Beloningsgevoelige mensen zijn makkelijker te verleiden. *Psychopraktijk*, 6(4), 15-18.
- Vleeming, W., Rambali, B., & Opperhuizen, A. (2002). The role of nitric oxide in cigarette smoking and nicotine addiction. *Nicotine & Tobacco Research*, 4(3), 341-348.
Doi:10.1080/14622200210142724
- Volkow, N. D., Wang, G., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Telang, F. (2012). Addiction circuitry in the human brain. *Annual Reviews Pharmacol Toxicol*, 52, 321-36.
doi:10.1146/annurev-pharmtox-010611-134625
- Weaver, B., & Wuensch, K. L. (2013). SPSS and SAS programs for comparing Pearson correlations and OLS regression coefficients. *Behavior Research Methods*, 45(3), 880-895. doi.org/10.3758/s13428-012-0289-7
- West, R. (2001). Theories of addiction. *Addiction*, 96(1), 3-13.

Wilson, A.J., Bonevski, B., Dunlop, A., Shakeshaft, A., Tzelepis, F., Walsberger, S., ...

Guillaumier, A. (2016) The lesser of two evils: A qualitative study of staff and client experiences and beliefs about addressing tobacco in addiction treatment settings. *Drug and Alcohol Review*, 92-101. doi.org/10.1111/dar.12322

BIJLAGE 1. INFORMED-CONSENT

Informatiebrief en toestemmingsformulier onderzoek

Beste meneer/ mevrouw,

U bent opgenomen op de crisis/detoxafdeling van Tactus Verslavingszorg. Op deze afdeling doet Tactus de komende periode onderzoek naar roken. We zijn namelijk benieuwd naar het rookgedrag van patiënten gedurende de opnameperiode. We willen u vragen of u aan het onderzoek wilt meewerken. U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door. Hebt u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kunt u terecht bij de verpleegkundige of bij de onderzoeker, die onderaan deze brief vermeld is.

Titel van het onderzoek

Roken door patiënten in de Verslavingszorg

Een exploratief onderzoek naar het rookgedrag van patiënten in klinische behandeling op detoxafdelingen

Doel van het onderzoek

De gezondheidsrisico's van roken zijn uitgebreid. Het stoppen of minderen met roken blijkt daarnaast gunstige gevolgen te hebben op de behandeling van andere verslavingen. Stoppen of minderen met roken kan ook helpen bij het verminderen van andere klachten, zoals angst- en stemmingsklachten. De indruk van onze hulpverleners is echter dat er tijdens klinische opnames bij Tactus meer gerookt gaat worden.

Voor het onderzoek zijn we daarom geïnteresseerd in het aantal sigaretten (of sigaren) dat u voor de opname rookte en het aantal sigaretten dat u tijdens de opname rookt. We willen onderzoeken of het aantal gerookte sigaretten tijdens de opname ongeveer hetzelfde blijft of verandert in vergelijking met voor de opname. Ook onderzoeken we factoren die het rookgedrag kunnen beïnvloeden door tegelijk met de registratie van de hoeveelheid gerookte sigaretten een aantal vragen aan u te stellen. Het registreren en de uitkomsten hiervan hebben geen enkel gevolg voor uw behandeling. In de toekomst willen we bij Tactus patiënten die willen stoppen of minderen met roken beter kunnen ondersteunen.

Dit onderzoek is dan ook van belang om in de toekomst goede stoppen of minderen met roken programma's voor onze patiënten te maken. Meedoen aan het onderzoek heeft geen gevolgen voor uw eigen behandeltraject. We zullen u geen behandeling aanbieden voor het stoppen met roken. Als u hierom vraagt kan de verpleegkundige u wel informeren over stoppen met roken behandel aanbod.

Verloop van het onderzoek

Deelname aan het onderzoek betekent dat u driemaal per dag opschrijft hoeveel sigaretten u in de uren ervoor heeft gerookt en daarbij een aantal meerkeuzevragen beantwoordt over bijvoorbeeld uw stemming en andere factoren die verband kunnen houden met rookgedrag. Het registreren kost enkele minuten per dag. Bij opname wordt door de verpleegkundige een aantal extra vragen aan u gesteld. Ook wordt u op een aantal vaste momenten gevraagd een vragenlijst in te vullen. Het invullen van deze vragenlijsten doet u bij opname, eenmaal per week en aan het einde van de opname. Het gaat om een tijdsbesteding van 10 tot 20 minuten per registratiemoment. Als u dat wenst, kunt u ondersteuning krijgen bij het invullen van de vragenlijsten.

Er zal ook gebruik worden gemaakt van een aantal gegevens uit uw dossier. Uw gegevens worden uiteraard vertrouwelijk behandeld en volledig geanonimiseerd verwerkt.

Wel of niet deelnemen aan het onderzoek heeft geen enkel gevolg voor uw behandeling.

De informatie die u met ons deelt wordt alleen voor dit onderzoek gebruikt.

Als u besluit aan het onderzoek mee te werken, willen we graag een toestemmingsverklaring (informed consent) aan u voorleggen, die u ondertekent nadat u voldoende over het onderzoek bent geïnformeerd en akkoord gaat met de voorwaarden voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek.

Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

Als u besluit deel te nemen kunt u op elk moment, zonder enig gevolg, met het onderzoek stoppen. De reeds verzamelde gegevens worden dan niet in het onderzoek meegenomen. Wel zouden we dan graag van u weten waarom u heeft besloten om met deelname aan het onderzoek te stoppen.

Wilt u verder nog iets weten?

De verpleegkundige kan u verder informeren over het onderzoek als u hierover nog vragen heeft. Bij verdere vragen kunt u contact opnemen met de hoofdonderzoeker zoals vermeld onderaan de informatiebrief.

Bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Tactus Verslavingszorg

Verpleegkundigen detoxificatieafdeling

Claudia Stoeten (hoofdonderzoeker)

Klinisch psycholoog i.o.

Tel. 0610007215

Hein de Haan (supervisor)

Geneesheer-directeur/ psychiater

Bijlage: Toestemmingsformulier (Informed Consent)

Toestemmingsformulier (Informed Consent)

Ik heb de informatiebrief voor deelname aan het onderzoek gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik weet dat mijn gegevens inzichtelijk zijn voor de onderzoekers die bij dit onderzoek betrokken zijn.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens tot 5 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

BIJLAGE 2. TESTEN

MATE 1. Middelen: gebruik

		Laatste 30 dagen			Het hele leven
<i>“Ik begin met een schema waarin de middelen die u zou kunnen gebruiken nagevraagd worden. Dit gaat over 2 periodes: de laatste 30 dagen en het hele leven. Voor het hele leven willen we graag weten hoeveel jaren u dat middel gebruikte en hoeveel u dan gebruikte. Ik begin met alcohol. Heeft u de laatste 30 dagen alcohol gedronken? Zo ja, hoe vaak en hoeveel dronk u op een dag?”</i>		Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen	Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday		Totaal aantal jaren regelmatig gebruik
		Vul het aantal gebruiksdagen in (iedere dag is 30; 1 keer in de week is 4 enz. Als er geen gebruiksdagen zijn geweest vul dan 0 in.)	Vul het aantal glazen sigaretten, grammen of pillen in van een kenmerkende gebruiksday	Bij alcohol, nicotine, gokken standaardeenheid, bij andere stoffen omcirkel de gebruikte eenheid	Deze kolom altijd invullen, ook als de stof nooit is gebruikt: vul dan een 0 in. Bij minder dan een jaar. Vul in 0,25 (3 maanden) of 0,5 (half jaar of 0,75 (9 maanden)
Alcohol	Gewoonlijk gebruik			Standaardglazen (van ca. 10 gram alcohol)	
	Hoger gebruik (alleen invullen als sprake is van afwisselend gebruik in de laatste 30 dagen, zoals bijvoorbeeld bij veel hoger gebruik in het weekend dan door de week)				
Nicotine	Sigaretten, shag, sigaren, pijp, snuifpruimtabak			Sigaretten (of sjekkies, sigaren etc.)	

Cannabis	Hasjiesj, Marihuana, Weed			gram, joints, stickies	
Opiaten	Methadon			Mg, pillen	
	Heroïne			Gram	
	Overige opiaten zoals codeïne, Darvon, Demerol, Dilaudid, Morfine, MSContin, Opium, Palfium, Percodan			Gram, shots, roken, snuifjes, pillen	
Cocaïne	Crack, gekookte (base)coke			Gram, pijpjes	
	Cocaïne, snuifcoke			Gram, wikkels, snuifjes, shots	ⁱ
Stimulantia	Amfetamines, khat, pepmiddelen, Ponderal, Ritalin, speed			Gram, pillen, snuifjes, shots	
Ecstasy/ XTC	MDMA of andere psychedelische amfetaminen zoals MDEA, MDA of 2 CB			Mg, pillen	
Andere middelen				Mg, gram	
Sedativa				Mg, gram	
Gokken				Euro's uitgegeven (bruto)	

<i>“Heeft u ooit middelen gespoten? “</i>	☐ Ooit gespoten ☐ Spuit nog ☐ Nooit gespoten
Primaire probleemmiddel of probleemgedrag	

ii **MATE 4. Middelen: Afhankelijkheid en Misbruik - Primaire Verslaving**

- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. | Heeft u in de afgelopen 12 maanden regelmatig een sterk verlangen gehad om het primaire middel te gebruiken? | ☐ ja | ☐ nee |
| 2. | Heeft u in de afgelopen 12 maanden gemerkt dat u <u>veel meer</u> van het <u>primaire middel</u> nodig begon te hebben <u>om hetzelfde effect te bereiken</u> of dat <u>dezelfde hoeveelheid minder effect had</u> dan voorheen? | ☐ ja | ☐ nee |
| 3. | Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>het verlangen gehad om te stoppen</u> of <u>Zonder succes geprobeerd te stoppen of minderen</u> met het primaire middel | ☐ ja | ☐ nee |
| 4. | Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>veel tijd besteed aan het gebruik</u> , verkrijgen, of <u>bijkomen van de effecten</u> van het primaire middel? | ☐ ja | ☐ nee |
| 5. | Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>vaak</u> het primaire middel <u>in grotere hoeveelheden of langer gebruikt dan u van plan was</u> , of
<u>Het vaak moeilijk gevonden te stoppen met het gebruik van het</u> primaire middel voor u dronken of high was? | ☐ ja | ☐ nee |
| 6. | Voelde u zich in de afgelopen 12 maanden ziek of onwel bij het stoppen van met het primaire middel of Gebruikte u het primaire middel of een sterk gelijkend middel om deze gevoelens te voorkomen | ☐ ja | ☐ nee |
| 7. | Ging u in de afgelopen 12 maanden <u>door met het gebruik</u> van het primaire middel, <u>terwijl u wist dat het gezondheidsproblemen of emotionele of psychische problemen bij u veroorzaakte?</u> | ☐ ja | ☐ nee |
| 8. | Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>belangrijke activiteiten opgegeven</u> of sterk verminderd om het primaire middel te <u>kunnen verkrijgen of gebruiken</u> -- activiteiten als sport, werk, of omgaan met vrienden of familie? | ☐ ja | ☐ nee |
| 9. | <u>Belemmerde</u> het gebruik van het primaire middel u in de afgelopen 12 maanden vaak in <u>uw werkzaamheden</u> op school, in uw baan of thuis? | ☐ ja | ☐ nee |
| 10. | Zijn er in de afgelopen 12 maanden periodes geweest waarin u het primaire middel <u>gebruikte in situaties waarin u gewond kon raken</u> – bijvoorbeeld bij het fietsen, autorijden of varen, het bedienen van een machine of iets dergelijks? | ☐ ja | ☐ nee |
| 11. | Heeft het gebruik van het primaire middel in de afgelopen 12 maanden <u>geleid tot problemen met de politie?</u> | ☐ ja | ☐ nee |
| 12. | Ging u in de afgelopen 12 maanden <u>door met het gebruik</u> van het primaire middel <u>terwijl u wist dat dat problemen met uw familie, vrienden, op uw werk of op school voor u veroorzaakte?</u> | ☐ ja | ☐ nee |

iii **MATE 4. Middelen: Afhankelijkheid en misbruik – Nicotine**

- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. | Heeft u in de afgelopen 12 maanden regelmatig een sterk verlangen gehad om <u>nicotine</u> te gebruiken? | ☐ ja | ☐ nee |
| 2. | Heeft u in de afgelopen 12 maanden gemerkt dat u <u>veel meer Nicotine</u> nodig begon te hebben om hetzelfde effect te bereiken of dat <u>dezelfde hoeveelheid minder effect had</u> dan voorheen? | ☐ ja | ☐ nee |
| 3. | Heeft u in de afgelopen 12 maanden het verlangen gehad om te stoppen of Zonder succes geprobeerd te stoppen of minderen met nicotine | ☐ ja | ☐ nee |
| 4. | Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>veel tijd besteed aan het gebruik, verkrijgen, of bijkomen van de effecten</u> van nicotine? | ☐ ja | ☐ nee |
| 5. | Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>vaak nicotine in grotere hoeveelheden of langer gebruikt dan u van plan was,</u> of <u>Het vaak moeilijk gevonden te stoppen met het gebruik van nicotine</u> voor u dronken of high was? | ☐ ja | ☐ nee |
| 6. | Voelde u zich in de afgelopen 12 maanden <u>ziek of onwel bij het stoppen of minderen</u> met nicotine of Gebruikte u nicotine of een sterk gelijkend middel <u>om deze gevoelens te voorkomen?</u> | ☐ ja | ☐ nee |
| 7. | Ging u in de afgelopen 12 maanden <u>door met het gebruik van nicotine, terwijl u wist dat het gezondheidsproblemen of emotionele of psychische problemen bij u veroorzaakte?</u> | ☐ ja | ☐ nee |
| 8. | Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>belangrijke activiteiten opgegeven</u> of sterk verminderd om nicotine te <u>kunnen verkrijgen of gebruiken</u> -- activiteiten als sport, werk, of omgaan met vrienden of familie? | ☐ ja | ☐ nee |
| 9. | <u>Belemmerde</u> het gebruik van nicotine u in de afgelopen 12 maanden vaak in <u>uw werkzaamheden</u> op school, in uw baan of thuis? | ☐ ja | ☐ nee |
| 10. | Zijn er in de afgelopen 12 maanden periodes geweest waarin nicotine <u>gebruikte in situaties waarin u gewond kon raken</u> – bijvoorbeeld bij het fietsen, autorijden of varen, het bedienen van een machine of iets dergelijks? | ☐ ja | ☐ nee |
| 11. | Heeft het gebruik van nicotine in de afgelopen 12 maanden <u>geleid tot problemen met de politie?</u> | ☐ ja | ☐ nee |
| 12. | <u>Ging u in de afgelopen 12 maanden door met het gebruik van nicotine terwijl u wist dat dat problemen met uw familie, vrienden, op uw werk of op school voor u veroorzaakte?</u> | ☐ ja | ☐ nee |

MATE Q1. Verlangen naar Primaire middel:

De volgende vragen gaan over uw gedachten en gevoelens over het gebruik van alcohol of drugs of over gokken. Houd daarbij het middel voor ogen waarvan u heeft aangegeven dat het de meeste problemen geeft. De vragen gaan uitsluitend over de laatste 7 dagen.

Beantwoord de vragen dus op grond wat u de afgelopen week heeft gedacht, gevoeld en gedaan.

Omcirkel het cijfer voor het antwoord dat het meest op je van toepassing is.

1. Als u niet gebruikt, hoeveel van uw tijd wordt in beslag genomen door gedachten, ideeën, impulsen of beelden die met gebruiken te maken hebben?
 - 0 Geen
 - 1 Minder dan 1 uur per dag
 - 2 1-3 uur per dag
 - 3 4-8 uur per dag
 - 4 Meer dan 8 uur per dag

2. Hoe vaak treden deze gedachten op?
 - 0 Nooit
 - 1 Minder dan 8 keer per dag.
 - 2 Meer dan 8 keer per dag, maar het grootste deel van de dag treden deze gedachten niet op
 - 3 Meer dan 8 keer per dag en vrijwel alle uren van de dag
 - 4 Het aantal keren dat ik deze gedachten heb is niet te tellen en er gaat vrijwel geen uur voorbij zonder er aan te denken

3. Als u niet gebruikt, hoe vervelend of storend zijn deze gedachten, ideeën, impulsen of beelden die te maken hebben met gebruiken?
 - 0 Niet vervelend of storend
 - 1 Enigszins vervelend, maar niet te vaak en niet al te storend.
 - 2 Nogal vervelend, regelmatig en storend, maar nog wel te hanteren.
 - 3 Vervelend, vaak en erg storend
 - 4 Zeer vervelend, bijna voortdurend en zeer storend

4. Hoeveel moeite doet u, als u niet gebruikt, om deze gedachten tegen te gaan of te negeren of om uw gedachten als ze bij u opkomen ergens anders op te richten? (Het gaat erom aan te geven hoeveel moeite u doet, niet of het u lukt of niet.)
 - 1 Ik doe meestal moeite om zulke gedachten tegen te gaan
 - 2 Ik doe soms moeite om zulke gedachten tegen te gaan
 - 3 Ik doe geen moeite om ze tegen te gaan, maar ik geef er met tegenzin aan toe
 - 4 Ik geef me volledig en uit vrije wil over aan deze gedachten

5. Hoe sterk is de drang om het middel te gebruiken?
 - 0 Ik heb geen drang om het middel te gebruiken
 - 1 Ik heb enige drang om het middel te gebruiken

- 2 Ik heb een sterke drang om het middel te gebruiken
- 3 Ik heb een zeer sterke drang om het middel te gebruiken
- 4 De drang om het middel te gebruiken is overweldigend

MATEQ1. Verlangen naar Nicotine:

De volgende vragen gaan over uw gedachten en gevoelens over het gebruik van nicotine. De vragen gaan uitsluitend over de laatste 7 dagen. Beantwoord de vragen dus op grond wat u de afgelopen week heeft gedacht, gevoeld en gedaan.

Omcirkel het cijfer voor het antwoord dat het meest op u van toepassing is.

1. Als u niet gebruikt, hoeveel van uw tijd wordt in beslag genomen door gedachten, ideeën, impulsen of beelden die met gebruiken te maken hebben?
 - 0 Geen
 - 1 Minder dan 1 uur per dag
 - 2 1-3 uur per dag
 - 3 4-8 uur per dag
 - 4 Meer dan 8 uur per dag
2. Hoe vaak treden deze gedachten op?
 - 0 Nooit
 - 1 Minder dan 8 keer per dag.
 - 2 Meer dan 8 keer per dag, maar het grootste deel van de dag treden deze gedachten niet op
 - 3 Meer dan 8 keer per dag en vrijwel alle uren van de dag
 - 4 Het aantal keren dat ik deze gedachten heb is niet te tellen en er gaat vrijwel geen uur voorbij zonder er aan te denken
3. Als u niet gebruikt, hoe vervelend of storend zijn deze gedachten, ideeën, impulsen of beelden die te maken hebben met gebruiken?
 - 0 Niet vervelend of storend
 - 1 Enigszins vervelend, maar niet te vaak en niet al te storend.
 - 2 Nogal vervelend, regelmatig en storend, maar nog wel te hanteren.
 - 3 Vervelend, vaak en erg storend
 - 4 Zeer vervelend, bijna voortdurend en zeer storend
4. Hoeveel moeite doet u, als u niet gebruikt, om deze gedachten tegen te gaan of te negeren of om uw gedachten als ze bij u opkomen ergens anders op te richten? (Het gaat erom aan te geven hoeveel moeite u doet, niet of het u lukt of niet.)
 - 1 Ik doe meestal moeite om zulke gedachten tegen te gaan
 - 2 Ik doe soms moeite om zulke gedachten tegen te gaan
 - 3 Ik doe geen moeite om ze tegen te gaan, maar ik geef er met tegenzin aan toe
 - 4 Ik geef me volledig en uit vrije wil over aan deze gedachten
5. Hoe sterk is de drang om het middel te gebruiken?
 - 0 Ik heb geen drang om het middel te gebruiken
 - 1 Ik heb enige drang om het middel te gebruiken
 - 2 Ik heb een sterke drang om het middel te gebruiken
 - 3 Ik heb een zeer sterke drang om het middel te gebruiken
 - 4 De drang om het middel te gebruiken is overweldigend

MATE Q2. Depressie, angst en stress:

De volgende vragen gaan over depressie, angst en stress.

Geef voor ieder van de onderstaande uitspraken aan in hoeverre de uitspraak de *laatste week* voor u van toepassing was door een nummer te omcirkelen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Besteed niet te veel tijd aan iedere uitspraak, het gaat om uw eerste indruk.

De nummers hebben deze betekenis:

0 = Helemaal niet of nooit van toepassing

1 = Een beetje of soms van toepassing

2 = Behoorlijk of vaak van toepassing

3 = Zeer zeker of meestal van toepassing

	Helemaal niet of nooit van toepassing	Een beetje of soms van toepassing	Behoorlijk of vaak van toepassing	Zeer zeker of meestal van toepassing
1. Ik vond het moeilijk mezelf te kalmeren	0	1	2	3
2. Ik merkte dat mijn mond droog aanvoelde	0	1	2	3
3. Ik was niet in staat om ook maar enig positief gevoel te ervaren	0	1	2	3
4. Ik had moeite met ademen (bijvoorbeeld overmatig snel ademen, buiten adem zijn zonder me in te spannen)	0	1	2	3
5. Ik vond het moeilijk om het initiatief te nemen om iets te gaan doen	0	1	2	3
6. Ik had de neiging om overdreven te reageren op situaties	0	1	2	3
7. Ik merkte dat ik beefde (bijvoorbeeld met de handen)	0	1	2	3
8. Ik was erg opgefokt	0	1	2	3
9. Ik maakte me zorgen over situaties waarin ik in paniek zou raken en mezelf belachelijk zou maken	0	1	2	3
10. Ik had het gevoel dat ik niets had om naar uit te kijken	0	1	2	3

11.	Ik merkte dat ik erg onrustig was	0	1	2	3
12.	Ik vond het moeilijk me te ontspannen	0	1	2	3
13.	Ik voelde me somber en zwaarmoedig	0	1	2	3
14.	Ik had volstrekt geen geduld met dingen die me hinderden bij iets dat ik wilde doen	0	1	2	3
15.	Ik had het gevoel dat ik bijna in paniek raakte	0	1	2	3
16.	Ik was niet in staat om over ook maar iets enthousiast te worden	0	1	2	3
17.	Ik had het gevoel dat ik als persoon niet veel voorstel	0	1	2	3
18.	Ik merkte dat ik nogal licht geraakt was	0	1	2	3
19.	Ik was me bewust van mijn hartslag terwijl ik me niet fysiek inspande (bijvoorbeeld het gevoel van een versnelde hartslag of het overslaan van het hart)	0	1	2	3
20.	Ik was angstig zonder enige reden	0	1	2	3
21.	Ik had het gevoel dat mijn leven geen zin had	0	1	2	3

Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)

Wilt u bij onderstaande vragen aankruisen welk antwoord op u het meest van toepassing is?

1. Hoe snel na het wakker worden steekt u uw eerste sigaret op?
☐ 5 minuten
☐ 6-30 minuten
☐ 31-60 minuten
☐ na 60 minuten
2. Vind u het moeilijk om niet te roken op plaatsen waar het verboden is?
☐ ja ☐ nee
3. Welke sigaret zou u het moeilijkst op kunnen geven
☐ de eerste in de ochtend
☐ een andere
4. Rookt u in de uren na het opstaan meer per uur dan gedurende de rest van de dag?
☐ ja ☐ nee
5. Rookt u als u ziek bent en het grootste deel van de dag in bed ligt?
☐ ja ☐ nee
6. Hoe oud was u toen u voor het eerst een sigaret uitprobeerde?
☐ jonger dan 8 jaar
☐ 8 jaar
☐ 9 jaar
☐ 10 jaar
☐ 11 jaar
☐ 12 jaar
☐ 13 jaar
☐ 14 jaar
☐ 15 jaar of ouder

Sensitivity to Reward Scale (SR)

Wilt u iedere vraag beantwoorden met 'ja' of 'nee'. Er zijn geen goede of foute antwoorden en geen strikvragen. Het is niet nodig dat u lang over vragen nadent. Wilt u alle vragen beantwoorden?

- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. | Is het vooruitzicht om geld te verdienen een sterke motivator voor jou om bepaalde dingen te doen? | ☐ ja | ☐ nee |
| 2. | Bemoedigd het jou om dingen te doen (bv. in je werk, opleiding, met vrienden of familie) als je daarvoor waardering krijgt? | ☐ ja | ☐ nee |
| 3. | Ontmoet je vaak mensen die je lichamelijk aantrekkelijk vindt? | ☐ ja | ☐ nee |
| 4. | Houd je ervan om drugs te nemen voor het aangename effect? | ☐ ja | ☐ nee |
| 5. | Doe je vaak dingen om geprezen te worden? | ☐ ja | ☐ nee |
| 6. | Vind je het prettig om op feestjes of bijeenkomsten het middelpunt van de belangstelling te zijn? | ☐ ja | ☐ nee |
| 7. | Besteed je veel tijd aan je uiterlijk? | ☐ ja | ☐ nee |
| 8. | Heb je het nodig dat mensen vaak hun genegenheid voor jou tonen? | ☐ ja | ☐ nee |
| 9. | Wanneer je in een groep bent, probeer je dan de meest intelligente of grappige opmerkingen te maken? | ☐ ja | ☐ nee |
| 10. | Maak je vaak van de gelegenheid gebruik om met mensen die je aantrekkelijk vindt in contact te komen? | ☐ ja | ☐ nee |
| 11. | Deed je als kind veel om de goedkeuring van andere mensen te krijgen? | ☐ ja | ☐ nee |
| 12. | Zet de mogelijkheid om verder te komen in de maatschappij je aan tot het ondernemen van actie, desnoods als dit een oneerlijke actie is? | ☐ ja | ☐ nee |
| 13. | Heb je in het algemeen een voorkeur voor activiteiten die resulteren in directe beloning? | ☐ ja | ☐ nee |
| 14. | Raak je snel in de verleiding om dingen te doen die eigenlijk verboden zijn? | ☐ ja | ☐ nee |
| 15. | Houd je van competitie en doe je alles om te winnen? | ☐ ja | ☐ nee |

- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|------------------------------|
| 16. | Is het makkelijk voor je om smaken en geuren te associëren met aangename dingen? | ☐ ja | ☐ nee |
| 17. | Zijn er veel materiele dingen of sensaties die je herinneren aan aangename gebeurtenissen? | ☐ ja | ☐ nee |
| 18. | Stel: je speelt op een gokautomaat, is het dan moeilijk voor je om te stoppen? | ☐ ja | ☐ nee |
| 19. | Doe je wel eens dingen voor de snelle winst? | ☐ ja | ☐ nee |
| 20. | Ben je makkelijk afgeleid van dingen waar je mee bezig bent als er een aantrekkelijk persoon aanwezig is? | ☐ ja | ☐ nee |
| 21. | Ben jij dusdanig geïnteresseerd in geld dat je een riskante baan zou willen uitoefenen? | ☐ ja | ☐ nee |
| 22. | Vind je het prettig om een competitie-element in je activiteiten te leggen? | ☐ ja | ☐ nee |
| 23. | Zou jij een persoon met maatschappelijk aanzien willen zijn? | ☐ ja | ☐ nee |
| 24. | Vind je het leuk om je lichamelijke vaardigheden aan anderen te laten zien ook al stel je jezelf bloot aan gevaar? | ☐ ja | ☐ nee |

BIJLAGE 3. VOLGORDE VAN AFNAME VRAGENLIJSTEN

Moment	Testafname
Bij opname van de patiënt	- Informatie over het onderzoek - Hantekening laten zetten voor deelname
Dag 2 of 3 van opname (afhankelijk van de staat van de patiënt)	- MATE 1: Middelengebruik - MATE 4: Middelen Afhankelijkheid en Misbruik voor het primaire middel - MATE 4: Middelen Afhankelijkheid en Misbruik voor nicotine. - MATE Q1: Middelen verlangen voor primair middel. - MATE Q1: Middelen verlangen voor nicotine. - MATE Q2: Depressie, Angst en Stress-schaal (DASS) - Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) - Sensitivity to Reward Schale (SR)
Dagelijks	- 3 keer registratie roken

BIJLAGE 4. PLAN VAN AANPAK

Om een overzicht te geven van een plan van aanpak om het vervolg onderzoek goed te laten verlopen worden er rollen verdeeld.

- De rol van een stagiair(e)

Er is door de week overdag een stagiair(e) aanwezig (het liefst vijf dagen in de week). Deze neemt deel aan het ochtendrondje op de afdelingen, om daar het rookonderzoek onder de aandacht te brengen en de patiënten aan te moedigen om mee te doen. Vervolgens neemt de stagiaire de eerste vragenlijsten af bij de patiënten die aangeven om deel te nemen. Als er een deelnemer van de detoxafdeling vertrekt, worden zijn onderzoeksgegevens direct ingevoerd in SPSS. Er kan één keer in de week op een vast moment een voorlichting gegeven door de stagiair(e) worden ingepland waarin het rookonderwerp.

- De rol van het personeel

Gedurende de dag komen er nieuwe opnames binnen op de afdelingen. Het personeel moet hier inspringen door de mensen te informeren over het rookonderzoek en bij deelname door te verwijzen naar de stagiaire. Het personeel moet iedereen informeren om selectiebias te voorkomen. Na de lunch, na het avondeten en voor het slapengaan halen de patiënten op de afdelingen hun medicatie op bij het personeel. Op deze momenten moet het personeel een herinnering van de registratie geven zodat de deelnemers deze niet overslaan. Bij afwezigheid van de stagiaire moeten de teams van de afdelingen de taken van de stagiaire overnemen.

- De rol van een Toegepast Psycholoog

Een Toegepast Psycholoog (TP-er) kan een bijdrage leveren binnen verslavingszorg en het terugdringen van roken binnen de organisatie. Een TP-er is opgeleid in gespreksvoering, dit is bruikbaar bij het voeren van gesprekken met patiënten omtrent het rookgedrag. Er zijn ook andere gesprekken die de TP-er kan overnemen van het verplegend personeel, om zo hun werkdruk te verlagen. Bijvoorbeeld intakegesprekken voor opname en voortgangsgesprekken kunnen worden overgenomen. Bij het huidige rookonderzoek kan de TP-er het onderzoek leiden, met ondersteuning van het verplegend personeel. Een TP-er is ook opgeleid in preventie. Deze vaardigheid kan gebruikt worden bij het geven van voorlichtingen omtrent het terugdringen van roken. Als patiënten ondersteuning wensen bij het stoppen met roken kan een TP-er begeleiding bieden in dit proces.

BIJLAGE 5. FORMULIER AANLEVEREN VIJF STELLINGEN

Studentnummer: 408409

Naam student: Denise Pleiter

Onderwerp scriptie: Roken door patiënten in de Verslavingszorg

Stelling 1: Misbruik in tabak moet niet onderscheiden worden van misbruik in alcohol en/of drugs.

Stelling 2: Een verslavingskliniek zou volledig vrij moeten zijn van verslavende middelen, dus ook van nicotine.

Stelling 3: De aanwezigheid van een rookhok op de afdelingen stimuleert het rookgedrag van de patiënten.

Stelling 4: Er moet binnen de verslavingszorg ook hulp geboden worden aan nicotineverslaving.

Stelling 5: Nicotine-vervangende middelen werken net zo verslavend als nicotine zelf.

BIJLAGE 6. EVALUATIEFORMULIER OPDRACHTGEVER

Naam student:...Denise Pleiter.....

Gegevens over de organisatie

Naam organisatie:...Tactus Verslavingszorg.....

Adres:.....Keulenstraat 3.....

Postcode en plaats:...7418ET Zutphen.....

Telefoonnummer:...088-3822880.....

Naam contactpersoon: Claudia Stoeten.....

De beoordeling die we van u vragen, kent de onderstaande **vier kwalificaties**. U moet de ‘gestelde eisen’ zien als datgene wat u redelijkerwijs mag verwachten van een **beginnend beroepsbeoefenaar**. Indien een vraag niet van toepassing is, hoeft u deze niet in te vullen.

Kwalificatie	Omschrijving
Goed (G)	Op alle punten beter dan de gestelde eisen
Ruim Voldoende (RV)	Volgens de gestelde eisen, maar op meerdere punten duidelijk beter
Voldoende (V)	Op alle punten volgens de gestelde eisen
Onvoldoende (O)	Niet volgens de gestelde eisen

I Uw mening over de scriptie (aankruisen wat volgens u van toepassing is)

	OV	V	RV	G
1. Inhoud van de scriptie (duidelijk, juiste weergave van feiten, voldoende diepgang etc.)		x		
2. Argumentatie (m.n. van de conclusies/aanbevelingen)		X		
3. Bereiken afgesproken doelen		X		
4. Bruikbaarheid voor de organisatie		X		
Met veel sturing en met enige reserve is de inschatting dat het uiteindelijke product naar voldoende bruikbaar zal zijn voor de praktijk. Kanttekening is dat ook op het laatste concept nog veel feedback is gegeven vanuit de praktijk.				

II Uw mening over de houding/professionaliteit van de student

	OV	V	RV	G
1. Samenwerking tussen organisatie en student		X		
2. Zelfstandigheid		X		

	OV	V	RV	G
3. Effectiviteit van werkwijze		x		
4. Omgaan met afspraken		x		
5. Communicatie met medewerkers binnen organisatie (bijv. presentatie)		x		
6. Indien duo-product: samenwerking tussen de studenten (taakverdeling voor zover van toepassing)	Nvt			
Denise heeft hard gewerkt. Zij is op een praktijkplek terecht gekomen waar niet alles duidelijk voor haar was en waarbij ook weerstanden en verschillende verwachtingen (team/onderzoekers) bestonden. In effectiviteit van werken, assertiviteit en communiceren heeft Denise naar mijn idee nog veel leerdoelen. Dit is ook als zodanig met Denise besproken. Denise lijkt moeite te hebben met hulpvragen en signaleren dat iets dreigt mis te lopen. In plaats van repeteren van dezelfde acties zou zij dan begeleiding en hulp kunnen vragen of begeleiders met elkaar in contact kunnen brengen. Het team was kritisch op haar manier van communicatie. Zij was weinig zichtbaar. Zij nam echter uiteindelijk wel feedback aan en had ook te maken met een team dat onderhevig was aan veel veranderingen; zoals het openen van een extra afdeling en veel werkdruk. Hiermee heeft Denise niet altijd de praktische steun gekregen die zij als stagiaire wel had moeten krijgen. Het feit dat zij van de afdeling was gesitueerd met haar kamer heeft eveneens niet bijgedragen aan het letterlijk zichtbaar kunnen zijn voor het team en cliënten.				

III Uw mening over het contact met de AMA

	OV	V	RV	G
1. Informatie over de eisen t.a.v. de scriptie		X		
2. Informatie over de begeleiding en beoordeling vanuit de opleiding		X		
3. Informatie over uw rol als opdrachtgever		X		
4. Contact met de scriptiebegeleider van de student		X		
Op alle fronten zou dit wat mij betreft beter kunnen. Juist bij afstudeerders die er maar kort zijn kan ik me voorstellen dat de opleidingseisen en voorwaarden ook vanuit het opleidingsinstituut heel helder zouden moeten zijn voor de opdrachtgever. Wanneer ik de afstudeerder niet constant was blijven vragen en geen contact had gezocht met het opleidingsinstituut, was dit niet zo helder geweest. Bij aanvang is de indruk ontstaan dat er nauwelijks praktijk- en scriptiebegeleiding nodig zou zijn vanuit de instelling, dit is niet realistisch gebleken en lijkt me ook niet wenselijk. Het contact met de eerste beoordelaar dat uiteindelijk heeft plaats gevonden is prettig en naar verwachting, met praktische handvatten voor de afstudeerder, verlopen.				

IV Wat is uw eindoordeel over de scriptie? (aankruisen wat volgens u van toepassing is)

- 0 goed
0 ruim voldoende
☒ voldoende
0 onvoldoende

Toelichting:

Met enige voorzichtigheid geef ik, wanneer Denise de laatste (toch nog aanzienlijke hoeveelheid) feedback en rekeninghoudend met de contextvariabelen een voldoende. De wetenschap dat Denise zich nog verder wil ontwikkelen tot psycholoog en haar leerdoelen kent, hierop enigszins reflectief is, zeker zeer ambitieus is en heeft laten zien dat zij praktische feedback van de teams ter harte neemt maakt dat ik inschat dat Denise voor het deel dat ik kan beoordelen voldoende in staat zal zijn om zich verder te ontwikkelen in het vak dat zij uiteindelijk wil beoefenen

V Gebruik van AMA/Saxion in de toekomst

- Wilt u ook in de toekomst gebruik maken van de diensten van de AMA van Saxion?
0 ja
☒ nee, niet voor dit onderzoek. Dit kostte meer tijd dan het opleverde.
Overigens zou het mogelijk voor ander onderzoek wel interessant zijn. Via Tactus werken en leren kan zoals reeds eerder gecommuniceerd contact blijven voor mogelijk toekomstige vragen.
- Zo ja, welke diensten betreft dit?
0 stage
0 scriptie
0 onderzoek en advies
0 training en opleiding
0 overig,
zoals.....

Hebt u concrete onderzoeksvragen? Zo ja, welke?

.....
.....

Plaats.....Enschede..... Datum:.....29-06-2018.....

Naam en handtekening praktijkbegeleider/opdrachtgever

.....C.Stoeten.....

Eventuele aanvullende opmerkingen door de scriptiebegeleider van de AMA over het scriptieproces:

De verwachting die bij aanvang

is.....
.....

Datum:...29-06-2018.....

Handtekening.....C.Stoeten.....

BIJLAGE 7. EIGEN WERK VERKLARING

Ondergetekende:

Denise Pleiter, 408409

verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en derhalve geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander.
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding.
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Blackboard (SafeAssign).

Plaats: Deventer

Datum: Oktober 2018

Handtekening:



N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werk verklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.
