

“Alcohol- en medicatieverslaving van de (Malie)baan”

Onderzoek naar resultaten 55+-behandeling

Onderzoekers/studenten

Stefanie Gijsbertsen - s308487

Tina van Hoof – s316861

Opdrachtgever

Dhr. D.M. van Etten

GGZ Verpleegkundig Specialist

Centrum Maliebaan

Docent

Dhr. E. Kampes

Christelijke hogeschool Windesheim



Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Inleiding	5
2. Verklarende woordenlijst	7
2.1. Begrippen	7
2.2. Instellingen (met afkortingen)	8
3. Verslaving en behandeling	9
3.1. Inleiding	9
3.2. Verslaving	9
3.2.1. Algemeen	9
3.2.2. Alcoholverslaving	14
3.2.3. Medicatieverslaving	20
3.2.4. Combinatie gebruik	21
3.3. Verslaving onder ouderen	22
3.4. Behandelmethoden binnen de verslavingszorg	23
3.4.1. Systeem	23
3.4.2. Motiverende gespreksvoering	29
3.4.3. Cirkels van Van Dijk	31
3.4.4. Leefstijltraining	33
3.5. Onderzoek naar behandeling voor verslaafde ouderen	34
3.6. Samenvatting	35
4. Behandelaanbod Centrum Maliebaan	37
4.1. Inleiding	37
4.2. Behandelmethoden	37
4.2.1. Behandelaanbod	37
4.2.2. Methodiek en methoden	38
4.3. Doel van de behandeling	40
4.3.1. Preventief en curatief	40
4.4. Aansluiting behandelaanbod en zorgbehoefte cliënten	42
4.5. Hulpverleners	43
4.6. Samenvatting	44
5. Onderzoeksmethoden	45
5.1. Inleiding	45
5.2. Methoden	45
5.2.1. Informed consent	45
5.2.2. De vragenlijst	46
5.2.3. De evaluatiegroep	46
5.3. Samenvatting	46
6. Algemene resultaten	47
6.1. Inleiding	47
6.2. Resultaten doelgroep	47
6.3. Resultaten 55+-groep	53
6.4. Resultaten voorbereidingsgroep	55
6.5. Resultaten behandeling	56
6.6. Resultaten nazorg	61
6.7. Hulpverlening	61
6.8. Samenvatting	62

7. Resultaten tijdens het volgen van de 55+ behandeling.....	63
7.1. Inleiding.....	63
7.2. Kenmerken deelnemers.....	63
7.3. 55+ behandeling	63
7.4. Voorbereidingsgroep.....	64
7.6. Nazorg.....	64
7.7. Terugval	64
8. Resultaten tot zes maanden na de 55+ behandeling.....	65
8.1. Inleiding.....	65
8.3. Veranderingen met betrekking tot sociaal functioneren	68
8.4. Doelen.....	69
8.5. Terugval	70
9. Resultaten tot anderhalf jaar na de 55+ behandeling.....	71
9.1. Inleiding.....	71
9.2. Kenmerken deelnemers.....	71
9.4. Doelen.....	75
9.5. Terugval	75
10. Resultaten tot drie jaar na de 55+ behandeling.....	77
10.1. Inleiding.....	77
10.2. Kenmerken deelnemers.....	77
10.3. Verandering met betrekking tot sociaal functioneren	77
10.4. Terugval	77
10.5. Cijfer.....	77
11. Conclusie.....	78
12. Aanbevelingen	79
12.1. Inleiding.....	79
12.2. Voorbereidingsgroep.....	79
12.3. 55+ behandeling	79
12.4. Behandeling	79
12.5. Nazorg.....	80
12.6. Hulpverlening	80
12.7. Aanbevelingen op een rij	81
Literatuurlijst.....	82
Bijlagen.....	87
Bijlage 1. Brief met 'informed consent'	87
Bijlage 2. Vragenlijst	91
Bijlage 3. Presentatie	100
Bijlage 4. Evaluatieformulier	105
Notenlijst	106

Voorwoord

Dit verslag is het resultaat van het afstudeerproject dat wij hebben uitgevoerd in opdracht van Centrum maliebaan, een instelling voor verslavingspsychiatrie in de provincie Utrecht. Dit project is geschreven ter afsluiting van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Christelijke hogeschool Windesheim in Zwolle en heeft ongeveer negen maanden in beslag genomen.

Wij zijn twee vierdejaars studenten van de SPH-opleiding en volgen hiernaast vanaf het derde leerjaar het GGZ-traject. Dit houdt in dat we naast sociaal, pedagogische hulpverleners, ook afstuderen als GGZ-agogen. Om die reden hebben we gekozen voor een afstudeerproject binnen de Geestelijke Gezondheidszorg.

Een afstudeerproject binnen de SPH-opleiding van Windesheim draait om het ontwikkelen en beheersen van een aantal kwalificaties en competenties. Als sociaal, pedagogische hulpverlener dien je namelijk een bijdrage te kunnen leveren aan de ontwikkeling van de beroepsmethodiek door ondermeer praktijkgestuurd onderzoek te verrichten. Daarnaast dien je in staat te zijn een probleem dat door een werkveldorganisatie gesteld is, uit te diepen en bij te dragen aan een oplossing door het integreren van theorie en praktijk. Wij hebben het idee dat we ons op deze terreinen ontwikkeld en bewezen hebben, ondanks dat het in het begin lastig leek om een balans te vinden tussen de verwachtingen vanuit de werkveldorganisatie en die van de opleiding. We zijn blij dat we een balans hebben weten te vinden in onze samenwerking onderling en in de samenwerking met de organisatie, door tijdige communicatie. Daarnaast vormde de werkveldorganisatie een uitdaging door onze affiniteit met de doelgroep en het unieke aspect van het werken met ouderen.

Tina: Mijn persoonlijke interesse in dit onderwerp is ontstaan tijdens mijn stage in het derde jaar van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening. Tijdens een tien maanden durende stage bij verslavingskliniek Heesteroord in Ermelo, heb ik inzicht gekregen in de verschillende verslavingen, de functie en problemen die daarmee gepaard gaan en de behandelmethoden. Wat me daar opviel is dat mensen met zeer uiteenlopende leeftijden bij elkaar in een behandelgroep zaten. Nou ben ik daar geen tegenstander van, maar ik ben geïnteresseerd om te onderzoeken of een speciale behandeling verschil maakt en wat de toegevoegde waarde is.

Stefanie: Het onderzoeken van deze module trok mijn aandacht, doordat het heel specifiek en iets vooruitstrevends is in Nederland. Mijn GGZ ervaring heb ik voornamelijk binnen mijn tweede en derde jaar SPH opgedaan. Veelal waren dit de algemene ziektebeelden, maar daarbij was er soms ook sprake van een misbruik verleden. Hier was in voorgaande behandelingen aandacht aan besteed, maar vroeg nog wel om de nodige nazorg. Door dit afstudeeronderzoek kreeg ik de mogelijkheid om meer kennis te ontwikkelen over deze specifieke manier van behandelen op het gebied van verslaving.

In dit voorwoord willen we ook graag een aantal mensen bedanken die ons gedurende het proces hebben geholpen en begeleid. Onze dank gaat uit naar de medewerkers van Centrum Maliebaan die een bijdrage geleverd hebben door het beantwoorden van vragen, het vrijmaken van tijd, het beschikbaar stellen van gegevens en het geven van feedback. In het bijzonder willen we opdrachtgever Dick van Etten bedanken voor zijn betrokkenheid bij het hele project en de inhoudelijke en praktische begeleiding bij de uitvoering. Jan Bakker en Maria op de Weegh willen wij bedanken voor de nodige informatie en hun enthousiasme. Daarnaast willen we Paul Engelharth bedanken voor zijn kritische blik en tips bij het schrijven van het onderzoek.

Ook vanuit de opleiding hebben we goede begeleiding en ondersteuning gehad. Erik Kampes willen we in het bijzonder bedanken voor zijn reacties, kritische blik, tijd en zijn betrokkenheid gedurende het gehele proces.

Tot slot willen we onze families en vrienden bedanken voor hun steun, feedback en de nodige afleiding.

Stefanie Gijsbertsen
Tina van Hoof
Zwolle, juni 2009

1. Inleiding

Dit onderzoek is in het kader van afstuderen aan de hogeschool Windesheim tot stand gekomen en in de eerste plaats bedoeld voor medewerkers en bestuur van Centrum Maliebaan te Utrecht, maar ook voor beroepsbeoefenaars binnen de verslavingszorg en iedereen die geïnteresseerd is in en meer kennis wil vergaren over het onderwerp ouderen en verslaving.

Het gebruik van medicijnen en vooral van alcohol, is hedendaags een onderdeel van onze samenleving en dat is eigenlijk altijd zo geweest. Het grootste deel van de populatie in Nederland drinkt sociaal en het biertje of wijntje is niet meer weg te denken uit het café of van het zomerse terras. Het gebruik van met name alcohol, is sterk afhankelijk van omgevingsfactoren. Wat is geoorloofd binnen de leefomgeving? Het zal u opvallen, bij het lezen van dit onderzoek, dat we veelal vanuit de probleemsituatie geschreven hebben. Graag willen we benadrukken dat we ons bewust zijn van het sociale en maatschappelijke aspect van alcohol- en medicijngebruik, maar dat we, gezien het onderwerp en de doelgroep, gekozen hebben voor een theoretische benadering op problematisch gebruik.

Centrum Maliebaan is een instelling voor verslavingspsychiatrie in de provincie Utrecht die zorg en behandeling biedt aan mensen die problemen hebben door het gebruik van alcohol, middelen en gokken. Daarnaast behandelt zij ook mensen met bijkomende psychiatrische en psychosociale problemen.

Binnen de behandelingen voor mensen met een verslaving werd eerder niet veel aandacht besteed aan de verschillen in leeftijd, achtergrond en levensfase. Als er gekeken wordt naar de doelgroep ouderen, waar het in dit onderzoek over gaat, is duidelijk te zien dat deze groep wel degelijk verschilt met bijvoorbeeld een groep dertigers. Alleen al de toenemende fysiologische kwetsbaarheid en het feit dat alcohol daardoor sneller schadelijk kan zijn, zeker in combinatie met medicijnen, maakt dat deze groep mogelijk een andere, speciale aanpak nodig heeft. Naast eerder genoemde redenen, is het ook een feit dat het alcoholgebruik binnen deze doelgroep de laatste jaren fors toeneemt, in het bijzonder onder vrouwen. Wat ook van invloed kan zijn binnen deze groep zijn het aantal life-events waar men mee te maken krijgt en de impact daarvan. Om maar wat voorbeelden te noemen; ouderen stoppen met werken, kinderen gaan het huis uit, ze worden grootouders en ze komen in de menopauze. Allemaal zaken waar de mens op latere leeftijd mee te maken kan krijgen.

Om die reden is Centrum Maliebaan sinds twee jaar bezig met een module die zich richt op abstinentie of regulering van gebruik én het voorkomen van terugval speciaal voor ouderen met een alcohol- en/of medicatieverslaving. Binnen Nederland is Centrum Maliebaan op dit gebied de eerste instelling die zich richt op een speciale behandeling voor de doelgroep ouderen. Omdat de behandelaars nu benieuwd zijn naar het effect en de kwaliteit van deze module, hebben zij hogeschool Windesheim benaderd om dit te onderzoeken.

Door middel van het schrijven van dit onderzoek wordt er een beeld gevormd van het effect van deze module. Ook zal er een aanbeveling geschreven worden voor Centrum Maliebaan, zodat de behandelaars deze module kunnen voortzetten aan de hand van de resultaten die zijn verkregen door dit onderzoek.

Aan het einde van dit onderzoek zal er een antwoord gegeven worden op de volgende hoofdvraag:

‘Wat zijn de resultaten van de aangeboden interventies in de 55+ behandeling, voor ouderen met een alcohol- en/of medicatieverslaving’?

Daarop volgen een zestal deelvragen waarmee een antwoord verkregen zal worden op bovenstaande hoofdvraag. De antwoorden van de deelvragen zullen verkregen worden vanuit het literatuuronderzoek, interviews en vragenlijsten afgenomen van (ex-) cliënten van de module.

Dit onderzoek zal beginnen met een verduidelijking van de begrippen (alcohol- en medicatie) verslaving, 55+ module, behandeling en evaluatiegroep. Daarna zal een antwoord gevonden worden op de eerste twee deelvragen.

Om naast de theorie een beeld te krijgen van de ervaringen van de doelgroep zullen er een aantal respondenten geïnterviewd worden. Met deze gegevens wordt er een antwoord verkregen op de overige vier deelvragen. De resultaten van de interviews kunt u teruglezen in hoofdstuk zes. Dit onderzoek zal afgesloten worden met een conclusie en een samenvatting. Tot slot wordt het onderzoek geëvalueerd en worden er enkele aanbevelingen gedaan.



Pablo Picasso (1901), Buveuse d'absinthe

2. Verklarende woordenlijst

In dit hoofdstuk vindt u begrippen, die in de hierop volgende hoofdstukken gebruikt worden.

2.1. Begrippen

<i>Alcoholverslaafden:</i>	Een gebruiker die verslaafd is aan alcohol
<i>Clënten:</i>	Deelnemers van de 55+ behandeling
<i>Contra- indicatie:</i>	Tegenaanwijzing: Een aanwijzing dat een bepaalde behandeling moet worden ontraden
<i>Craving:</i>	Heftige verlangens, trek naar het middel
<i>DSM- IV:</i>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierde uitgave
<i>Excessief:</i>	In één week op vijf dagen ten minste vier glazen alcohol drinken of op drie dagen ten minste zes glazen; zeer excessief is op vijf dagen per week ten minste zes glazen per dag (standaard Garretsen)
<i>GGZ:</i>	Geestelijke Gezondheidszorg
<i>ICD:</i>	International Classification of Diseases and Related Health Problems
<i>Interventie:</i>	Tussenkoms; (medische) ingreep, behandeling
<i>Life-events:</i>	Specifieke omstandigheden, gebeurtenissen in bepaalde levensfasen
<i>Medicatieverslaafde:</i>	Een gebruiker die verslaafd is aan benzodiazepinen of barbituraten (slaap- en kalmeringsmiddelen)
<i>Methode:</i>	Een werkwijze die aan bepaalde voorwaarden moet voldoen
<i>Methodiek:</i>	Een verzameling op elkaar betrokken methoden
<i>Onthouding:</i>	Het aanmerkelijk beperken of afzien van gebruik
<i>Ontwenning- verschijnselen:</i>	Dit zijn symptomen die kunnen optreden na het staken of het niet tijdig of onvoldoende innemen van een middel waar men psychisch en/of lichamelijk aan verslaafd is. Ze worden ook wel abstinentieverschijnselen of onthoudingsverschijnselen genoemd.
<i>Ouderen:</i>	55-plussers
<i>Theorie:</i>	Op feiten en wetten berustende wetenschappelijke kennis die niet proefondervindelijk aan de praktijk is getoetst
<i>Tolerantie/gewenning:</i>	Het meer moeten drinken voor hetzelfde effect
<i>Verslaafden:</i>	De gebruiker die het middel niet kan loslaten en waarbij het gedrag is gericht op het verkrijgen en innemen van het middel. Op een zodanige manier dat het ten koste gaat van het dagelijkse functioneren

Verslaving: Volgens het DSM- IV spreekt men van verslaving als het de gebruiker moeite kost om te stoppen met gebruik en wanneer dit leidt tot ongepast gedrag, stoornissen en problemen. De gebruiker kan het middel niet loslaten en het gedrag is gericht op het verkrijgen en innemen van het middel. Op een zodanige manier dat het ten koste gaat van het dagelijkse functioneren. Wanneer deze persoon het middel niet inneemt, kunnen er *ontwenningssverschijnselen* optreden

2.2. Instellingen (met afkortingen)

Centrum Maliebaan: Instelling voor verslavingspsychiatrie in de provincie Utrecht

Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS): Nationale gegevensverzameling voor de ambulante- en klinische verslavingszorg, beheerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het LADIS verzamelt gegevens over de verslavingszorg op landelijk niveau¹

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Parnassia: Instelling voor (jong)volwassenen met psychotische aandoeningen en ouderen met psychische- en geheugenproblemen. Parnassia is gevestigd in Haaglanden en Zoetermeer. Binnen de organisatie bestaat een speciale divisie voor ouderen²

Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ): Levert oplossingen op het gebied van informatie- en gegevensuitwisseling binnen de gezondheidszorg, welzijn en maatschappelijke dienstverlening³

Trimbos instituut: Landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg. Het instituut bevordert de kwaliteit van leven door het ontwikkelen en toepassen van kennis over deze onderwerpen⁴

3. Verslaving en behandeling

3.1. Inleiding

In het volgende hoofdstuk zal er ingegaan worden op de vraag; *Wat staat er in de theorie over behandelingen voor ouderen met een alcohol en medicatieverslaving?*

Wij hebben ons verdiept in relevante literatuur, vaktijdschriften en internetsites om tot onze volgende bevindingen te komen. In de eerste paragraaf 3.2.1. geven wij uitleg over het begrip *verslaving*, hoe de diagnose 'afhankelijkheid' gesteld kan worden en welke factoren meespelen bij de ontwikkeling van de problematiek. In de daaropvolgende paragrafen hebben we een onderscheid gemaakt in een *alcohol- en medicatieverslaving*. In paragraaf 3.2.2. wordt ingegaan op alcoholverslaving en is er aandacht voor cijfers, gebruik en lichamelijke, psychische en sociale effecten. Tevens is er aandacht voor de snel groeiende vrouwenpopulatie onder verslaafden. Daarna volgt paragraaf 3.2.3. met onze bevindingen en feiten over medicatieverslaving. Paragraaf 3.2.4. beschrijft het *combinatiegebruik van alcohol en medicatie*.

In paragraaf 3.3. kunt u lezen over *verslaving onder ouderen*. Er wordt stilgestaan bij life-events en alcohol- en medicatieverslaving.

Paragraaf 3.4. gaat in op de verschillende *behandelmethode*n binnen de verslavingszorg. Deze zijn onder te verdelen in: systeemtherapie paragraaf 3.4.1., motiverende gespreksvoering paragraaf 3.4.2., cirkels van Van Dijk paragraaf 3.4.3 en tot slot paragraaf 3.4.4. leefstijltraining.

De laatste paragraaf 3.5. bevat informatie over voorgaande *onderzoeken naar behandeling onder ouderen*.

3.2. Verslaving

In de literatuur wordt zowel gesproken over verslaving als over afhankelijkheid. In de DSM-IV wordt de term afhankelijkheid gebruikt. Deze term heeft de term verslaving vervangen en wordt als wetenschappelijk beschouwd. Wellicht is dit een juiste benaming, maar naar ons idee ook een weinigzeggende term voor diegene die niet bekend is binnen de verslavingszorg. Om die reden hebben we ervoor gekozen om de term verslaving te gebruiken in dit onderzoek.

3.2.1. Algemeen

Het gebruik van middelen hoeft niet problematisch te zijn. Naast een beperkte groep geheelonthouders, is een groot deel van de bevolking een matige gebruiker. Zij gebruiken bijvoorbeeld regelmatig alcohol wanneer ze in een situatie zijn waarin het verantwoord is om te drinken. Ze worden ook wel sociale drinkers genoemd. Deze mensen drinken voor de gezelligheid en kunnen de grenzen van zichzelf en hun omgeving aangeven. De frequentie van dit matige gebruik kan overigens sterk variëren. Maar wanneer is iemand dan verslaafd?

Diagnose

Binnen verslavingsonderzoeken en de verslavingszorg wordt gebruik gemaakt van definities uit de classificatiesystemen DSM en ICD. Het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) is een internationaal handboek voor het diagnosticeren van psychische aandoeningen. Het *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) is eveneens een internationaal gehanteerde standaard en bevat voornamelijk een lijst van ziekten. Beide systemen maken onderscheid tussen misbruik of schadelijk gebruik (zie definities) en afhankelijkheid en verslaving. Probleemgebruik is in beide classificatiesystemen niet opgenomen. Omdat er in Nederland binnen de Geestelijke Gezondheidszorg veel gewerkt wordt met de DSM, zal er dieper ingegaan worden op dit classificatiesysteem.

De DSM, inmiddels DSM-IV (vierde editie) bestaat uit een classificatiesysteem met als doel een diagnose te kunnen stellen over het algehele functioneren. Bij de beoordeling van een individu wordt op die manier niet alleen aandacht geschonken aan het op de voorgrond tredende probleem, maar er wordt ook rekening gehouden met lichamelijk en psychosociaal functioneren.⁵

Figuur 1. Vijf assen van de DSM-IV

De DSM-IV bestaat uit vijf assen:

- **As-I:** Klinische syndromen. Dit is de classificatie van de meest bekende psychische stoornissen. Er worden kenmerken beschreven die aanwezig moeten zijn om de desbetreffende diagnose te kunnen stellen.
- **As-II:** Persoonlijkheidsstoornissen. Op deze As worden de stoornissen in de persoonlijkheid van het individu beschreven. Met persoonlijkheid wordt het interactiepatroon tussen de wereld en zichzelf bedoeld.
- **As-III:** Lichamelijke toestand. Wanneer het belangrijk is voor het psychisch functioneren, biedt deze as de mogelijkheid om lichamelijke stoornissen te vermelden.
- **As-IV:** Psychosociale problemen. Op deze as worden alle psychosociale problemen vermeld die zich in het afgelopen jaar hebben voorgedaan en die de diagnose van een psychische stoornis kunnen beïnvloeden.
- **As-V:** Globale beoordeling van het functioneren. Hier wordt het psychisch, maatschappelijk en beroepsmatig functioneren beoordeeld aan de hand van een schaal.

Bron: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV (1995) 4th edition

De verschillen tussen misbruik en afhankelijkheid op een rij met de daarbij behorende diagnostische criteria.⁶

Figuur 2. Criteria voor misbruik volgens de DSM-IV

Criteria voor misbruik van een middel volgens de DSM- IV

- A. Een patroon van onaangepast gebruik van alcohol dat leidt tot significante beperkingen of lijden, zoals in een periode van twaalf maanden blijkt uit ten minste één van de volgende kenmerken:
 - 1. Herhaaldelijk niet nakomen van verplichtingen op het werk (verzuim, slecht werk), op school (schorsing, verwijdering) of thuis (verwaarlozing kinderen of huishouden) als gevolg van alcoholgebruik.
 - 2. Herhaaldelijk gebruik van alcohol in situaties waarin dat gevaarlijk is of kan zijn (autorijden of bedienen van machine onder invloed van alcohol).
 - 3. Herhaalde alcoholgerelateerde problemen met politie of justitie (verstoring openbare orde).
 - 4. Voortdurend gebruik van alcohol ondanks sociale of relationele problemen samenhangend met of verergerd door alcoholgebruik (ruzie met partner over alcoholgebruik, vechtpartijen).
- B. De verschijnselen hebben nooit voldaan aan de criteria van alcoholafhankelijkheid.

De diagnose *afhankelijkheid* of verslaving komt voor op As-I, de klinische syndromen. Het komt voor dat er naast deze diagnose ook sprake is van persoonlijkheidsstoornissen (As-II) en psychosociaal disfunctioneren (As-VI). Men spreekt van verslaving als het de gebruiker moeite kost om te stoppen met gebruik en wanneer dit leidt tot ongepast gedrag, stoornissen en problemen. De gebruiker kan het middel niet loslaten en het gedrag is gericht op het verkrijgen en innemen van het middel. Op een zodanige manier dat het ten koste gaat van het dagelijkse functioneren. Wanneer deze persoon het middel niet inneemt, kunnen er *ontwenningssverschijnselen* optreden.⁷ In figuur 1. staan de criteria voor afhankelijkheid zoals ze in de DSM gehanteerd worden.⁸

Figuur 3. Criteria voor afhankelijkheid volgens de DSM-IV

Criteria voor afhankelijkheid van een middel volgens de DSM-IV	
1. Tolerantie	a. Behoeftte aan steeds grotere hoeveelheden om hetzelfde effect te verkrijgen; b. Aanmerkelijk verminderd effect bij voortdurend gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel.
2. Onthouding	a. Karakteristieke verschijnselen van onthouding (zoals later omschreven); b. Hetzelfde (of daarop gelijkend) middel wordt ingenomen om onthoudingsverschijnselen te verminderen of te voorkomen.
3.	Het middel vaak in grotere hoeveelheden en/of gedurende langere tijd gebruiken dan betrokkene van plan was.
4.	Hardnekkige wensen om het gebruik te stoppen of het gebruik van het middel in de hand te houden.
5.	Veel tijd en energie spenderen om aan het middel te komen, het middel te gebruiken en te herstellen van het gebruik.
6.	Opgeven of verwaarlozen van belangrijke sociale, werk- en/of creatieve activiteiten.
7.	Voortgezet gebruik, ondanks kennis van negatieve consequenties.

Bron: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (1995) 4th edition

Ten minste drie van deze kenmerken moeten in dezelfde twaalf-maanden-periode regelmatig voorkomen of ten minste een maand duren. Daarnaast moet omschreven worden of er sprake is van fysieke afhankelijkheid. In dat geval kan tolerantie en onthouding aangetoond worden.⁹

Om de diagnose *alcoholafhankelijkheid* te stellen, is het DSM Interview Alcoholgebruik (DIA) ontwikkeld. Deze test stelt de diagnose door vragen te stellen die direct zijn afgeleid van de criteria uit de DSM, zoals hierboven genoemd. Wanneer de diagnose is gesteld, kan men aan de hand van drie gradaties de ernst van de afhankelijkheid bepalen. Bij een alcoholafhankelijkheid spreekt men van mild, matig en ernstig afhankelijk.¹⁰

Psychische afhankelijkheid

Bij een psychische afhankelijkheid of geestelijke verslaving denkt de gebruiker dat hij het middel nodig heeft, het lekker vindt en dat hij niet meer zonder kan. Bij een dergelijke verslaving kan iemand zo naar een middel verlangen, dat gedachten over het verkrijgen en innemen van het middel het denken beïnvloeden.¹¹ Dit noemt men ook wel *craving* of *trek*. Deze verslaving gaat vaak gepaard met angst, depressies en/of verwardheid. Wanneer iemand zich niet meer prettig kan voelen zonder het middel en hiervan steeds meer nodig heeft, spreekt men van een geestelijke verslaving.¹²

Fysieke afhankelijkheid

Het middel houdt, door zijn directe werking op de hersenen, de verslaving in stand. Het lichaam went aan het middel en heeft steeds meer nodig op hetzelfde effect te krijgen. Dit wordt *tolerantie* genoemd. Wanneer het lichaam geen stof krijgt, treden er *ontweningsverschijnselen* of *onthoudingsverschijnselen* op; trillen, misselijkheid, koorts, slapeloosheid en transpireren. Deze verschijnselen wijzen op een lichamelijke verslaving. Een belangrijke reden om te gebruiken is het voorkomen of onderdrukken van deze verschijnselen.¹³ Hierdoor houdt men de verslaving in stand.

Verslavende stoffen worden in de literatuur ook wel *psychoactieve stoffen* genoemd. Hieronder vallen alle stoffen die zorgen voor een bewustzijnsverandering. De psychoactieve stoffen worden onderverdeeld in vier groepen, te weten;

- Psycholeptica: deze groep heeft een dempende werking,
- Psychoanaleptica: stoffen uit deze groep hebben een stimulerende werking,
- Psychodysleptica: bij gebruik van stoffen uit deze groep treedt een verstoring in de waarneming op,
- Overige stoffen: bijvoorbeeld Smart Drugs, lijmstof en diverse reinigingsmiddelen.¹⁴

Alcohol en medicatie (benzodiazepinen en barbituraten) vallen onder de groep psycholeptica en hebben dus een dempende werking.

Verslaving door de jaren heen

De opvatting over verslaving is in de loop van vorige eeuwen sterk veranderd. In vroegere eeuwen was men ervan overtuigd dat verslaving een ondeugd was. Het was een zonde die middels religieuze praktijken aangepakt moest worden. In de jaren van het *morele model* werd dronkenschap gezien als morele zwakte en verslaafden werden meestal langdurig, onder mensonterende omstandigheden opgesloten in gevangenissen of heropvoedingskampen. In de negentiende eeuw ontstond er een beweging in Amerika en West-Europa, tegen de verkoop en het gebruik van sterke drank. De verslaving werd niet meer als schuld van de verslaafde gezien, maar de schuld werd toegeschreven aan de verslavende stof. Deze stof werd dan ook gezien als veroorzaker van de verslaving in plaats van de eerder beschreven zondige, zwakke persoon. Binnen dit *farmacologische model* ontstond het doel om te voorkomen dat mensen in aanraking konden komen met deze verslavende stoffen. In de jaren twintig volgde de drooglegging in Amerika. De consumptie van alcohol werd geheel verboden om daarmee het alcoholisme uit Amerika te bannen. Vanaf de jaren dertig kwam het *psychoanalytische model* naar voren en werd het farmacologische model vervangen. Het psychoanalytische model zag de verslaving als een symptoom van een onderliggende persoonlijkheidsstoornis en niet als een op zichzelf staande aandoening. Dit model werd daarom ook wel het *symptomatische model* genoemd. Een psychotherapeutische behandeling in een gelijknamige setting werd als oplossing gezien. Na de jaren dertig was er meer aandacht voor het *ziektemodel*. Volgens aanhangers bestonden er zowel biologische als psychische verschillen tussen verslaafden en niet-verslaafden. De verslaafden waren volgens hen niet in staat om middelen met mate te gebruiken. Ze gebruikten ongecontroleerd en waren lichamelijk afhankelijk van de stof. De AA (Anonieme Alcoholisten) is een methode die afgeleid is van dit model. In de jaren zestig beschouwde men verslaving binnen de psychologie en het *leertheoretische model* als een vorm van onaangepast gedrag. Middels gedragstherapeutische interventies probeerde men dit gedrag weer af te leren. In de jaren zeventig en tachtig werd duidelijk dat er naast psychologische oorzaken ook sociale omstandigheden een rol spelen bij het ontwikkelen van een verslaving. Het *biopsychosociale model* ontstond, waarin een verslaving werd gezien als interactie tussen aangeboren kwetsbaarheid (biologisch), persoonlijke ontwikkeling (psychologisch) en omstandigheden (sociaal). Er werd hierdoor aandacht besteed aan biologische aspecten zoals medicijnen, psychologische aspecten zoals psychotherapie en sociale aspecten zoals huisvesting en werk. Vanaf de jaren negentig spreekt men steeds vaker over verslaving als hersenziekte en worden de medisch-biologische aspecten steeds belangrijker. Men gaat ervan uit dat een aangeboren kwetsbaarheid zorgt voor herhaaldelijk gebruik

van middelen, terwijl dit gebruik leidt tot veranderingen in de hersenen. Volgens dit *hersenziektenmodel* zorgen deze veranderingen voor de craving, wat de oorzaak is van terugval. Naast gedragsinterventies wordt er gebruik gemaakt van medicamenteuze interventies.¹⁵

Oorzaken van verslaving

Zoals in het vorige tekstblok naar voren kwam, lijkt het ontwikkelen van een verslaving van meerdere factoren afhankelijk te zijn. Het hersenziektenmodel laat zien dat een aangeboren biologische kwetsbaarheid een oorzaak kan zijn. Het biopsychosociale model beweert dat er naast die erfelijkheidsfactor meerdere psychologische en sociale factoren een rol kunnen spelen. Uit onderzoek blijkt dat de meeste kinderen met verslaafde ouders zelf geen verslavingsproblemen hoeven te krijgen, maar wel blijkt dat ze meer kans op deze problemen hebben in vergelijking met andere kinderen. Door de erfelijke aanleg lopen ze meer risico. Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat de kans op alcoholisme voor 30- 60% wordt bepaald door genetische factoren. De volgende factoren zijn te relateren aan een verhoogde gevoeligheid voor een alcoholproblematiek.

Erfelijke factoren

Genetische factoren kunnen invloed hebben op (her) codering van neurotransmitters.

Dopamine, beïnvloedt het beloningssysteem- mesocorticolimbische systeem, waardoor we gevoelens van genot, geluk en bevrediging ervaren. Het nuttigen van alcohol heeft invloed op dit beloningssysteem. Er zijn aanwijzingen dat er een relatie bestaat tussen alcoholisme en genen die invloed hebben op de codering van het dopaminesysteem. Deze zouden voornamelijk invloed hebben op de dopaminereceptoren en hebben als uitwerking dat het beloningssysteem meer prikkels/ stimulans nodig heeft om tot eerder genoemde gevoelens te komen, door onder andere het versterken van alcoholmisbruik.

Serotonine, er zijn aanwijzingen dat genen die betrokken zijn bij het coderen van de serotoninesystemen een relatie hebben tot een alcoholafhankelijkheid. Het is bekend dat een te laag serotonineniveau kan leiden tot depressieve gevoelens. Het gebruik van alcohol zorgt ervoor dat serotonine langer blijft werken en daardoor invloed heeft op depressieve gevoelens die daarmee afnemen. Wanneer men echter stopt met drinken nemen de depressieve gevoelens weer toe en kan hierdoor de behoefte ontstaan om deze gevoelens te onderdrukken door het blijven gebruiken van alcohol. Dit gedrag is risicovol aangezien het kan uitlopen op een alcoholverslaving.

Gamma- aminoboterzuur (GABA), wanneer men langdurig alcohol gebruikt past het GABA systeem zich hierop aan. Het GABA systeem heeft invloed op je remming en speelt dus een grote rol bij de ontwikkeling van tolerantie. Er moet steeds meer gedronken worden om hetzelfde effect te verkrijgen. Wanneer het gebruik plotseling stopt zoals bij afkicken, heeft dit wederom invloed op het GABA systeem waardoor het zenuwstelsel overprikkeld raakt. Dit kan leiden tot onthoudingsverschijnselen.¹⁶

Andere oorzaken

Naast deze erfelijkheidsfactor wordt er ook gekeken naar de persoonlijkheid van het individu, zoals het karakter, de gevoeligheid voor spanningen, persoonlijkheidsstoornissen, de opvoeding en problemen binnen de thuis- en werksituatie. In sommige beroepen, bijvoorbeeld in de bouw of aan de top in het bedrijfsleven, is er een patroon te herkennen dat alcoholisme in de hand werkt. Het blijkt zelfs dat het landgevoelig, cultureel bepaald kan zijn. Landen zoals Frankrijk en Italië hebben beide een natuurlijke alcoholproductie. Deze ligt voornamelijk in de wijnproductie. Er is echter een verschil in opvattingen betreffende productie en consumptie tussen beide landen. In Frankrijk is het meer maatschappelijk geoorloofd om wijn te drinken gedurende de gehele dag. In Italië wordt dit gedrag zelfs afgekeurd en zal er niet veel buiten maaltijden/speciale gelegenheden om gedronken worden. Het zijn beide landen met een hoge wijnproductie, maar er is dus onderling een verschil te bespeuren. Daarnaast verschillen de opvattingen over alcoholgebruik en misbruik in vergelijking met Nederland. Sommige psychiaters uit Frankrijk zien het alcoholmisbruik als een chronische vergiftiging die lichamelijke gevolgen heeft, maar niet als psychische ziekte.¹⁷ Een andere oorzaak die alcoholisme in de hand kan werken is de omgeving waarin iemand opgroeit. Men moet niet onderschatten hoeveel invloed de omgeving heeft op een individu. In welke mate wordt alcoholconsumptie geaccepteerd, hoe wordt er mee omgegaan en hoe gemakkelijk is het te verkrijgen? Dit zijn aspecten die van invloed kunnen zijn op het alcoholgebruik.

Het onderscheid tussen het psychosociale model en het hersenziektenmodel lijkt de laatste jaren minder relevant. Het *Tijdschrift voor Psychiatrie* publiceerde in 2008 een artikel over een dierexperimenteel onderzoek én humaan neuropsychologisch onderzoek (Koop & LeMoal 2008) over de introductie van het *psychobiologische model*. Dit is het eerste model waarin gekeken wordt naar verslaving als psychobiologisch proces waarbij mensen met een ongevoelig beloningssysteem makkelijker met verslavende stoffen in contact komen. Dit komt volgens de onderzoekers doordat deze mensen vaker op zoek zijn naar beloningen met een hoge intensiteit. Wanneer deze mensen herhaaldelijk verslavende stoffen gebruiken, leidt dit tot blijvende veranderingen in de hersenen. De motivatie voor deze middelen wordt dan groter, terwijl de motivatie voor andere beloningssystemen en maatschappelijke activiteiten juist afneemt. Tevens blijken stress en omgevingsprikkels steeds sterker gekoppeld te zijn aan de herinnering van het gebruik. Hierdoor treedt er een sterkere reactie op in stresssituaties en wanneer er een confrontatie plaatsvindt met stofgerelateerde stimuli. Dit resulteert vervolgens in reacties als craving. Deze theorie heeft dus overlapping met theorie van conditionering. Bij verslaafden is er vaak sprake van controleverlies waardoor ze veelal geen of weinig weerstand kunnen bieden aan deze hunkering, craving. Ze blijken de beloning die de stof hen op korte termijn biedt niet af te kunnen wegen tegen de risico's die de stof op lange termijn met zich meebrengt. Wanneer ze eenmaal kiezen voor gebruik, lukt het vaak niet om dit gedrag nog te stoppen, waardoor ze zoals al eerder benoemd, meer gebruiken dan ze vooraf gepland hadden. Naast dit proces lijken ook automatismen een grotere rol te spelen. Waar men voorheen gebruikte omdat het een prettig gevoel gaf (liking), lijkt men steeds meer te gaan gebruiken omdat men gebruikt (wanting). Het is een compulsie (handeling) geworden die hoort bij het dagelijkse ritme. Het wordt een automatisme dat moeilijk te doorbreken is.^{18 19}

3.2.2. Alcoholverslaving

Werking van alcohol in het lichaam

Wanneer we alcohol drinken komt het via de slokdarm in de maag terecht, waar vervolgens twintig procent via de maagwand in het bloed wordt opgenomen. De rest komt in de dunne darm terecht waar de alcohol snel opgenomen wordt in het bloed. Hierna komt de alcohol in de lever terecht die de alcohol afbreekt. Wanneer de alcohol in het bloed wordt opgenomen duurt het ongeveer tien minuten voor het de hersenen bereikt heeft, afhankelijk van de hoeveelheid voedsel wat zich in de maag bevindt. Wanneer dit gebeurt, spreekt men van 'onder invloed zijn'. Alcohol beïnvloedt het zenuwstelsel in de hersenen. Ook 'verdooft' het de hersenen, wat invloed heeft op de stemming en het gedrag. Bij mensen die onder invloed zijn vallen remmingen weg, vermindert het geheugen en de concentratie en de zelfkritiek. Hoe meer iemand drinkt, des te sterker zijn deze effecten.

Het aantal gram alcohol in het bloed wordt aangeduid met BAG. Dit staat voor het bloedalcoholgehalte. Dit gehalte is niet bij iedereen die een bepaalde hoeveelheid alcohol drinkt hetzelfde. Een aantal factoren speelt hierbij een rol. Zo wordt de alcohol bijvoorbeeld verdeeld over de totale hoeveelheid lichaamsvocht. Hierdoor zal dezelfde hoeveelheid alcohol minder effect hebben bij iemand die negentig kilo weegt, dan bij iemand van vijftig kilo. Ook het geslacht heeft invloed op het bloedalcoholgehalte. Omdat het lichaam van een vrouw minder vocht bevat dan dat van een man, wordt de alcohol bij hen minder verdund en dus zijn zij sneller onder invloed dan mannen. Zoals hierboven al vermeld is de mate van 'onder invloed zijn' ook afhankelijk van de hoeveelheid voedsel die zich in de maag bevindt. Voedsel zorgt er namelijk voor dat de alcohol langzamer en gelijkmatiger opgenomen wordt in het bloed. Naast deze factoren kunnen ook lichamelijke conditie en medicijngebruik een rol spelen. Op het medicijngebruik zal verder ingegaan worden in paragraaf 3.2.3.

Na de dunne darm komt de alcohol in de lever terecht waar de alcohol afgebroken wordt. De lever doet dit voor vijftien procent. Vijf procent verlaat het lichaam door transpiratie, urine en adem. Over een standaardglas alcohol, wat ongeveer tien gram alcohol bevat en wat een promillage geeft van 0,2 bij mannen en 0,3 bij vrouwen, doet de lever ongeveer één á anderhalf uur. Deze afbraak kan niet worden versneld, ook niet door koffie, een douche of frisse lucht zoals vaak gedacht wordt.²⁰

Effecten

Verantwoord drinken, voor mannen twee glazen per dag en één glas per dag voor vrouwen met in ieder geval twee dagen per week niet drinken, heeft een beschermend effect op hart- en bloedvaten. Dit geldt overigens alleen voor gezonde mannen boven de veertig en voor gezonde vrouwen na de overgang.

Op lange termijn kan alcohol een negatieve invloed hebben op de hersenen, de lever, hart- en bloedvaten en de maag.

Hersenen

Zoals hierboven al benoemd verdooft alcohol de hersenen, waardoor deze niet optimaal kunnen werken. Wanneer men langdurig grote hoeveelheden per dag drinkt, kan men een hersenbeschadiging oplopen. Hierdoor vertraagt het denken, gaat het geheugen achteruit en kan men zich minder goed aanpassen in nieuwe situaties. Ook komt het voor dat de hersenen krimpen. Bij overmatige drinkers kan dit zelfs met vijftien procent. Ernstig gebruik kan onherstelbare hersenbeschadiging veroorzaken. Een bekend voorbeeld hiervan is het *Korsakov-syndroom*.

Overmatig alcoholgebruik leidt vaak tot ongezonde leef- en eetgewoontes. Hierdoor kan een tekort aan vitamine B-1 ontstaan. De combinatie van een tekort aan vitamine B-1 en alcohol kan het korte termijngeheugen worden aangetast. Dit noemt men het Korsakov-syndroom. Naast de invloed op het korte termijngeheugen, hebben mensen die lijden aan dit syndroom ook last van angst- en paniekaanvallen, depressies en moeite met het maken van plannen en in actie komen. Ook kunnen zij gedesoriënteerd zijn van plaats en tijd. Hersenscans hebben aangetoond dat de hersenen van deze Korsakov-patiënten met tien tot vijftien procent zijn gekrompen.²¹

De acute fase voorafgaande aan het syndroom van Korsakov is het *syndroom van Wernicke*. De oorzaak van dit syndroom is hetzelfde als bij Korsakov. Het syndroom van Wernicke kan gepaard gaan met verlammingen, ataxie, coma, mentale staat van verwarring / delier of in het ergste geval de dood.²²

Lever

Alcohol wordt afgebroken in de lever. Wanneer er sprake is van overmatig alcoholgebruik raakt deze afbraakfunctie verstoord. Door veel te drinken kan er *leververvetting* optreden. Vet hoopt zich dan op in de levercellen. Wanneer men in korte tijd grote hoeveelheden alcohol drinkt en deze vervetting snel optreedt, kan de lever gaan zwellen. Hierdoor kan pijn, een slechte eetlust, misselijkheid, braken en geelzucht optreden. Wanneer men stopt met drinken, verdwijnt het vet weer en herstelt de lever zich. Wanneer het gebruik echter niet stopt, maar langdurig aanhoudt, bestaat de kans op *leverontsteking*. Jarenlang grote hoeveelheden drinken kan *levercirrose* veroorzaken. Bij deze aandoening wordt de structuur van de lever vernietigd en ontstaat er littekenweefsel. Hierdoor neemt de afbraakfunctie af. Omdat de afbraak van alcohol prioriteit heeft, worden andere giftige stoffen uit het lichaam minder goed afgebroken. Hierdoor stijgt de toxiciteit in het lichaam. Deze aandoening ontstaat geleidelijk en is niet te genezen en daardoor vaak dodelijk.²³

Hart en bloedvaten

Hart- en vaatziekten kunnen ook een gevolg zijn van het drinken van alcohol. Veel voorkomende klachten zijn een *hoge bloeddruk*, *hartritmestoornissen* en *hersenvloedingen*.²⁴

Maag

Het slijmvlies van de maag kan door overmatig alcoholgebruik beschadigen. De functie van die slijmvlies is de maagwand beschermen tegen maagzuur. Wanneer het slijmvlies beschadigt, neemt deze beschermende functie af. Wanneer iemand veel gedronken heeft komen klachten als misselijkheid en braken vaak voor. Wanneer dit braken gepaard gaat met bloed, kan dit duiden op een beschadiging in het slijmvlies. Wanneer men langdurig grote hoeveelheden drinkt, kan er een *maagvliesontsteking* of een *maagzweer* ontstaan. Wanneer men kiest om te stoppen met gebruik, treden er vaak ontwenningssverschijnselen op. Maagirritatie behoort tot één van de normale verschijnselen bij ontwenning.²⁵

Mate van alcoholgebruik

Hoeveel alcohol geeft een gunstig effect en wanneer drinkt men nu teveel?

Wanneer een gezonde man van boven de veertig twee glazen alcohol per dag drinkt en een gezonde vrouw na de overgang, één glas dan kan dit een gunstig effect hebben op de gezondheid. Mits deze dagen afgewisseld worden met twee dagen zonder alcohol. Uit eerder onderzoek blijkt dat dit '*matige*

gebruik een beschermend effect heeft op hart- en bloedvaten. Daarnaast zou het, het dichtslippen van bloedvaten door cholesterol kunnen tegengaan.

Wanneer een man meer dan eenentwintig glazen per week drinkt en een vrouw meer dan veertien, is er sprake van *overmatig alcoholgebruik*. Dit gebruik heeft niet direct zichtbare negatieve gevolgen en is daarom vaak sociaal geaccepteerd. *Binge drinken* is een vorm van overmatig drinken. Bij deze vorm van gebruik worden er grote hoeveelheden alcohol gedronken binnen een paar uur. Binge betekent in het Engels 'braspartij'. Wanneer een man binnen een paar uur zes of meer glazen nuttigt en een vrouw vier of meer, is er sprake van Binge drinken. Hoe vaak dit gebeurt en of ze zes of twintig glazen drinken maakt daarbij niet uit. Deze vorm van alcoholgebruik heeft acute gevolgen voor het lichaam. De bloeddruk kan in korte tijd stijgen, het denkvermogen neemt af, er bestaat een grotere kans op black-outs en alcoholvergiftiging, er kan een acute schade ontstaan aan organen en er kunnen hart- en hersenaandoeningen optreden.

Als het alcoholgebruik gepaard gaat met lichamelijke, psychische en sociale problemen spreekt men van *probleemdrinken*. In dat geval wordt alcohol vaak gebruikt als vluchtmiddel om aan problemen en spanningen te ontsnappen. Bij een dergelijke drinker treedt controleverlies op en pogingen om te stoppen zijn vergeefs.²⁶

Of er sprake is van een *alcoholverslaving* is moeilijk aan te geven in hoeveelheden glazen per dag, week of maand. Het ligt niet uitsluitend aan de hoeveelheid of alcohol schadelijk is, maar ook aan hoe vaak er gedronken wordt, door wie en in welke situatie. Om die reden worden er in dit onderzoek de criteria van de DSM-IV aangehouden waarin staat dat er sprake is van een verslaving wanneer de drinker zelf problemen ondervindt en het alcoholgebruik een hogere prioriteit krijgt dan andere activiteiten.²⁷

Verslaving

Omdat dit onderzoek zich richt op vijfenvijftig plussers met een alcohol- en/of medicatieverslaving zullen we nu niet ingaan op overmatige consumptie of probleem drinken, maar uitsluitend op alcoholgebruikers met een afhankelijkheid of verslaving.

In paragraaf 3.2.1. zijn we ingegaan op de DSM en wat de criteria zijn voor de diagnose middelaafhankelijkheid. De twee belangrijkste criteria zijn dat er sprake is van tolerantie en onthouding. Daarnaast wordt er gesproken van een verslaving wanneer het verkrijgen van het middel het normale functioneren beïnvloedt. Veel voorkomende kenmerken en signalen zijn:

- Heftige verlangens naar het middel of *craving*,
- Moeite om het gebruik te controleren,
- Doorgaan met gebruik ondanks schadelijke effecten,
- Verhoogde tolerantie,
- Drinken om de stemming te veranderen,
- Beloftes of pogingen om te stoppen,
- Lichamelijke problemen,
- Verzuim op werk of onder invloed verschijnen,
- Problemen met gezinsleden met betrekking tot drank.

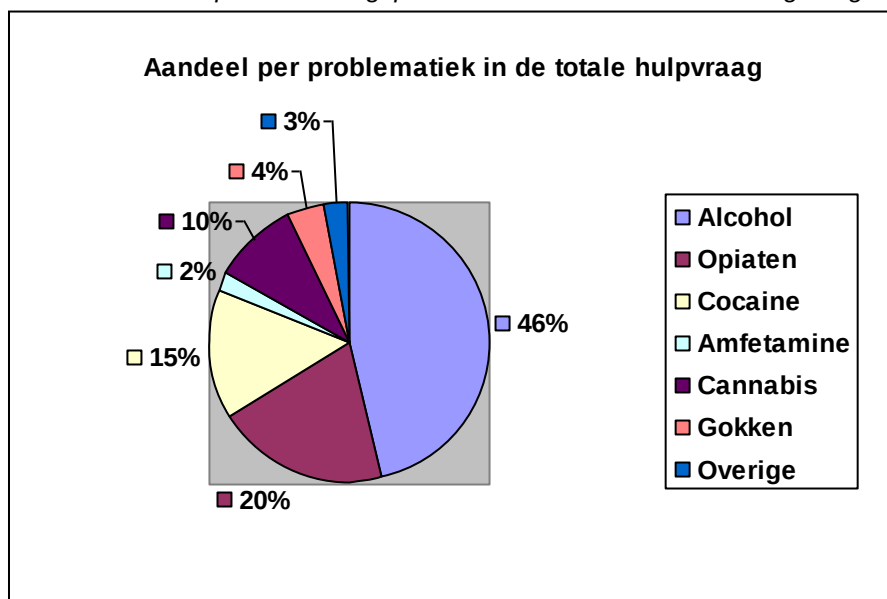
Mensen die verslaafd zijn drinken gemiddeld vaker in onverantwoorde situaties waarin zij anderen in gevaar kunnen brengen, zoals in het verkeer of op het werk. Ze proberen hun alcoholgebruik vaak lange tijd te ontkennen en verbergen voor hun omgeving.²⁸

Cijfers

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) is een nationale gegevensverzameling voor de ambulante en klinische verslavingszorg. Het LADIS wordt beheerd door Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ) in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In een onderzoek van hen over de kerncijfers van 2006 kunnen we zien hoeveel mensen met een alcoholproblematiek bekend waren in de verslavingszorg. Ook kunnen we zien hoe dit verdeeld is over geslacht en leeftijd. Het aantal mensen in Nederland met een alcoholproblematiek is vooralsnog een schatting, omdat het grootste deel niet kiest voor een behandeling. Zij zijn dus onbekend en onzichtbaar.²⁹

Om een beeld te krijgen van de hulpvraag binnen de verslavingszorg, wordt in tabel 1. per problematiek aangegeven hoe hoog de hulpvraag is. Hieruit blijkt dat het aantal mensen met een alcoholproblematiek met zesenvieftig procent een ruime meerheid is binnen de hulpverlening.

Tabel 1. Aandeel per verslavingsproblematiek binnen de verslavingszorg



Bron: LADIS, Kerncijfers verslavingszorg 2006, IVZ, Houten

Geschat wordt dat er in Nederland ongeveer 1.200.000 mensen zijn met een alcoholproblematiek. Cijfers van het LADIS tonen aan dat slechts drie procent hiervan in 2006 bekend was binnen de verslavingszorg. In exacte cijfers betekent het dat in 2006 30.210 personen met een alcoholproblematiek een hulpvraag kenbaar maakten.

Leeftijd

Gezien de leeftijdsverdeling per problematiek blijkt dat er in 2006 sprake was van een vergrijzing van de totale verslaafdenpopulatie. De gemiddelde leeftijd blijft toenemen. Het grootste aantal ouderen komt voor in de alcoholverslaafdenpopulatie, namelijk twintig procent.³⁰

Geslacht

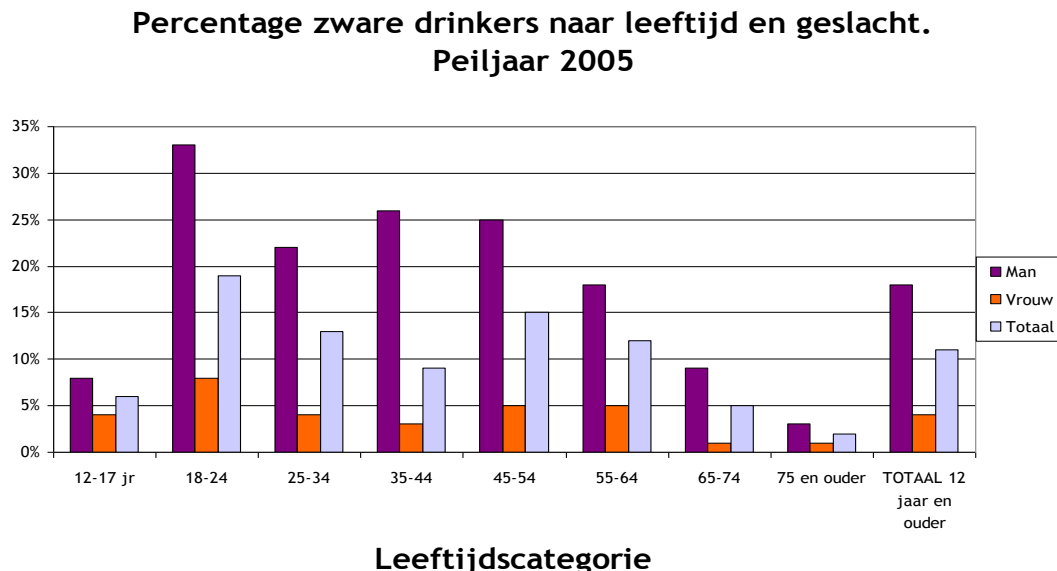
Van de 30.210 personen met een alcoholproblematiek, was er in 2006 vijfentwintig procent vrouw. Een kwart van het aantal alcoholverslaafden is dus van het vrouwelijke geslacht. Ten opzichte van 2001 is dat met één procent gedaald. Uit een recent onderzoek aan de universiteit van Washington komt naar voren dat vrouwen steeds meer alcohol drinken en hieraan verslaafd raken. Bij mannen constateerden ze juist een omgekeerde ontwikkeling. De kloof in het alcoholgebruik tussen mannen en vrouwen lijkt dus kleiner te worden. Dit blijkt onder andere te maken te hebben met het feit dat drinken bij vrouwen tegenwoordig meer sociaal aanvaard is. Daarnaast lopen vrouwen een groter risico op verslaving omdat ze gevoeliger zijn voor de effecten van alcohol. Volgens het onderzoek is dit vanwege de grotere gevolgen voor de gezondheid van vrouwen een groot probleem. Verslaafde vrouwen sterven sneller dan mannen met een verslaving.³¹

Vrouwen en alcohol

De alcoholproblematiek onder vrouwen van boven de 55 jaar neemt toe, volgens de huidige cijfers. Deze informatie is verkregen vanuit een longitudinaal onderzoek in opdracht van IVZ, GGZ Nederland en het NIGZ. In 2006 is gebleken dat ongeveer één derde (31 %) van de hulpvragers, vrouw is. Ongeveer tien jaar geleden was dit aantal de helft van wat het nu is.

Tabel 2. Percentage zware drinkers* naar leeftijd en geslacht

* Zware drinker: Persoon die één of meer dagen per week minstens zes glazen alcohol drinkt



Bron: <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=320>

Er is een verschil tussen drinkgedrag bij mannen en vrouwen. Mannen drinken vaak in het openbaar/ gezelschap, vrouwen beginnen vaak thuis teveel te drinken wanneer er niemand bij is.

Drank kan twee doeleinden hebben. Mannen gebruiken het in de eerste plaats meer als genotmiddel en vrouwen als zelfmedicatie.

Invloeden die bij vrouwen kunnen leiden tot toename drinkgedrag.

- Maatschappelijke achtergrond
- Keuzes van vrouwen die invloed kunnen hebben op doorslaan van balans tussen draagkracht en draaglast.

Drie categorieën vrouwen:

- *Traditionele vrouw* die voor kinderen en gezin kiest. Betaald werk hiervoor opgeven en werk zoeken wanneer de kinderen ouder zijn. Soms is dit een keuze, anderzijds opgelegd.
- *Carrièrevrouw*, zij legt haar prioriteiten bij haar werk en worden als "mannelijk" gezien door de omgeving. Soms is deze keuze niet vrijwillig.
- *Combinatie werk, gezin*. De zorg en het huishouden die zij naast hun werk verrichten worden niet altijd evenveel gewaardeerd door hun partner, echtgenoot of kinderen.

In het geval van de *traditionele vrouw* is het soms niet gemakkelijk om de terug te keren in het arbeidsleven of om juist de balans hierin te vinden. Hierdoor groeit (on)bewust de onvrede, doordat het pijnlijk zichtbaar wordt dat de mogelijkheden om iets voor zichzelf te doen, van de vrouw verminderd zijn in de loop van de jaren. Tweederde van deze vrouwen waarbij dit besef komt en die met deze onvrede blijven zitten of naar een alternatief grijpen (alcohol, medicatie), vraagt een scheiding aan. De onderhandelingspositie van de vrouw is in dit soort gevallen zwakker dan bij mannen. Dit kan weer leiden tot depressie, psychosomatische klachten, teveel eten-> overgewicht-> hart en vaat ziekten, diabetes, afhankelijkheid (slaap- en kalmering) medicatie, combinatie alcohol.³²

De *carrièrevrouw* heeft vaak een goede baan, is financieel onafhankelijk en heeft een grotere bewegingsvrijheid. Een relatie kan door ambities of succes spanningen oplopen of zelfs falen. Zij kunnen afzien van kinderen en zelfs van een vaste relatie. Hierdoor kan als gevolg ontstaan dat zij een verborgen eenzaamheidsgevoel ontwikkelen. Vrouwen in deze positie kunnen vaak minder steun verwachten van hun mannelijke collega's door jaloezie en ervaren daardoor de druk om evenveel of meer te moeten presteren als mannen. Daardoor is er meer kans op een burn-out of depressie. Dit kan een aanleiding zijn om alcohol te gaan gebruiken om niet stil te hoeven staan bij deze spanningen en verschijnselen.

Diegene die *werk en gezin combineren*, ervaren dat ze als minder betrouwbaar, niet populair gezien worden. Deze groep wil hierdoor graag bewijzen dat het werk niet hoeft te lijden onder het hebben van een gezin en omgekeerd. Deze vrouwen weten alles over schuldgevoelens hebben. Zij passen zich heel vaak aan om iedereen tevreden te houden en ze niet anderen tekort willen doen.

Deze verdeling heeft te maken met de emancipatie van de vrouw en kan te maken hebben met een zekere gevoeligheid die aan verschillende factoren kan liggen. Deze kunnen op hun beurt weer aanleiding zijn tot een verslaving.

1. seksueel misbruik in de jeugd (onderschatte factor bij verslaving)
2. specifieke eigen geschiedenis
3. verschillen gezin van herkomst/ milieu
4. partnerkeuze
5. voorkeur seksuele levensstijl
6. etnische cultuur
7. persoonlijkheidskenmerken

Verslaving binnen de vrouwenhulpverlening wordt gezien als functioneel gedrag, coping of overlevingsgedrag, 'lichte en zwaardere vorm'.

- *Lichte vorm*, de vrouw krijgt geen voldoening uit haar relatie(s), durft geen punt te zetten achter iets dat zekerheid geeft. (kinderen, gezin, financiën)
- *Zwaardere vorm*, deze vrouwen hebben vaak een traumatisch verleden.³³

Figuur 4. Functie en toepassing van verslaving bij vrouwen

	Introvert	Extravert
Vermijding	Verdovingsstrategie Verwijzing = vermijden onverdraaglijke = pijnlijke gevoelens veroorzaakt in kindertijd De helft van opgenomen vrouwen heeft een ervaring met seksueel geweld/ misbruik in de jeugd, verwaarlozing, mishandeling. NUT: Drank kan gebruikt worden om niet te hoeven voelen, herinneren.	Roesstrategie, weg te zijn uit alledaagsheid, controle te mogen verliezen, vrolijk en even niet verantwoordelijk te hoeven zijn. NUT: Drank kan gebruikt worden om gewenste gevoelens waar anders weinig ruimte voor is toe te staan om een gevoel van vrijheid te ervaren. Makkelijker in de omgang, en seksuele contacten aan te gaan.
Controle	Aanpassingsstrategie Vrouwen die onvrede hebben met hun huidige situatie maar die het gelaten toestaan. - onbevredigende relatie, maar toch bang om deze kwijt te raken - drank nodig om zich toch aan de rol aan te kunnen passen - kalm te blijven - seks waar ze anders afkeer van hebben te verdragen.	Performance strategie- imago-gevoelig Drank kan gebruikt worden om een houding aan te nemen of een façade op te bouwen in situaties die je eigenlijk te boven gaan. - meedoen met de jongens op het werk - adrem zijn - overkomen als de geëmancipeerde vrouw die alles kan.

Bron: Vrouwen en alcohol (1994)

3.2.3. Medicatieverslaving

Niet alle medicijnen zijn verslavend. Wanneer er gesproken wordt over een medicijnverslaving, betreft het voornamelijk slaap- en kalmeringsmiddelen, ook wel Benzodiazepinen genoemd. Deze middelen hebben een kalmerende werking op de hersenen en kunnen helpen om spanningen en emoties tijdelijk te onderdrukken. Met de nadruk op tijdelijk, want de valkuil is groot om met deze medicatie door te gaan.

In Nederland gebruiken ongeveer één miljoen mensen samen ongeveer 250 miljoen slaap- en kalmeringstabletten (benzodiazepinen) per jaar. Ongeveer 650 duizend mensen gebruiken deze chronisch. Hiervan gebruiken ongeveer 400 duizend mensen langer dan één jaar. Uit cijfers blijkt dat vooral vrouwen tussen de vijfenvijftig en vijfenzeventig jaar onder deze groep vallen. Zij gebruiken twee keer zo vaak als mannen en gedurende een langere aaneengesloten periode. Er zijn vrouwen die soms wel vijftien tot twintig jaar gebruiken. Geschat wordt dat van deze groep, een half miljoen tot 700 duizend mensen, verslaafd zijn aan benzodiazepinen. Daarnaast is één derde van de ouderen boven de vijfenzeventig jaar verslaafd aan deze middelen.^{34 35}

Effecten

Het effect van een middel hangt af van het soort middel, de dosering, wie het middel gebruikt en hoe lang het middel gebruikt wordt. Er zijn middelen die kort en snel werken, maar ook middelen met een langere en langzame werking. Wanneer iemand voor het eerst benzodiazepinen gebruikt wordt hij rustiger. Hierdoor kan men beter (in)slapen, is men minder angstig of verdrietig. Ook wordt men wat suf en onverschillig en kan men zich minder goed concentreren. Omdat het reactievermogen afneemt, wordt deelname aan het verkeer gevaarlijker. Daarnaast wordt de kans, vooral bij ouderen, op vallen groter, omdat de spieren verslappen en de coördinatie minder wordt. Benzodiazepinen dienen niet langer dan twee weken achter elkaar gebruikt te worden. Wanneer men dit wel doet, merkt men de prettige effecten minder en kan het lichaam gewend raken aan het middel. Er treedt lichamelijke gewenning op. Men heeft dus meer nodig voor hetzelfde effect en er kunnen vervelende bijverschijnselen optreden. Na een maand bestaat er al een gevaar voor het ontwikkelen van een verslaving. Wanneer men langer dan twee maanden benzodiazepinen gebruikt, kunnen er nieuwe effecten optreden die niet voorkomen bij kortdurend gebruik. Bij kortdurend gebruik worden onprettige emoties en spanningen onderdrukt, terwijl bij langdurig gebruik alle gevoelens verdoofd raken, dus ook de plezierige. Hierdoor kan men steeds minder genieten, wordt men onverschilliger en heeft men nergens meer zin in. Ook kan het geheugen achteruit gaan. Wanneer men stopt met gebruik kunnen deze effecten weer verdwijnen, maar juist door de toenemende onverschilligheid lijkt het moeilijk om dit besluit tot stoppen te nemen.^{36 37}

Een medicatieverslaving is zowel fysiek als psychisch een zware verslaving. Het is moeilijk om vanaf te komen, vooral omdat er heftige psychische onthoudingsverschijnselen kunnen ontstaan. Deze kenmerken zich door ondraaglijke onrust en heftige angstgevoelens. De afgelopen jaren werden deze medicijnen vrij gemakkelijk voorgeschreven. Hierdoor ontstond de kans tot ongecontroleerd en langdurig gebruik. Sinds een aantal jaren is men zich echter meer bewust geworden van het verslavingsgevaar en wordt een medicatieverslaving algemeen erkend.

Het grootschalige gebruik van benzodiazepinen wordt tegenwoordig als zorglijk ervaren. Deze middelen zijn de meest voorgeschreven middelen in Nederland. Vanwege de hoge overheidskosten en de verslavende effecten heeft minister A. Klink van Volksgezondheid in 2008 besloten dat deze medicijnen vanaf 1 januari 2009 slechts in uitzonderlijke gevallen vergoed zullen worden.³⁸

3.2.4. Combinatie gebruik

Dat alcohol de werking van medicijnen kan beïnvloeden is bekend. Alcohol kan deze werking versterken, verminderen of helemaal wegnemen. Ook kan alcohol de bijwerkingen versterken, zelfs in kleine hoeveelheden. Deze combinatie kan schadelijk zijn voor de gezondheid en gevaar opleveren, bijvoorbeeld bij deelname aan het verkeer. Omdat de meeste medicijnen, net als alcohol afgebroken moeten worden door de lever, wordt dit orgaan extra belast. Hierdoor bestaat de kans dat afbraak- en andere schadelijke stoffen, langer in het lichaam blijven. Wanneer dit gebeurt, kan er een overdosis aan medicijnen ontstaan. Daarnaast kunnen er negatieve effecten optreden, zoals hoofdpijn, misselijkheid, lage bloeddruk en hartkloppingen. Zoals al eerder benoemd kan alcohol in de maag, het maagslijmvlies beschadigen. Ook medicijnen kunnen deze werking hebben. De irritatie van het maagslijmvlies kan dus versterkt worden wanneer alcohol en medicijnen gecombineerd worden.

Wanneer alcohol gebruikt wordt in combinatie met slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) wordt het effect van deze middelen versterkt. Om die reden wordt hier, bij verstrekking van deze middelen, op gewezen door de apotheken. Gecombineerd gebruik kan onder andere leiden tot vermindering van het reactievermogen, sufheid, moeheid, onscherp zien, vergeetachtigheid en depressiviteit.³⁹

3.3. Verslaving onder ouderen

Life-events

Bij de doelgroep ouderen zijn specifieke omstandigheden en levensfasen zichtbaar waar in de behandeling tot op heden weinig rekening mee is gehouden. Door de goede gezondheidszorg in Nederland worden verslaafden ook steeds ouder. Juist omdat deze groep in aantal toeneemt én het alcoholgebruik van deze groep, komt er in de media en onderzoeken steeds meer ruimte voor deze specifieke groep. Deze groep mensen is geboren net voor, tijdens of net na de oorlog, in de jaren dertig tot en met vijftig. Dit betekent dat ze, in vergelijking met andere leeftijdsgroepen meer life-events meemaken. Naast de gezondheidsproblemen, vormen deze levensgebeurtenissen ook een risico voor het ontwikkelen van een verslaving. Het type life-events is afhankelijk van de leeftijdsgroep. Het is vanzelfsprekend dat mensen in de leeftijd van vijfenvijftig tot vijfenzeventig in een andere fase zitten dan mensen van vijfenzeventig. Bij de eerst genoemde groep vinden veranderingen vooral plaats in de sociale omgeving door het einde van de loopbaan en pensionering. Ze verliezen hun rol van werkende in de samenleving, blijven door vertrek van kinderen alleen met partner en kunnen grootouder worden. Bij ouderen tussen de zeventig en tachtig zijn het verlies van partner, ziekte en dood van mensen om hen heen belangrijke life-events. Bij de groep ouderen is sprake van een toegenomen kwetsbaarheid, vooral doordat veel veranderingen in sociale omstandigheden en gezondheid gelijktijdig plaatsvinden. Het overlijden van een partner kan behalve verdriet en rouw ook eenzaamheid of emotionele isolatie met zich meebrengen. Eenzaamheid is dan ook een veelvoorkomend probleem bij deze doelgroep. Door deze eenzaamheid kan er een depressie ontstaan. Deze life-events dragen bij aan de ontwikkeling van psychosomatische en psychiatrische ziekten. Uit onderzoek blijkt dat twintig procent van de gezondheidsproblemen bij ouderen verklaard kan worden door stressvolle life-events, terwijl dat bij (jong)volwassenen maar vijf procent is.⁴⁰

Alcoholverslaving

Uit cijfers uit eerdere paragrafen blijkt dat twintig procent van de alcoholpopulatie bestaat uit mensen van vijfenvijftig en ouder. Hoewel dit slechts het deel is waarvan het probleem bekend is, betekent dit dat één vijfde van deze groep ouder dan vijfenvijftig is. Hoeveel aan alcohol verslaafde ouderen onze samenleving telt is niet bekend. Wel is alcoholverslaving een toenemend probleem. Dit heeft onder andere te maken met de vergrijzing, maar daarnaast blijkt dat ouderen ook meer zijn gaan drinken. Uit een onderzoek in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde blijkt dat het overmatige alcoholgebruik onder oudere mannen, in 2002/'03, 15,7 procent bedroeg, terwijl dat tien jaar eerder nog 11,7 procent was. Dit overmatige gebruik is onder oudere vrouwen nog sterker gestegen, namelijk 19,5 procent ten opzichte van 11,1 procent tien jaar eerder.⁴¹

Medicatieverslaving

Het aantal ouderen, tussen de vijfenvijftig en vijfenzeventig jaar, met een medicatieverslaving is niet bekend, maar wel dat het medicijngebruik onder deze groep groot is. Medicijnen kunnen bij ouderen anders werken dan bij bijvoorbeeld (jong)volwassenen, omdat er veranderingen in het lichaam optreden bij het ouder worden. De maag en de darmen kunnen voedsel en medicijnen minder goed opnemen en de werking van de nieren en de lever wordt minder efficiënt. Omdat deze organen voor de uitscheiding van medicijnen zorgen, kan dit problemen opleveren. Zeker in combinatie met alcohol die ook door de lever afgebroken wordt. Ook nemen gewicht en spiermassa af, wat weer invloed kan hebben op de manier waarop medicijnen in het lichaam opgeslagen worden. Door veranderingen in het oudere lichaam neemt ook het risico op bijwerkingen toe. Omdat ouderen vaak verschillende medicijnen gebruiken omdat ze vaak meerdere aandoeningen hebben, kunnen de bijwerkingen ook toenemen.⁴² Naast de lichamelijke veranderingen, vinden er ook veranderingen plaats in het slaappatroon van ouderen. De meeste ouderen hebben geen moeite met inslapen, maar wel met doorslapen. Vaak worden ze meerdere keren per nacht wakker, waardoor het gevoel ontstaat dat ze slaap tekort komen. Helaas worden deze verschijnselen als afwijkend en problematisch gezien en worden ze vaak behandeld met benzodiazepinen. Ondanks de risico's die deze medicijnen met zich meebrengen, gebruikt tien tot vijftien procent van de ouderen de middelen langer dan drie maanden.⁴³

Ook binnen de verslavingszorg wordt deze groep steeds zichtbaarder, waardoor het belang van kennis over deze groep en de gezondheidsrisico's toeneemt.

3.4. Behandelmethoden binnen de verslavingszorg

De volgende beschreven behandelmethoden komen uit literatuur met betrekking tot alcoholverslaving. In de loop van de jaren is echter gebleken dat deze methoden tevens toepasbaar zijn voor andere vormen van verslaving. Zo ook voor medicatieverslaving. In onderstaande paragrafen zullen we veelal ingaan op alcoholverslaving.

3.4.1 Systeem

De meeste alcoholisten zijn volwassen mannen. Er zijn vele effecten bekend die alcohol misbruik heeft op een relatie of partner. Een aantal voorbeelden:

- Spanningen tussen partners
- Gezondheidsproblemen
- Financiële moeilijkheden
- Stoornissen op werk en in relatie tot systeem

Naast de problemen die het alcoholmisbruik oplevert binnen een relatie of die de partner ervaart, zijn kinderen van alcoholisten een grote risicogroep. Deze kinderen hebben vaak last van ontwikkelings-, leer- en opvoedingsstoornissen. Daarnaast lopen de kinderen van alcoholische ouders een verhoogd risico op seksueel misbruik en mishandeling. Wanneer deze kinderen volwassen worden lopen zij tevens een verhoogd risico om zelf alcoholist te worden of met een alcoholist te trouwen. Door de ervaringen die kinderen van een alcoholische ouder hebben opgedaan tijdens hun jeugd is er een kans op ontwikkeling van Post- Traumatische Stress- Stoornis, gepaard gaande met symptomen als, angst, nachtmerries en slaapstoornissen. Vanaf de jaren tachtig is er meer een relatie gelegd tussen overmatig drinken en het disfunctioneren van het gezin.⁴⁵

Relatietherapie

Richt zich specifiek op indicatie en contra- indicatiegebieden, aparte relatiedynamische theorieën en technieken. Het is onder te verdelen in drie hoofdstromingen. *Psychoanalytische (1)*, *gedragstherapeutische (2)* en *systeemtheoretische relatietherapie(3)*. Er is sprake van een vierde stroming, ervaringsgerichte relatietherapie, maar die wordt minder gebruikt als de drie voorgaande stromingen. Het belangrijkste van relatietherapie is dat de behandeling niet draait om het individu (alcoholist/ partner), maar om de interacties en onderlinge verhouding tussen de partners.

Psychoanalytische beschouwing (1)

De psychoanalyse ontwikkeld door Freud, is een theoretisch model waar gedrag door middel van neurologische conflicten verklaard kan worden. Freud gaat ervan uit dat gedrag het resultaat is van genetische aanleg en de directe omgeving gedurende de eerste zes levensjaren van een mens. Freud richtte zich veel op het individu ondanks de erkenning dat veel van het gedrag te weerleggen is in relatie met de omgeving. Rond de jaren tachtig was er een evolutie rond de psychoanalytische theorievorming die ervoor gezorgd heeft dat deze in drie stadia onder te verdelen is;

- De ontwikkeling van driften: bij psychische klachten en symptomen wordt er meer gekeken naar de conflicten, angsten afweervormen en met name de rol van de seksuele en agressieve drift die ontstonden bij een onbewust conflict
- De ontwikkeling van het Ego: (ontwikkeling van de ik- functies en Super- ego bij het hanteren van de driften) de nadruk ligt op de afweervormen van de Ik- functies en de kwaliteiten van het Super- ego
- Objectrelaties: primaire relatie staat hierin centraal. Bijvoorbeeld de moeder- ik relatie, ontwikkeling van het Zelf en de vroege vorming van de psychische structuur.

De psychoanalyse gerelateerd aan alcoholisten laat zien, dat vaak de ontwikkeling vroegtijdig verstoord is en dat het hanteren van conflicten of een stabiele persoonlijkheid nu net zwakke punten zijn die bij een alcoholist minder zijn of ontbreken. Het laatste zorgt ervoor dat alcoholisme vaak gemoeid is met een persoonlijkheidsproblematiek of andere dubbele diagnose. In de laatste stadia heeft men vaak met onderlinge relaties te maken en oude rolpatronen. Persoonlijke conflicten worden op elkaar geprojecteerd en op een vervelende manier geuit.⁴⁶

Gedragstherapeutische beschouwing (2)

Het behaviorisme heeft net als de psychoanalyse vele ontwikkelingen doorgemaakt. In voorgaande jaren werd het overmatig drinken verklaard met de leertheorieën als klassieke en operante conditionering (stimulus & respons). In de hedendaagse visie van de gedragtherapie ligt de nadruk meer op de interactie van cognitieve en omgevingsdeterminanten. In eerste instantie lag de nadruk van de behandeling van gedragstherapeuten op het individu. Later zag je een verschuiving en werd de partner er ook bij betrokken. Gedragstherapeuten beschouwen overmatig drinken als een aangeleerde, onaangepaste gewoonte die tot stand is gekomen/ gehouden door leerprocessen. Elk leerproces is een aangeleerde menselijke gewoonte zo ook het overmatig drinken. In de latere jaren werd er stil gestaan bij de term *Modeling*, waarbij de directe, indirecte omgeving (gezin, vrienden) een grote rol speelt in het aangeleerde gedrag.⁴⁷

De partners van alcoholisten kunnen dus het drinkgedrag beïnvloeden of het juist in stand houden, vaak onbewust. Bijvoorbeeld een echtelijke ruzie of andere reacties van de partner kunnen aanzetten tot drinkgedrag of dit zelfs bekrachtigen. Een bekrachtigingsprincipe vanuit de operante conditioneringtheorie.

- De partner geeft géén bekrachtiging op het positieve niet- drinkgedrag omdat de aandacht alleen maar gefocust is op het controleren en veranderen van het drinkgedrag van de echtgenoot
- De partner biedt de echtgenoot tijdens een hevige drinkperiode, financiële, emotionele en positieve bekrachtiging
- De echtgenoot reageert op de verwijten van de partner door overmatig alcoholgebruik en beschouwt het gedrag van de partner alleen maar aanstootgevend voor het drinkgedrag.

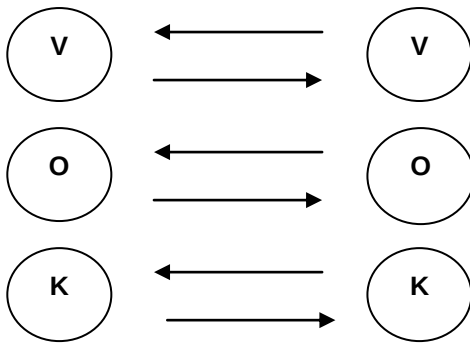
Er wordt gewerkt vanuit drie fasen.

1. Er wordt inzicht gegeven in de alcoholproblematiek
2. Relatietherapie, hierbij draait het om communicatietraining en contractbehandeling
3. Verdere resocialisatie en overige relationele netwerken verbeteren.

Een theorie die goed op deze fasen aansluit is de *transactionele analyse*. Deze persoonlijkheidstheorie annex systematische psychotherapie zou de persoonlijke groei en persoonlijke verandering bevorderen. De transactionele analyse gaat uit van een aantal toepassingsmogelijkheden.

- Persoonlijkheidstheorie => driedelige ego- toestanden/ OVK (ouder, volwassen, kind) - model
Hier gaat men uit van gedragingen, gedachten en gevoelens. Een mens heeft de beschikking over drie ego- toestanden en kan op bepaalde momenten een deel van de persoonlijkheid laten zien. Het is belangrijk om de persoonlijkheid congruent te laten zijn met de gedragingen, gedachten en gevoelens op dat moment. Een transactionele prikkel roept om een transactionele respons. De transactionele analyse besteedt aandacht aan deze bewustwording en mogelijke verandering.
 - a. V = Volwassen ego- toestand (gedragingen, gedachten en gevoelens die een directe respons zijn op het hier en nu als volwassene)
 - b. O = Ouder ego- toestand (gedragingen, gedachten en gevoelens overgenomen van ouders of ouderfiguren)
 - c. K = Kind ego- toestand (gedragingen, gedachten en gevoelens vanuit de kinderjaren herhaald)

Figuur 5. OVK- model complementaire transactie



Bron: Transactionele analyse, het handboek voor persoonlijk en professioneel gebruik (1996)

Communicatie verloopt via transacties. Het begint met een prikkel/stimulus die beantwoord wordt met een respons. Deze transacties worden gecreëerd door de volgende punten die belangrijk zijn bij communicatie en die soms ook voor de nodige misverstanden kunnen zorgen;

- Communicatietheorie, het uitwisselen van een *strook*, of een eenheid van erkenning. Tijdens deze uitwisseling kan er een hoop mis gaan, waardoor er misverstanden in de communicatie kunnen ontstaan. Strooks kunnen ook het gedrag bekrachtigen. Strooks zijn onder te verdelen in drie soorten.
 1. Verbaal of non- verbaal, gesprek of lichaamstaal.
 2. Positief of negatief, positief als de ontvanger de strook als prettig ervaart, negatief als de strook pijnlijk ervaren wordt.
 3. Voorwaardelijke of onvoorwaardelijk, voorwaardelijk heeft betrekking op wat u doet, onvoorwaardelijk heeft betrekking op wie u bent.

Ieder individu schrijft een levensscript in zijn vroege kinderjaren dat als levensplan gezien kan worden. Men neemt beslissingen om een einddoel (pay- off) na te streven. Dit script wordt beïnvloed door ouders en omgeving. Het doel van een script ligt in de volgende twee elementen;

- De beslissingen staan voor een strategie van een kind dat moet overleven in een wereld die vijandig en soms levensbedreigend lijkt te zijn. In de beginvorming van het script, zal het kind ervaren dat die kwetsbaar is op meerdere gebieden en meerdere malen de 'macht' verliest. Denk hierbij aan de komst van een nieuw broertje/ zusje binnen het gezin, de aandacht/ liefde van de ouders wordt gedeeld. Een kind leert op jonge leeftijd te 'overleven'.
- Beslissingen worden genomen op basis van de emoties en werkelijkheidsonderzoek van een kind. Ervaringen die een kind opdoet gedurende zijn kinderjaren roepen emoties op die gebaseerd zijn op de bijbehorende leeftijd. Wanneer een moeder moet werken en er komt een oppas, kan het kind denken dat het werk van zijn moeder belangrijker is dan het kind zelf. Wanneer dit vaak genoeg gebeurt kan dit gevolgen hebben voor het kind. Het kan gaan denken dat die niet belangrijk genoeg is, waardoor de eigenwaarde afneemt. Gebeurtenissen die in de jeugd jaren ervaren zijn, kunnen op latere leeftijd nog doorwerken en de volwassene beïnvloeden of hinderen in het dagelijks functioneren of bij het aangaan van relaties.
- Levensscript, een levensverhaal dat bedacht is tijdens de kinderjaren en afgerond is rond het zevende levensjaar. Rond de adolescenten periode is er een mogelijkheid om het te herschrijven. Een script/ levensverhaal is wat de persoon in zijn vroege kinderjaren van plan was te doen, en de levensloop is wat er in werkelijkheid gebeurt. Er zijn vier factoren die de levensloop beïnvloeden.
 1. Erfelijkheid
 2. Externe gebeurtenissen
 3. Script
 4. Autonome besluiten
 Het kan duidelijkheid geven over hoe iemand door bepaald gedrag of een patroon in de problemen raakt.

Een paar andere onderdelen van de transactionele analyse zijn de *miskenningsmatrix* en de *dramadriehoek* om meer inzicht te krijgen in het eigen gedrag en hoe deze te veranderen.

*Figuur 6. Miskenningsmatrix**

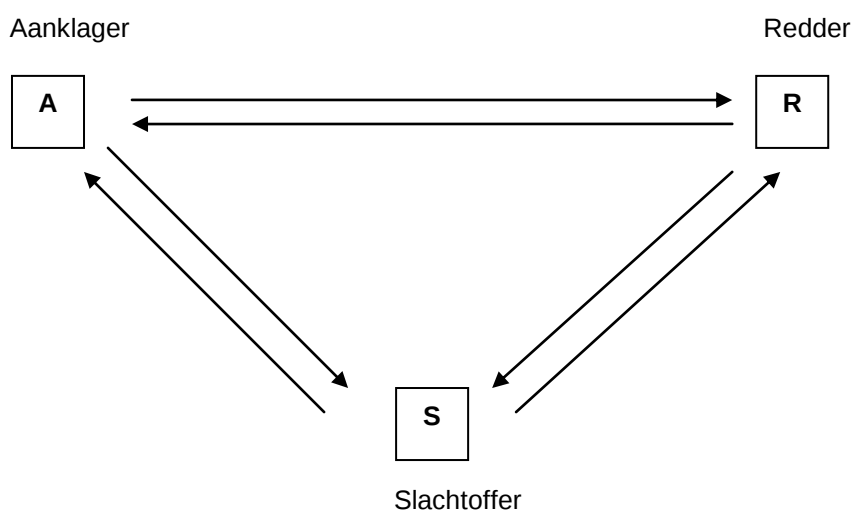
* De aanduiding B staat voor behandelfase

	B1	B2	B3
BESTAAN	Bestaan van prikkels	Bestaan van problemen	Bestaan van opties
BETEKENIS	B2 Betekenis van prikkels	B3 Betekenis van problemen	B4 Betekenis van opties
VERANDERBAAR- HEID	B3 Veranderbaarheid van prikkels	B4 Oplosbaarheid van problemen	B5 Uitvoerbaarheid van opties
EIGEN CAPACITEIT	B4 Eigen capaciteit om anders op prikkels te reageren	B5 Eigen capaciteit om problemen op te lossen	B6 Eigen capaciteit om opties toe te passen

Bron: *Transactionele analyse, het handboek voor persoonlijk en professioneel gebruik* (1996)

De matrix heeft drie kolommen voor drie typen van miskennen, en vier rijen voor de vier niveaus. De aanduiding om elk van de twaalf vierkantjes geeft de combinatie van type en niveau aan.

Figuur 7. Dramadriehoek



Bron: *Transactionele analyse, het handboek voor persoonlijk en professioneel gebruik* (1996)

- Aanklager: Iemand die andere mensen naar beneden haalt en kleineert. Deze persoon beschouwt anderen als minderwaardig en niet oké.
- Redder: Ziet anderen als niet oké en minderwaardig, maar een redder reageert door hulp te bieden vanuit zijn superieure positie.
- Slachtoffer: Ziet zichzelf als minderwaardig en niet oké. Iemand die in deze rol zit zal de ene keer gered willen worden en de andere keer gekleineerd worden om erkenning te krijgen voor zijn eigen denkbeeld.⁴⁸

Theoretische uitgangspunten van huwelijksrelaties en relatieconflicten vastgelegd in psychoanalytische partnerrelatietherapie. (PAI- Rapport 1982)

- Mensen met huwelijksproblemen worden ondanks ogenschijnlijke tegenstellingen, gezien als meer overeenkomstig dan verschillend wat betreft hun innerlijke conflicten.
- De persoon die de probleemeigenaar is, is vaak de drager van afgesplitste, ongeaccepteerde impulsen van de partner.
- Het huwelijk en de daaruit voortvloeiende onderlinge conflicten zijn pogingen tot reparatie en tot oplossing van individuele innerlijke conflicten.

In een relatie waar alcoholmisbruik speelt, heeft de niet drinkende partner ook een rol. Het merendeel van de alcoholverslaafden is mannelijk en kan dus te maken hebben met een vrouwelijke partner. Het referentiekader van de vrouw heeft betrekking op de relatie tijdens het alcoholgebruik van de man. Door een gestoorde relatie tussen ouder en kind bij deze vrouwen, kunnen deze vrouwen zich sterk aangetrokken voelen tot mannen met een alcoholproblematiek. Deze vrouwen hebben vaak zelf psychiatrische problemen. Door hun achtergrond, voedt de relatie hun problematiek. Kort gezegd; ze houden de relatie in stand, omdat het hen ook iets oplevert.

Deze vrouwen kunnen worden onderverdeeld in vier categorieën;

Type 1. *Suffering Susan*

Het straffen van zichzelf (masochisme) staat bij dit type centraal. En het aangaan van een relatie met een alcoholist maakt dit plaatje compleet en bevestigt haar gedachten.

Type 2. *Controlling Catherine*

Wantrouwt eigenlijk mannen, maar gaat toch een relatie aan met een 'zwakke' alcoholist waar zij macht over uit kan voeren en de regie in handen heeft en het risico verkleint door zelf gekwetst te worden door hem. Vaak gaat dit verdedigen van het eigen wantrouwen onbewust.

Type 3. *Wavering Winifred*

Trachten zichzelf onbewust te beschermen tegen haar eigen zeer lage zelfwaardering door een relatie aan te gaan met een inadequate functionerende man, zodat zij zichzelf belangrijk en sterk kan voelen ondanks haar eigen onzekerheden en/of problemen.

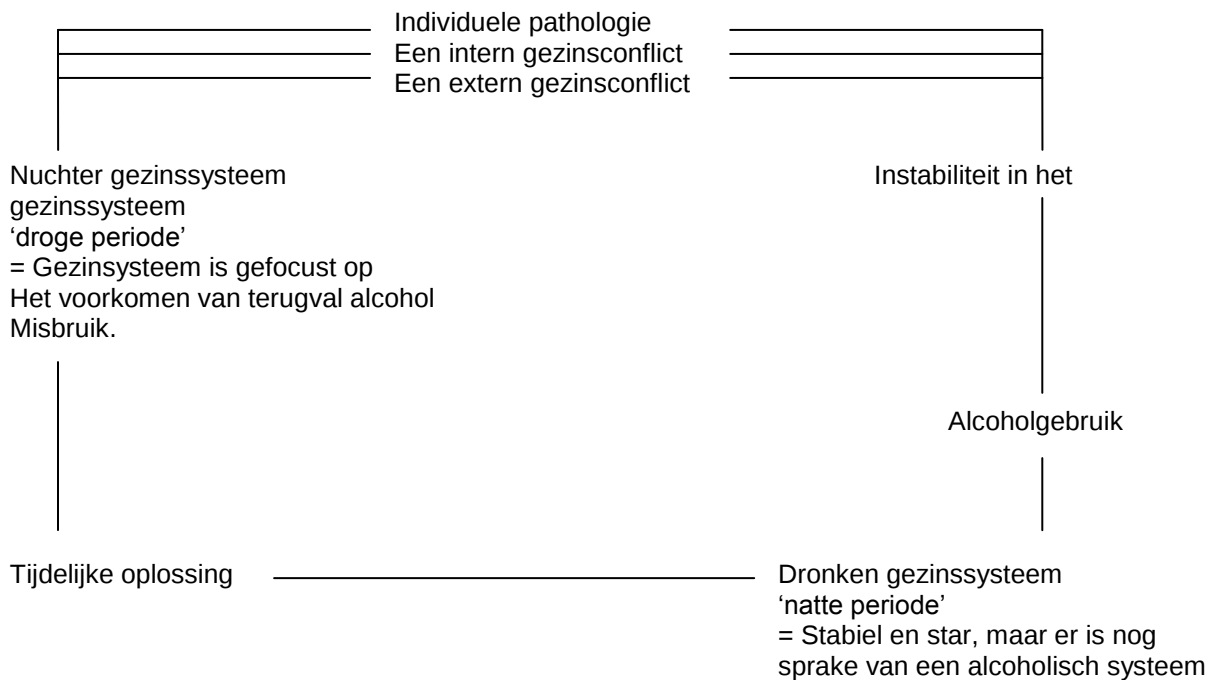
Type 4. *Punitive Polly*.

Vaak een vrouw die werkt/ambities heeft en daarbij de behoefte heeft om te wedijveren met mannen, hen te verslaan en te straffen. Volgens deze argumenten gaat zij een relatie aan met een alcoholist.⁴⁹

Systeemtheoretische beschouwing (3)

Hierbij wordt niet vanuit de individuele alcoholist gewerkt, maar vanuit het belangrijkste relationele netwerk waarbinnen het excessief drinken is ontstaan en waar het ook in stand wordt gehouden. Bijvoorbeeld het gezin. Vaak heeft een verandering invloed op het hele gezin, het hangt er vanaf hoe de draagkracht van een gezin is om hierop te anticiperen, betrokkenheid en welke invloed het heeft op een individueel gezinslid. Schematisch weergegeven ziet de interactie/invloeden van een gezin er zo uit.

Figuur 8. Onderlinge verhouding en instandhouding probleem of ontstaan, homeostatisch model



Bron: Alcoholisten en hun partners (1993)

Systeemtheoretische gezins- en relatietherapie

- *Structurele systeemmodel:* Het doel is beweging op gang te brengen in het gezinssysteem, waardoor de verstarring in de gezinshomeostase doorbroken kan worden.
 1. Actualiseren van de transactiepatronen in het gezin
 2. Het markeren van grenzen
 3. stressversterking
 4. het geven van opdrachten
 5. het gebruik van het symptoom om het gezin te veranderen
 6. het manipuleren van de stemming
 7. steunen, opvoeden en leiding geven
- *Strategische systeemmodel:* Therapeuten gaan uit van een aantal strategische stromingen die zich richten op inhoudsaspect of betrektingsaspect van het menselijke interactiepatroon.
 1. Een gedragsstoornis wordt door actuele gedragsreeksen (sequenties) in stand gehouden
 2. Communicatieprocessen zorgen voor een goed georganiseerd verloop van interacties in gezinssystemen
 3. Symptomen worden opgevat als signalen, die verbanden en onderlinge relaties houden de situatie in stand
 4. Sequenties (DNA-, RNA- molecuul of volgorde aminozuren) die de stoornis in stand houden op te sporen, te blokkeren of te kanaliseren.
 5. Interventies zijn symptoomgericht
- *Cybernetische systeemmodel:* De therapeut wordt opgenomen in het gezinssysteem en laat het systeem op een afstand naar de situatie kijken. Hij stimuleert het gezinssysteem om onafhankelijk een mening te ontwikkelen en deze uit te spreken. Er wordt gekeken naar verantwoordelijkheid en de functie, wie is de probleemeigenaar.⁵⁰

3.4.2. Motiverende gespreksvoering

Doel motiverende gespreksvoering: Mensen voorbereiden op verandering.

De verslavingszorg werkt veel met motiverende gespreksvoering. Bij verslaafden gaat het om het doorbreken van een gedragspatroon, definitie: *'motiverende gespreksvoering is als een cliëntgerichte, directieve methode om te bevorderen dat de cliënt intrinsiek gemotiveerd wordt tot verandering, door ambivalentie te verkennen en op te lossen.'*⁵¹

Er wordt ingespeeld op een aantal dingen.

- *Verandertaal*: Weerstand zal aan de hand van verandertaal beetje bij beetje afnemen, dit heeft te maken met de bejegening van de hulpverlener.
- Directieve, confronterende manier => weerstand stijgt.
- Reflectieve, ondersteunende manier/ empathisch => weerstand daalt en verandertaal treedt op.

- *Gereedheid, bereidheid en vermogen*: (of klaar zijn, willen en kunnen)
- Willen => belang van verandering, toestand(dit moment) en doel (toekomst)
- Kunnen => vertrouwen in verandering, methoden zoeken voor veranderen.
- Klaar => kwestie van prioriteiten stellen.⁵²

Figuur 9. Beslissingsbalans afwegen van kosten en baten

Kosten van status Quo (bestaande toestand)
Voordelen van verandering



Kosten van verandering
Voordelen van status Quo (bestaande toestand)

Bron: Motiverende gespreksvoering (2005)

Bij motiverende gespreksvoering wordt door de hulpverlener niet onderwezen hoe de dingen gedaan moeten worden, maar zal de cliënt uitgelokt worden om na te gaan denken wat er in hem/ haar speelt en waar die de motivatie vandaan kan halen. Daarnaast wordt de verantwoordelijkheid van veranderen bij de cliënt gelegd, respect voor de autonomie van de cliënt. Het doel hiervan is om de innerlijke motivatie bij de cliënt te vergroten, zodat de verandering van binnenuit zal ontstaan en niet wordt opgelegd door bijvoorbeeld een hulpverlener. Daardoor wordt het voor een cliënt meer eigen en kan die daar ook meerwaarde uit halen om gemotiveerd te blijven en te weten waar die het allemaal voor doet. Om wat meer inzicht te geven in de uitwerking van de motiverende gespreksvoering en een andere tegenovergestelde methode:

Coöperatie	vs	Confrontatie
Evocatie (uitlokken)	vs	Educatie
Autonomie	vs	Autoriteit

Er zijn 4 algemene principes die de motiverende gespreksvoering volgen.

1. Druk empathie uit

Dit houdt in dat de hulpverlener zonder oordeel, kritisch, beschuldigend luistert, maar meer reflectief. Het gaat hier in het bijzonder om de aanvaarding en het begrijpen over hetgeen wat de cliënt vertelt.

2. Ontwikkel discrepantie

Huidig gedrag inzien (belang ervan) en de ruimere doelen en waarden in de toekomst. Cliënt moet argumenten voor verandering aandragen en niet de hulpverlener.

3. Beweeg mee met weerstand

Hierbij draait het om respect hebben voor het individu en het vermijden van discussies. Nieuwe perspectieven uitlokken, maar niet opleggen. Teruggeven en spiegelen van probleem.

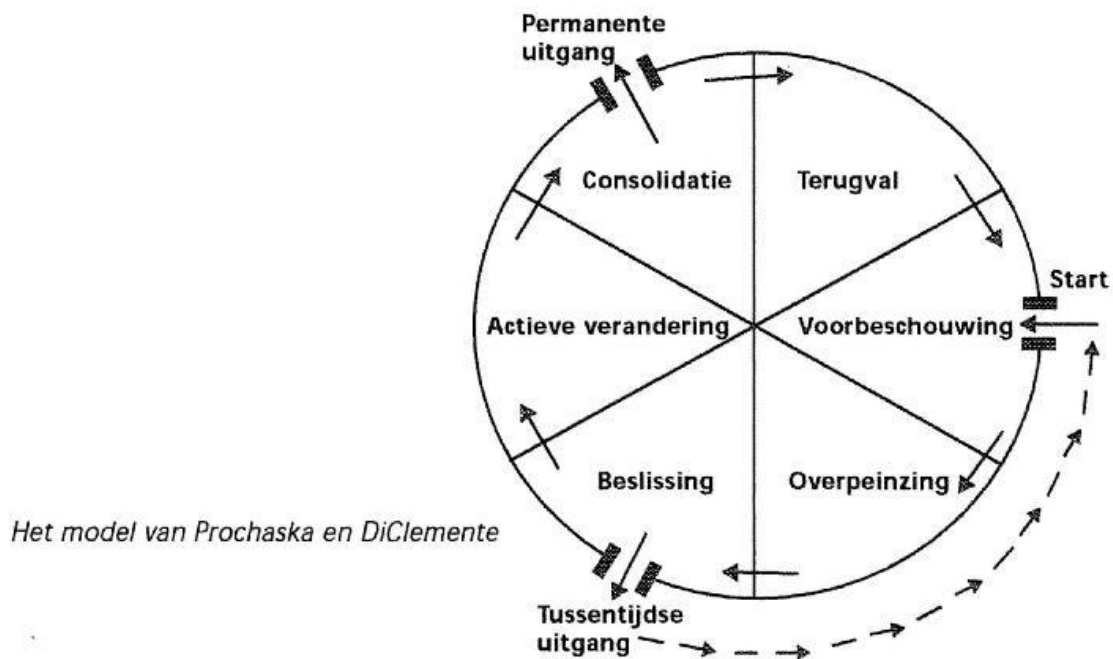
4. Ondersteun persoonlijke effectiviteit

Cliënt zelf laten geloven in de verandering, eigen vermogen om te veranderen, cliënt is verantwoordelijk voor kiezen en uitvoeren van veranderingen en niet de hulpverlener.

Het is belangrijk om belang en vertrouwen in de verandering van de cliënt te toetsen of uit te lokken tot een hoger doel. Aan de hand van een schaal van 0-10 kan dit bewerkstelligd worden. En het stellen van open vragen is hier belangrijk. Als men laag scoort op de schaal kan er gevraagd worden, 'hoe kan je het tot een hoger getal maken?' of wat heb je daar nog voor nodig? Door de vraag open te stellen wordt de cliënt uitgenodigd om na te denken over zijn eigen motivatie en hoe deze te optimaliseren.⁵³

Wat naast de schaal gebruikt wordt is het Transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente om na te gaan waar iemand zit in zijn veranderproces.

Figuur 10. Transtheoretisch model Prochaska en DiClemente



Bron: <http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/images/Dubbele%20Diagnose/Figuur%204kl.JPG>

Het Transtheoretische model, ook wel *stages of change model* genoemd, laat zien in welke mate mensen gemotiveerd zijn om hun verslavingsgedrag te veranderen en binnen welke termijn. Zoals u kunt zien bestaat het model uit verschillende stadia. Elke stadium geeft een gedragsverandering weer.

De fase van voorbeschouwing: men is er zich nog niet bewust van dat er een probleem is. Om die reden bestaat er geen overweging tot het veranderen van het gedrag.

De fase van overpeinzing: in deze fase is men zich bewust van het probleem en weegt men voor- en nadelen af om het gedrag te veranderen.

De fase van voorbereiding: men neemt zich voor om op korte termijn (binnen een maand) wat aan het gedrag te veranderen.

De actiefase: dit is de fase waarin het nieuwe gedrag zichtbaar is.

De fase van gedragsbehoud: in de fase van gedragsbehoud, heeft men het nieuwe gedrag volgehouden gedurende zes maanden.

Lukt het niet om het nieuwe gedrag vol te houden, dan valt men terug naar een eerdere fase. Men kan overigens op elk moment het model binnenkomen of uitgaan.

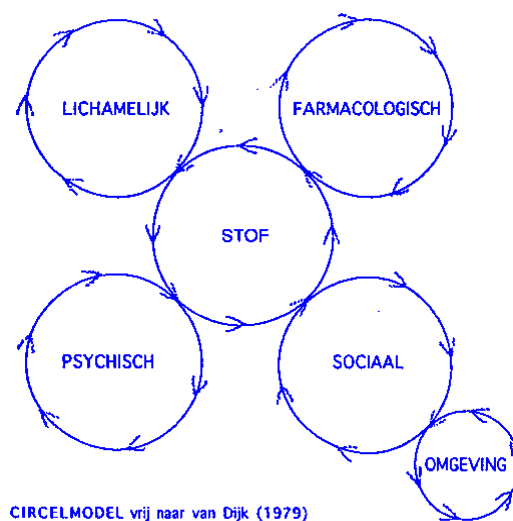
Het model richt zich niet alleen op de verschillende fasen, maar ook op de processen die zich binnen de fasen afspelen. De processen, die niet zijn opgenomen in het model, zijn namelijk specifiek voor elke fase van verandering. Op die manier kan per individu, of per populatie gekeken worden naar passende interventies. Er kan dan rekening gehouden worden met het tempo van het individu of groep, maar ook met de verschillende behoeften en omstandigheden. Het is dus belangrijk dat er gekeken wordt naar de motivatie van de doelgroep, naar de mensen die zich in verschillende stadia kunnen bevinden en dat er interventies georganiseerd worden waarmee mensen van de ene in de volgende fase komen.⁵⁴

3.4.3. Cirkels van Van Dijk

De cirkels van Van Dijk is een model samengesteld door Prof. Van Dijk. De uitleg van deze cirkels is als volgt.

In het midden is de cirkel van de stof of handeling waar men aan verslaafd is of dreigt te raken. Daaromheen staan een aantal andere cirkels afgebeeld die invloed hebben of beïnvloed worden door de stof of handeling in het midden. Deze kunnen *lichamelijk*, *farmacologisch*, *psychisch* of *sociaal* zijn. De sociale cirkel heeft echter nog een extra aanvulling en dat is het proces wat zich in de *omgeving* kan afspelen.

Figuur 11. Cirkelmodel van Dijk



Bron: http://www.vansanten.com/projectaadoc/cirkels/de%20cirkels%20van%20van%20dijk%2001_%20inhoudsopgave.htm

De lichamelijke cirkel

Het draait hierbij om de lichamelijke klachten, ziekten die de gebruiker zal ervaren na (langdurig) gebruik van alcohol/ medicatie. Het gebruik dat steeds meer toeneemt naarmate men afhankelijk raakt aan de stof, zorgt ervoor dat de schijf begint te draaien. Wanneer de lichamelijke cirkel begint te draaien, zal de stof cirkel meedraaien. Er is immers meer stof nodig om de lichamelijke klachten, ziekten niet te ervaren. Door kritisch stil te staan bij het leefpatroon dat wellicht de oorzaak is van de lichamelijke klachten, kan de cirkel doorbroken worden. Vaak is het gemak of snellere oplossing het duiveltje wat aanzet tot opnieuw gebruiken.

De farmacologische cirkel

In deze cirkel draait het om de verschijnselen zoals, tolerantie, abstinente en controleverlies. Wat voor invloed heeft het middel (alcohol, medicatie) op de functies van het lichaam. Wanneer er een poging gedaan wordt tot afkicken is er een moment waarbij het zal draaien om controle. Er is sprake van controleverlies wanneer het eigen handelen niet meer in de hand gehouden kan worden. Bijvoorbeeld, één biertje geeft niet meer het beoogde effect, dus wordt er overgegaan op nog een biertje. De tolerantie neemt dus toe. Het lichaam anticipeert hierop en krijgt op een gegeven moment 'honger' – craving, en meer behoefte voor het nemen van het middel. Het lichaam bereidt zich bij kleine hoeveelheden dus gelijk voor op een grote hoeveelheid. Dit kan leiden tot controleverlies van het lichaam. Het heeft te maken met conditionering. Wanneer bepaalde factoren aanwezig zijn tijdens het gebruik, zullen deze in de psyche gelijk kunnen leiden tot de koppeling naar het willen gebruiken wanneer men niet meer gebruikt. Er worden in het geval van alcohol en medicatieverslaving compensatiemechanismen aangemaakt en ontwikkeld om de gewenste effecten te bereiken. De cirkel begint steeds harder te draaien en houdt voorgaande cirkels ook draaiende.

De psychische cirkel

Deze cirkel is eigenlijk te verdelen in twee cirkels. Een psychiatrische en een psychologische.

Psychiatrische cirkel

De psychotrope stoffen kunnen leiden tot psychiatrische ziektebeelden. Alcohol kan angststoornissen, depressies en psychotische verschijnselen uitlokken, medicatie depressies. In de meeste gevallen is het voor een gebruiker niet duidelijk dat deze verschijnselen het gevolg zijn van hun gebruik. Meestal geven zij deze verschijnselen de schuld en worden ze als aanleiding gebruikt om juist te gaan gebruiken. Een behandelaar kan dan iets uitschrijven voor de verschijnselen, maar die zullen blijven bestaan tijdens het gebruik van alcohol, medicatie. De verschijnselen houden het gebruik dus in stand en de cirkel blijft omgekeerd draaien. Naast deze verschijnselen zijn er de biologische, fysiologische verschijnselen die optreden wanneer men langdurig gebruikt. Alcohol heeft bijvoorbeeld invloed op het slaapritme. Alcoholgebruik heeft invloed op de REM (Rapid Eye Movement) die afneemt en de SWS (Slow Wave Sleep) die toeneemt. Tijdens de REM fase wordt er gedroomd. Tijdens het dromen worden vaak gebeurtenissen verwerkt en geordend. Er wordt gesuggereerd dat het afnemen van informatieverwerking bij gebruikers hierop berust. In de afkickperiode proberen de hersenen de schade als het ware in te halen. De heftige dromen en nachtmerries nemen toe. Na ongeveer drie maanden afkick zou de REM slaap weer hersteld zijn. De SWS is echter langer verminderd in zijn functie. Dit zou één tot twee jaar duren voordat deze weer hersteld is. De inmiddels ex- gebruiker kan dan nog last hebben van inslaapstoornissen of onrustig slapen.

Psychologische cirkel

Deze cirkel heeft te maken met het zelfbeeld, schuld en schaamte. Alcoholisten hebben vaak een streng beeld over alcoholisten. Het zijn slappelingen, asociale mensen enz. Vaak meten zij zich daaraan en ontkennen dat ze alcoholist zijn. Waardoor ze uiteindelijk hun gebruik proberen te camoufleren tot het moment komt dat dit niet meer kan. Dan komen de gevoelens van schuld en schaamte die ook weer kunnen aanzetten tot toename van het gebruik.

De sociale cirkel

Het gebruik leidt tot problemen op het werk, in het gezin, justitie door toename van agressiviteit en bij medicatie vermindering van de emotionele contacten.

Alcoholgebruik kan gestimuleerd worden doordat het door bepaalde beroepen als een gewenst rolpatroon gezien wordt. Werk/ sociale druk kan lichamelijke gevolgen(oververmoeidheid, spanningen, relatieproblemen) opleveren en door hier minder bij stil te hoeven staan, kan er alcohol gebruikt worden om dit 'probleem' te verhelpen. Bij mannen zie je op een gegeven moment een verschuiving plaatsvinden. Zij zoeken een gepaste omgeving, groep mensen die bij het gebruik passen. Dit omdat hun eigen gebruik op een zeker moment begint af te wijken van hun eerdere omgeving, bij een beginnend alcoholprobleem. De bijkomende problemen nemen echter steeds meer toe, wat uiteindelijk een breuk in bepaalde sociale contacten kan betekenen, zoals een scheiding. Bij de aanpak van een alcoholprobleem is het dus heel belangrijk om de omgeving van de gebruiker erbij te betrekken. De gebruiker moet zich ervan bewust zijn dat de strijd veel voor eigen verantwoording is, maar dat hij er ook hulp bij kan krijgen.

De cirkel van de omgeving

Hierbij gaat het om de personen (partner, echtgenoot) die het dichtst bij de gebruiker staan. Zij kunnen de problematiek in stand houden van de gebruiker door bijvoorbeeld, ontkenning van het patroon. De partner kan macht uitoefenen of zorgen voor de gebruiker. Ook partners zullen dus bij de aanpak van een alcoholprobleem hun gedrag moeten gaan veranderen wil er wat gebeuren. Hierbij spelen de communicatie en de interactie een grote rol, oftewel de transactionele analyse.⁵⁵

3.4.4. Leefstijltraining

De leefstijltraining is opgebouwd van één tot en met vier. Leefstijltraining één en twee zijn gefocust op het individu en drie en vier zijn meer gericht op het werken met een groep. Er zijn een aantal onderwerpen die aan bod komen tijdens de training.

- Wat is de functie van het middel (alcohol, medicatie)
- Er wordt een balans opgemaakt. Welke positieve en negatieve gevolgen heeft het misbruik op het leven, psychische of lichamelijke gesteldheid van de cliënt. Daarna moet de cliënt nagaan of die iets wil veranderen en hoe die dat wil aanpakken.
- Risicosituaties worden besproken. Welke situaties kunnen voor verleiding zorgen en met welke gevolgen. Daarnaast wordt er stil gestaan bij hunkering (craving) naar het middel.
- Er wordt een noodplan opgesteld als preventie voor een mogelijke terugval. Persoonlijke actiepunten worden hierbij opgesteld en de daaropvolgende maatregelen.
- Evaluatie van de successen en tegenvallers.^{56 57}

3.5. Onderzoek naar behandeling voor verslaafde ouderen

In Nederland zijn onderzoeken naar ouderen en middelengebruik in opkomst. Omdat er is gebleken dat het aantal drinkende en medicatiegebruikende ouderen stijgt, springt de verslavingszorg daarop in. Ook gezien de toenemende vergrijzing lijkt deze groep steeds meer apart benoemd en onderzocht te worden. Veel onderzoeken geven in aantallen weer hoeveel ouderen problematisch gebruiken en hoe dat nu is ten opzichte van bijvoorbeeld een jaar geleden. Naar de verslavingsproblematiek en behandelinterventies die specifiek gericht zijn op ouderen, is tot op heden minder onderzoek gedaan.

Het IVO (Instituut Voor Onderzoek) is een wetenschappelijk bureau voor onderzoek, expertise en advies op het gebied van leefwijzen, verslaving en daaraan gerelateerde maatschappelijke ontwikkelingen.⁵⁸ Omdat overmatig gebruik onder ouderen een groot risico vormt voor hun gezondheid, lijkt vroegtijdige herkenning en interventie nuttig. In samenwerking met PVA (Partnerschap Vroegsignalering Alcohol) voert het IVO een onderzoek uit naar de signalering en herkenning van verslaving bij ouderen voor de eerstelijns zorg. Omdat hier volgens hen in de huidige programma's te weinig specifieke aandachtspunten voor zijn, wordt er naar aanleiding van dit onderzoek een protocol ontworpen voor herkenning en behandeling van alcoholproblematiek onder ouderen in de eerstelijns zorg.

Centrum Maliebaan, een instelling voor verslavingspsychiatrie in de provincie Utrecht, loopt in Nederland voorop als het gaat om specifieke behandeling voor verslaafde ouderen. Omdat de diagnostiek en de behandeling van alcoholisme bij ouderen volgens hen momenteel tekort schiet, schenkt Centrum Maliebaan bijzondere aandacht aan deze groep. Andere redenen voor deze speciale aandacht zijn de toenemende fysiologische kwetsbaarheid en de schadelijke gevolgen van alcohol in combinatie met de medicijnen die vele ouderen gebruiken. In een nog niet gepubliceerd manuscript van enkele medewerkers van Centrum maliebaan komt de tendens naar voren dat overmatig alcoholgebruik bij ouderen maatschappelijk gezien meer geaccepteerd wordt dan bij jongeren. De opvatting lijkt dat ouderen minder kunnen en veel verliezen en dat we ze dat plezier niet moeten onthouden. Ook professionals lijken minder geneigd om deze problematiek te herkennen, signaleren en behandelen. Vooral in de eerstelijns zorg, waar huisartsen deel van uitmaken, vergt de signalering, waar het onderzoek van IVO zich ook op richt, nog aandacht.^{59 60}

Ook Parnassia, een instelling in Haaglanden en Zoetermeer, behandelt op dit moment ouderen met een verslavingsproblematiek. De instelling biedt deze ouderen een zorgprogramma dat zich richt op verder diagnostiek, psychotherapie en voorlichting, familie en mantelzorg, activerende begeleiding en crisis.⁶¹

In Nederland bestaan preventieprogramma's om alcoholverslaving te voorkomen. Wat opvalt, is dat er geen programma is dat zich specifiek richt op de doelgroep ouderen, terwijl de verschillen in oorzaken en gevolgen bij ouderen en (jong)volwassenen wel bestaan. Hierdoor lijkt een specifiek preventieprogramma nuttig.

Er bestaan wel preventieprogramma's die zich richten op medicatieverslavingen bij ouderen. Het doel hiervan is om te voorkomen dat nieuwe gebruikers chronische gebruikers worden en het laten stoppen van bestaande gebruikers. Deze preventie-interventies zijn opgenomen in het 'praktijkprogramma GGZ' van de standaard van de NHG (Nederlandse Huisartsen Genootschap).⁶²

Het DGV, het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, is een onafhankelijke organisatie die zich richt op het bevorderen van de kwaliteit van het medicijngebruik in Nederland. Het DGV werkt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, zorgverzekeraars, beroepsorganisaties, gezondheidsfondsen en patiëntenorganisaties. Wat betreft de kwaliteit van het medicijngebruik werkt zij samen met huisartsen en apothekers. In deze samenwerking zijn preventie-interventies ontstaan, zoals het sturen van een 'stopbrief'.⁶³

3.6. Samenvatting

In hoofdstuk 3. hebben we gezocht naar een antwoord op de eerste deelvraag; *‘Wat staat er in de theorie over behandelingen voor ouderen met een alcohol en medicatieverslaving?’* Om het antwoord helder te geven hebben wij de deelvraag in paragrafen opgesplitst. Hieronder kunt u kort lezen welke informatie er in de verschillende paragrafen naar voren is gekomen.

Paragraaf 3.2.1.

Er wordt binnen de verslavingszorg en in onderzoeken gebruik gemaakt van definities uit het classificatiesysteem volgens de DSM-IV en ICD. In het DSM- IV heeft men het niet over verslaving maar over afhankelijkheid. In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen misbruik en afhankelijkheid. Deze diagnoses zijn vast te stellen aan de hand van de criteria volgens het DSM-IV. De criteria voor afhankelijkheid zijn onder te verdelen in psychische (craving) en fysieke afhankelijkheid (ontwenningssverschijnselen, onthoudingsverschijnselen). In de loop der jaren zijn er een aantal modellen ontstaan om verslaving zo goed mogelijk te kunnen behandelen. Uiteindelijk is gebleken dat erfelijke aanleg en omgeving invloed kunnen hebben op het ontstaan van een verslaving. In latere onderzoeken komt conditionering in relatie tot middelengebruik naar voren.

Paragraaf 3.2.2.

In deze paragraaf hebben we stilgestaan bij het alcoholgebruik en de aandoeningen die kunnen ontstaan na langdurig gebruik. Uit cijfers is gebleken dat er in 2006, 30.210 personen een alcoholproblematiek met hulpvraag hebben. Twintig procent daarvan zijn ouderen met een alcoholverslaving en vijftientig procent is van het vrouwelijke geslacht. De vrouwenpopulatie met een alcoholverslaving is snel aan het toenemen. In deze paragraaf staan we stil bij mogelijke oorzaken van deze toename. Deze toenemende groep is in drie groepen te verdelen waarbij emancipatie een grote rol speelt. Verslaving bij vrouwen wordt als functioneel of als coping- overlevingsstrategie gezien.

Paragraaf 3.2.3.

Medicatieverslaving neemt toe, vooral onder vrouwen en ouderen. Een half miljoen tot 700 duizend mensen is verslaafd aan benzodiazepinen. Medicatieverslaving is zowel fysiek als psychisch een zware verslaving en door de heftige psychische onthoudingsverschijnselen moeilijk om mee te stoppen. Regel- en wetgeving zijn rond de verstrekking van deze medicatie verscherpt sinds januari 2009.

Paragraaf 3.2.4.

Combinatiegebruik van alcohol met medicatie heeft een ongunstig effect op het lichaam en kan ervoor zorgen dat het effect en de bijwerkingen van medicijnen beïnvloed worden.

Paragraaf 3.3

In deze paragraaf heeft u kunnen lezen over verslaving onder ouderen. Bij ouderen zijn specifieke omstandigheden en levensfasen zichtbaar waar in de behandeling tot op heden weinig rekening mee is gehouden. Bij de groep ouderen is sprake van een toegenomen kwetsbaarheid, vooral doordat veel veranderingen in sociale omstandigheden, life-events en gezondheid gelijktijdig plaatsvinden. Alcoholverslaving onder ouderen is een toenemend probleem. Dit heeft onder andere te maken met de vergrijzing, maar daarnaast blijkt dat ouderen ook meer zijn gaan drinken. Naast het toenemende alcoholgebruik, is het gebruik van medicatie onder deze doelgroep ook sterk toegenomen. Ondanks de risico's die deze medicijnen met zich meebrengen, gebruikt tien tot vijftien procent van de ouderen deze middelen langer dan drie maanden.

Paragraaf 3.4.1

In deze paragraaf zijn we ingegaan op de verslaving binnen een systeem/ relatie. Hoe de verslaving zijn weerslag heeft op relaties, rolpatronen en communicatie. Er is veel aandacht binnen de verslaving voor het systeem en hoe deze invloed heeft op het gebruik en het aanpakken van het probleem. Vier verschillende stromingen van systeemtherapie worden besproken. Het belangrijkste van systeemtherapie is dat de behandeling niet draait om het individu, maar om de interacties en onderlinge verhoudingen tussen de relaties.

Paragraaf 3.4.2.

Omdat de motivatie van de verslaafde in de behandeling onmisbaar is, zijn we in deze paragraaf ingegaan op motiverende gespreksvoering en het doel ervan. Verslaafden voorbereiden op verandering en doorbreken van hun gedragspatroon. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de beslissingsbalans en het transtheoretische model van *Prochaska en Diclemente* om het veranderingsproces weer te geven en ter verheldering in welk stadium de deelnemer zit.

Paragraaf 3.4.3.

De cirkels van *Van Dijk* geven de interactie weer tussen het middel en factoren. Hierbij komen verschillende gebieden naar voren zoals, lichamelijke, farmacologische, psychische of sociale factoren. Elke cirkel zet een andere in werking en geeft op deze manier weer wat voor factoren invloed op elkaar én op de verslaving hebben. Door bewustwording kan er specifiek gekeken worden naar de behoeften en de doelen van de verslaafde.

Paragraaf 3.4.4.

De leefstijltraining gaat in op de functie van het middel, het opmaken van de balans, risicotaxaties en terugvalpreventie. Deze training wordt voornamelijk in groepen gegeven.

Paragraaf 3.5.

Binnen Nederland is er steeds meer aandacht voor de doelgroep ouderen en middelengebruik. Met het oog op vergrijzing en een stijging onder ouderen leidt dit tot onderzoek. Gebleken is dat er weinig onderzoek is gedaan op het gebied van verslavingsproblematiek en behandelinterventies die specifiek gericht zijn op ouderen. *Centrum Maliebaan* en *Parnassia* zijn samen de voorlopers op het gebied van het bieden van een gerichte behandeling op deze toenemende verslavingsproblematiek onder ouderen.

4. Behandelaanbod Centrum Maliebaan

4.1. Inleiding

In het volgende hoofdstuk zal er ingegaan worden op de vraag, *Wat is het behandelaanbod van Centrum Maliebaan voor vijftig plussers met een alcohol-/ medicatieverslaving en sluit deze aan op de zorgbehoefte van de cliënten?*

Wij hebben ons verdiept in de behandeling die volgens Centrum Maliebaan het meest efficiënt zou zijn voor 55-plussers met een alcohol- en/ of medicatieverslaving. Wij hebben informatie verzameld door middel van de reader over de behandeling en een interview met de betrokken behandelaren van de 55+ behandeling.

In paragraaf 4.2. zullen wij ingaan op het *behandelaanbod van de 55+ behandeling*. De verschillende onderdelen die deze groep biedt zullen wij hierin beschrijven. In paragraaf 4.2.1. wordt er stilgestaan bij de *methodiek(en)* die toegepast worden bij de 55+ behandeling. Aangezien de 55+ behandeling geen gebruik maakt van een specifieke methodiek, maar van verschillende, zullen we de methodieken vergelijken met elkaar.

In paragraaf 4.3. wordt het *doel van de behandeling* beschreven en wordt er stil gestaan bij de begrippen: *curatief* en *preventief*.

In paragraaf 4.4. zullen we ingaan op de vraag of het behandelaanbod van de 55+ behandeling *aansluit op de zorgbehoefte van de cliënten*. Wat hebben cliënten nodig om grip te krijgen op hun problematiek.

4.2. Behandelmethoden

4.2.1. Behandelaanbod

Doelgroep

Senioren van 55 jaar en ouder die een probleem met alcohol/ medicijnen hebben. Deze 55 plussers hebben te maken met de volgende factoren die meespelen in hun problematiek,

- Kinderen de deur uit
- Pensionering of afgekeurd voor werk
- Eenzaamheid
- Trauma
- Moeite met structuur aan te brengen in het dagelijkse leven
- Geen dagbesteding
- Lichamelijke klachten of somberheid

De 55 + behandeling bestaat uit een voorbereidingsgroep, behandelgroep en nazorggroep. Alledrie de groepen bestaan uit minimaal vier en maximaal tien cliënten.

Vorbereidingsgroep

Behandelaar mevrouw M. op de Weegh, neemt een kennismakings- of intakegesprek af bij nieuwe aanmeldingen voor de 55+ behandeling. Tijdens dit gesprek wordt er gekeken of de cliënt in staat is om te reflecteren. Hierna is er een mogelijkheid voor de cliënt om deel te nemen aan de voorbereidingsgroep die één keer in de twee weken bijeenkomt. De voorbereidingsgroep dient om kennis te maken met de behandeling, groep en de wachttijd te overbruggen. Deze bijeenkomst duurt gemiddeld twee uur.

Behandelgroep

De behandeling bestaat uit sessies van twee ochtenden gedurende zeven weken. De groep bestaat uit minimaal vier en maximaal tien deelnemers. Elke twee maanden wordt er opnieuw gestart. De behandeling wordt begeleid door twee behandelaren, mevrouw M. op de Weegh en de heer J. Bakker. Voor aanvang van de groep vindt er een blaas-test plaats. De besproken onderwerpen zijn vastgesteld aan de hand van thema's. Deze thema's gaan in op psycho-educatie, reflectie, liegen en open zijn, structuur en verwerking. Daarnaast is er specifiek aandacht voor de interne dialoog onder begeleiding van de heer H. West. Na de behandeling is er een mogelijkheid om deel te nemen aan PMT (psychomotorische therapie), relatietherapie of gesprek met behandelaar/psycholoog. Wanneer de cliënt deel wil nemen aan relatietherapie zal hiervoor een verwijzing gegeven worden. Het is wel mogelijk om een keer met een behandelaar en partner een gesprek aan te gaan om van daaruit verder te kijken wat voor ondersteuning er nog nodig is. Mevrouw op de Weegh en de heer Bakker hebben tevens ruimte om individuele gesprekken te voeren met de cliënten om de behandeling zo veel mogelijk te optimaliseren. Tijdens de groepen willen de behandelaren de groepsleden zoveel mogelijk uitnodigen om deel te nemen aan de gesprekken. De houding van de behandelaren is erop gericht om een vertrouwde sfeer te creëren binnen de groep, wat zij doen door de cliënten niet in de rede te vallen en/of te veroordelen. Onderstaand schema is een overzicht van wat de opzet van een ochtend is. De tijden zijn richtlijnen, maar mocht er meer tijd nodig zijn voor een bepaald onderdeel, wordt deze ook genomen.

Dagschema dinsdag en donderdag:

Tijdstip	Groepsonderdeel
10.00	Welkom, vragen en evaluatie moment
10.30	Thema bespreking/ dagbesteding
11.00	Pauze
11.30	Vervolg thema bespreking/ dagbesteding
12.30	lunch

Nazorggroep

Wanneer er na de zeven gevolgde sessies behoefte is aan een vervolgbehandeling of ter ondersteuning, kan er gekozen worden voor de nazorggroep. Deze nazorg kan na doorverwijzing ergens anders plaatsvinden of binnen centrum maliebaan zelf. De nazorggroep van de 55+ behandeling is na behandeling nog zes keer te volgen één keer in de maand een middag. Er wordt doorgenomen hoe het op dat moment gaat met het middelengebruik en terugval(preventie).

4.2.2. Methodiek en methoden

De 55+ behandeling is gebaseerd op leefstijltraining 4 (groepsbehandeling) en de cirkels van Van Dijk. In 4.4.3. wordt er stil gestaan bij de cirkels van Van Dijk. De cirkels laten zien welke factoren invloed hebben op de afhankelijkheid van een verslaafde en hoe deze in stand gehouden worden. In 4.4.4. wordt kort ingegaan op de leefstijltraining die een overlap heeft met de cirkels van Van Dijk. De leefstijltraining geeft de rode draad aan in de 55+ behandeling. Naast deze methodieken is er een overlap met motiverende gespreksvoering waar gesproken wordt over de balans opmaken, wat levert de verslaving op en wat de verandering. Daarnaast de bewustwording en risicotaxaties die ook in de leefstijltraining besproken worden. De houding van de behandelaar lijkt op de houding die de hulpverlener bij motiverende gespreksvoering aanneemt. De verantwoordelijkheid bij de cliënt laten en deze niet overnemen. Daarvoor geen veroordelende houding aannemen, maar reflectief. Relatietherapie is een andere vorm van een methodiek die inzicht kan geven in de functie en/ of redenen van het gebruik. Bij vrouwen kan het gebruik van een middel heel anders zijn dan bij mannen. Dit inzicht is een stuk bewustwording van de gebruiker. Daarnaast is niet alleen de verslaafde de dupe van het middelengebruik, maar tevens ook het systeem. Denk hierbij aan de partner en kinderen. Het systeem kan een heel belangrijke rol spelen in het gebruik van een verslaafde en deze invloed moet ook zeker niet onderschat worden.

De 55+ behandeling heeft dus geen uitgesproken vaststaande methodiek. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende methodieken die in de hulpverleningsrollen en thema's zijn terug te zien.

Figuur 12. Vergelijking van verschillende methodieken met de 55+ behandeling

Onderdelen behandeling 55+	Leefstijltraining	Cirkels van Van Dijk	Motiverende gespreksvoering
Rol hulpverlener: tonen van empathie, geen veroordeling, in gesprek blijven.	Aanwezig: Ondersteuning bieden bij de balans opmaken en risicosituaties .	Geen duidelijke hulpverleningsrol beschreven.	Aanwezig: De 4 algemene principes, empathie, discrepantie, meebewegen bij weerstand en persoonlijke effectiviteit ondersteunen
Bewustwording/ psycho- educatie	Aanwezig: Functie van het middel, met welk doel of waarom het gebruikt wordt. De balans van het gebruik wordt opgemaakt. De voor en nadelen van het gebruik/misbruik. En er wordt stilgestaan bij de risicosituaties die het gebruik kunnen stimuleren/in stand houden of tot terugval kunnen leiden.	Aanwezig: De cliënt krijgt door de weergave van de cirkels inzicht in hoe verschillende factoren de verslaving in stand houden. Door hierin inzicht te krijgen zullen ze zien dat de factoren niet los van elkaar gezien kunnen worden, maar geïntegreerd in elkaar zijn en ook alle aangepakt moeten worden.	Aanwezig: De balans wordt opgemaakt, van de huidige situatie of het veranderen.
Thema's • Psycho- educatie • Reflectie • Liegen/ open zijn • Structuur • Verwerken	Aanwezig: Leefstijltraining vier wordt in een groep gegeven. Men wordt daarin uitgenodigd om te praten over hun probleem en steun en advies te geven. Hierbij wordt gepraat over eigen problemen, maar vooral ook om inzicht te krijgen in de problematiek en te veranderen(reflectie, liegen en open zijn en verwerken). Daarbij hoort ook het bewust worden van de functie van het middel en de balans opmaken (wat levert het gebruik op). Daarnaast wordt er gekeken naar de risicosituaties die het gebruik kunnen uitlokken/ in stand houden en er wordt een noodplan gemaakt voor een mogelijke terugval. Structuur is vaak erg belangrijk en de betrokkenheid van het systeem.	Aanwezig: In alle cirkels komen deze thema's aan bod. De cirkels geven aan wat het hele gebruik in stand houdt en omgekeerd. Het hele proces moet aangepakt worden wil iemand zijn ongewenste gedragspatroon doorbreken. Te denken valt aan het lichamelijke, farmacologisch: psycho- educatie, psychisch: reflectie, psycho- educatie, verwerken, sociaal en omgeving: liegen/ open zijn en de structuur.	Aanwezig: Bij de balans opmaken gaat het om psycho- educatie, reflectie en verwerken. Wat heeft een verslaving bijvoorbeeld al gekost aan geld, lichamelijke/ psychische klachten en sociale contacten. Wat zou er gebeuren als men wil veranderen en hoe kan dit bewerkstelligd worden. Het transtheoretische model van Prochaska kan hierbij veel inzicht geven in welke fase de cliënt zit en wat er nog voor nodig is om de cirkel rond te maken. Dat vraagt van inzet op het gebied van alle thema's.

Terugvalpreventie	Aanwezig: Risicosituaties bespreken en het opstellen van een preventief noodplan voor een mogelijke terugval. Wat is daarvoor nodig qua hulp, ondersteuning en wat kan de cliënt daar zelf voor rol in spelen of hulp vragen van medegroepsgenoten.	Aanwezig: Wanneer een cirkel onafhankelijk aangepakt wordt kan dit ervoor zorgen dat het gebruik weer begint. Alles moet in beweging gezet worden, maar dan de andere kant op. Het middel/ de stof, moet op de achtergrond komen waardoor de cirkels langzamer zullen gaan draaien. Het gebruik neemt af en tevens de bijbehorende negatieve gevolgen ervan. Alles heeft dus invloed op elkaar.	Aanwezig: In het transtheoretische model van Prochaska zijn er terugvalmogelijkheden opgenomen. Het is goed en realistisch om erbij stil te staan dat er een mogelijke tussentijdse uitgang zal plaatsvinden (terugval). Op die manier weet de cliënt waar die op moet letten en wat die nodig heeft om niet de tussentijdse uitgang te nemen, maar de permanente uitgang . Het middel een minder prominente rol te laten spelen in het leven van de gebruiker en zijn/ haar systeem.
-------------------	--	---	---

4.3. Doel van de behandeling

Centrum Maliebaan is door ervaring, onderzoek, van mening dat er een specifieke behandeling moet komen voor de doelgroep 55 plussers om een betere aansluitende hulpverlening voor deze doelgroep te krijgen. De doelstelling van de 55+ behandeling is, het doorbreken van problematisch alcohol of medicijn gebruik. De behandeling richt zich op abstinentie of regulering van het gebruik en het voorkomen van terugval.

4.3.1. Preventief en curatief

Definitie preventief: voorbehoedende behandeling⁶⁴

Definitie curatief: genezend

De 55+ behandeling geeft inzicht over verslavingsgebruik en de factoren die de problematiek in stand houden. Door hierbij stil te staan wordt het streven naar abstinentie (onthouding = curatief) gemotiveerd. Voor deelname aan de behandeling wordt voorafgaande een blaastest afgenomen en wanneer men afzegt wordt er verantwoording gevraagd bij de cliënt. Het vraagt dus om een consequente deelname van de cliënten. Tijdens de behandeling is er naast het streven naar abstinentie veel aandacht voor het voorkomen (preventief) van een terugval of het reguleren van het gebruik.

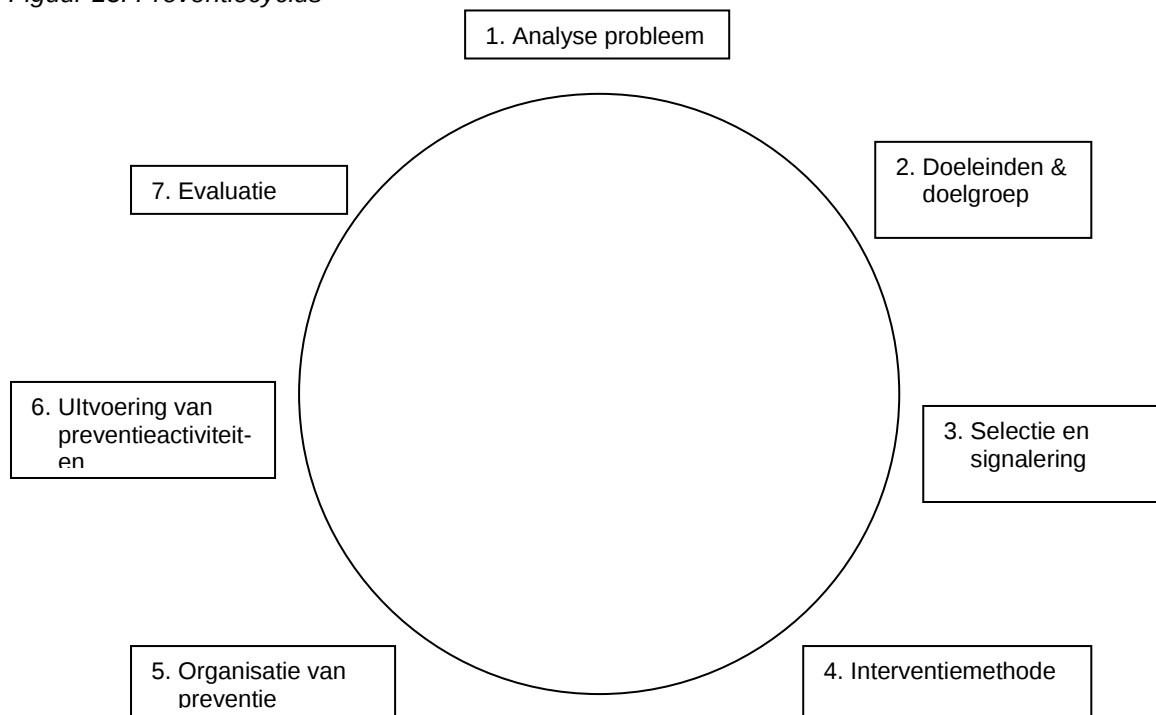
Aan de hand van een besluitvormingsmodel kunnen verschillende preventieactiviteiten beschreven en uitgevoerd worden. Volgens de preventiecyclus zouden er zeven fasen zijn van opzet tot uitvoering.⁶⁵

1. Analyse probleem: toename van 55+ met een alcohol -, medicatieverslaving
2. Doelstellingen en doelgroep: het doorbreken van problematisch alcohol of medicijn gebruik onder 55 plussers
3. Selectie en signalering: cliënten moeten voldoen aan de instroomcriteria voor deelname aan de 55+behandeling.
 - Patiënten met problematisch gebruik of afhankelijkheid van alcohol en/ of medicijnen
 - 55 plus patiënten
 - Patiënt moet huisvesting hebben.

Wanneer voldaan wordt aan de bovengenoemde instroomcriteria vindt er een intakegesprek plaats met mevr. M. op de Weegh.

4. Interventiemethode: gericht op abstinentie, regulering van het gebruik of voorkomen van terugval
5. Organisatie: Centrum Maliebaan is de instelling waar vanuit gewerkt wordt
6. Uitvoering: sinds anderhalf jaar worden er groepen van zeven sessies gegeven. Rond elke twee maanden start er een nieuwe groep
7. Evaluatie: elke sessie begint met een evaluatie van de dagen daarvoor. Tijdens de laatste sessie vindt er een evaluatie plaats van de behandeling. Na behandeling kan men gebruik maken van de nazorg en daar samen met ex- deelnemers en behandelaren praten waar ze tegenaan lopen en wat ze nog nodig hebben.

Figuur 13. Preventiecyclus



Bron: Preventie in de sociaal pedagogische hulpverlening (2003)

Voor de 55+ behandeling wordt er gebruik gemaakt van een ondersteuningsgroep volgens de leefstijltraining nummer vier. Een ondersteuningsgroep valt te karakteriseren aan de hand van vijf punten.

1. Homogeniteit van het probleem of situatie van de deelnemers: het zijn allemaal 55 plussers met een verslavingsprobleem.
2. Ondersteunen bij het omgaan met de gedeelde probleemsituatie: deze cliënten kunnen door hun leeftijd met dezelfde life-events te maken hebben. Men kan elkaar daarin ondersteunen of tips/ ervaringen uitwisselen met elkaar.
3. Drie werkvormen (per groep is het verschillend op welke vorm de nadruk ligt):
 - uitwisselen van ervaringen en emoties rond gedeelde levensgebeurtenis of die de verslaving in de hand heeft gewerkt of in stand houdt
 - het bieden van relevante informatie over de problematiek of daaruit voorkomende consequenties. Aan de hand van de thema's die gebruikt worden tijdens de 55+ behandeling wordt er inzicht gegeven in de problematiek en hoe dat invloed kan hebben op het leven van een deelnemer
 - bespreking van emotionele ondersteuning bij omgaan met specifieke probleemsituaties die voortkomen uit de levensgebeurtenissen die de deelnemers met elkaar delen.
4. Begeleiding door hulpverleners: de begeleiders/ behandelaren hebben de rol om voorwaardenscheppend en stimulerend te zijn. De nadruk in een ondersteuningsgroep ligt immers op de onderlinge interactie van de deelnemers.
5. Organisatorische karakteristieken: er kunnen minimaal vier en maximaal tien personen deelnemen aan een groep en de behandeling bestaat uit zeven sessies.

De ondersteuning en de onderlinge ervaringen kunnen motiverend werken voor de deelnemers om hun probleem aan te pakken en alert te zijn voor signalen die een terugval kunnen betekenen. In de 55+ groep wordt er niet veroordeeld, maar gekeken naar wat iemand nodig heeft. Door middel van inzicht te krijgen in de problematiek kan de cliënt erachter komen wat risicofactoren zijn voor zijn/ haar verslaving. Dit is met name belangrijk bij het maken van een noodplan (terugvalpreventie).

4.4. Aansluiting behandelaanbod en zorgbehoefte cliënten

Vanuit de literatuur is naar voren gekomen dat deze doelgroep, 55 plussers veel life-events te verwerken hebben. Iemand die bijvoorbeeld twintig jaar jonger is en die nog werkt of kinderen heeft die nog thuis wonen, kan hierover minder goed mee praten.

De behandeling gaat in op de specifieke levensfase van deze doelgroep en de mogelijke oorzaken of instandhouding van deze problematiek. Te denken valt aan: eenzaamheid, minder sociale contacten doordat men met pensioen gaat, de kinderen minder vaak zien en dergelijke.

Daarnaast heeft de verslavingsproblematiek meer of grotere lichamelijke gevolgen bij 55 plussers dan jongere verslaafden. Helemaal in combinatie met (andere) medicijnen. De lichamelijke functies verwerken middelen als alcohol of medicatie anders of minder snel dan op jonge leeftijd. Men kan er meer en langdurige problemen aan overhouden. 55-plussers lopen bijvoorbeeld meer risico om te vallen bij een alcohol/medicatie verslaving en door een verminderde botkwaliteit kunnen zij sneller iets breken. Veel veranderingen in de sociale omstandigheden en gezondheid vinden gelijktijd plaats, zie paragraaf 3.3. Vanuit de ene problematiek, kan bij deze doelgroep ook een andere problematiek ontstaan. Te denken valt aan depressie door eenzaamheid.

Het IVO, zie paragraaf 3.5. heeft een onderzoek gedaan waaruit gebleken is dat er meer specifieke signalering, herkenning en interventie bij verslaving onder ouderen nodig is.

Centrum Maliebaan heeft met de 55+ behandeling hierop ingespeeld door een behandeling te ontwikkelen die specifieke aandachtspunten heeft voor de verschillende levens fasen, problematieken waar deze doelgroep mee te maken heeft. Er wordt bijvoorbeeld stilgestaan wat voor invloed alcohol heeft op het lichaam van iemand boven de 55+ en wat voor gevolgen dat kan hebben. Tevens wordt het combinatiegebruik van alcohol met medicatie besproken.

Figuur 14. Specifieke aandachtspunten van de 55+ behandeling gescheiden van de algemene thema's

Algemene verslavingsbehandeling	Specifieke thema's 55 +
• Geschiedenis gebruik: hoe lang en hoeveel, alleen of samen • Betekenis van alcohol • Trainingsplan • Functie alcohol • Omgaan sociale druk • Omgaan met spanningen • Wat is belangrijk om te veranderen • Noodplan • Dagbesteding • Invloed van alcohol in verkeer	• Gevolgen alcohol, medicijngebruik in combinatie en hoeveelheid die een 55+ mag drinken • Functie alcohol (kan specifiek toegespitst worden op doelgroep) • Levensfase problematiek • Omgaan met spanningen (kan specifiek toegespitst worden op doelgroep) • Dagbesteding ((kan specifiek toegespitst worden op doelgroep).

Zoals in bovenstaand figuur te zien is, besteedt de 55+ behandeling specifieke aandacht aan de fasen en invloeden van gebruik op deze leeftijd. Vanuit de resultaten is naar voren gekomen dat de meeste deelnemers ook geen vergelijkingsmateriaal hebben om na te gaan of deze specifieke behandelingsonderdelen beter aansluiten dan wanneer ze in een algemene behandeling terecht zouden zijn gekomen. Dat er echter binnen deze behandeling rekening gehouden wordt met de leeftijd van de cliënten is te zien in figuur 14.

4.5. Hulpverleners

Er zijn twee vaste begeleiders, mw. M op de Weegh en dhr. J. Bakker, beiden gekoppeld aan de 55+ behandeling en vanaf het begin hierbij betrokken. De begeleiders worden binnen de 55+ behandeling ook wel behandelaars genoemd.

Mw. M. op de Weegh is verpleegkundige en heeft daarnaast de opleiding tot maatschappelijk werkster gevolgd. Inmiddels heeft zij ruim acht jaar ervaring binnen de verslavingszorg. Zij begeleidt naast de 55+ behandeling, de voorbereidingsgroep en nazorggroep. De meeste cliënten zullen als eerste kennis met haar maken bij aanvang van hun behandeling en de 55+ groep.

Dhr. J. Bakker, tien jaar werkzaam als Sociaal Cultureel Werker (SCW'er) en al zesentwintig jaar in dienst van Centrum Maliebaan en heeft vooral veel ervaring binnen de deeltijdbehandeling. Naast mw. M. op de Weegh begeleidt hij de 55+ groep en de nazorggroep.

Beiden hebben binnen de behandeling mogelijkheden voor individuele zogeheten mentorschappen.

4.6. Samenvatting

In paragraaf 4.2.1. wordt de 55+ doelgroep gedefinieerd en uit welke onderdelen de behandeling bestaat: voorbereidingsgroep, behandelgroep en nazorggroep.

In paragraaf 4.2.2. wordt beschreven dat de 55+ behandeling niet gebaseerd is op één specifieke methodiek. Leefstijltraining vier komt het meest naar voren in de behandeling, maar de andere methodieken die we eerder beschreven hebben lijken ook deels geïntegreerd te zijn in de behandeling zie schematische weergave.

In paragraaf 4.3.1. wordt stil gestaan bij de begrippen preventief en curatief die beide doel zijn van de behandeling. Preventie is een belangrijk begrip en wordt beschreven in de preventiecyclus. De ondersteuningsgroep en preventiecyclus geven mooi weer hoe de 55+ groep ontstaan is en te werk gaat.

Paragraaf 4.4. staat stil bij de vraag of het behandelaanbod aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt. Vanuit de literatuur en onderzoek van de IVO is gebleken dat door de specifieke factoren en life-events waar deze doelgroep mee te maken kan krijgen en de nodige bijkomende gezondheidsrisico's, er aandacht nodig is voor deze doelgroep. Centrum Maliebaan heeft hier op ingespeeld door een behandeling te ontwikkelen die specifieke aandacht heeft voor levensfasen en problematiek.

In paragraaf 4.5. beschrijven we de hulpverleners die gekoppeld zijn aan de 55+ behandeling. Beiden hebben een sociale opleiding genoten, hebben veel ervaring in de verslavingszorg en zijn nauw betrokken bij de behandeling.

5. Onderzoeksmethoden

5.1. Inleiding

Het volgende hoofdstuk beschrijft onze onderzoeksmethoden en hoe deze tot stand zijn gekomen.

In paragraaf 5.2.1 beschrijven we hoe het informed consent tot stand is gekomen, aan welke eisen deze voldoet en hoe het aantal respondenten tot stand is gekomen.

In paragraaf 5.2.2 beschrijven we de vragenlijst. Welke onderwerpen we verwerkt hebben in de vragenlijst en de toepassing van onze vragen. Daarnaast staan we kort stil bij het verwerkingsproces.

In paragraaf 5.2.3 gaan we in op hoe de evaluatiegroep tot stand is gekomen en wat de aandachtspunten waren tijdens de groep, om onze onderwerpen ter sprake te brengen.

5.2. Methoden

5.2.1 Informed consent

We zijn begonnen met het schrijven van een algemene brief met informed consent, om te inventariseren hoeveel mensen er mee wilden doen. Bij het schrijven van de brief hebben we rekening gehouden met de privacyvoorwaarden van Centrum Maliebaan. Daarnaast hebben de deelnemers toestemming voor deelname gegeven middels het informed consent. Deze hebben wij ook ondertekend voor waarborging van de anonimiteit van de deelnemers. Deze formulieren hebben wij met zorgvuldigheid behandeld en bewaard. De brief met informed consent kunt u vinden in de bijlagen.

De brief was zo opgesteld dat we de mogelijkheid hadden om zelf de keuze te maken of we een persoon voor de vragenlijst of de evaluatiegroep wilden uitnodigen. De keuze hiervoor was tot stand gekomen in overleg met de opdrachtgever dhr. D. van Etten. We hebben te maken met een doelgroep die mogelijk minder initiatief neemt en moeilijker tot een keuze kan komen. We zijn er ons van bewust dat vragenlijsten en vragen tot deelname aan onderzoek regelmatig weerstand op kunnen roepen. Daarnaast hadden we een beperkte tijd en wilden we dit alles voor zijn door de keuze voor de cliënten te maken.

Het versturen van de brieven is uiteindelijk op een andere manier gegaan. Een stagiaire heeft de brieven, in overleg met de opdrachtgever en zonder een keuze aan te geven in de brief, een dag eerder verstuurd dan gepland. Uiteraard met de beste bedoelingen, maar niet handig gezien de doelgroep. Hierdoor kregen we veel telefoontje van cliënten die de brief niet begrepen. Of dit uiteindelijk heeft bijgedragen aan het lage aantal respondenten is moeilijk te zeggen. Na een week hebben we alle mensen waar we nog niets van vernomen hadden, nagebeld. Dit leverde weer een aantal positieve reacties op en daarop hebben we nog een aantal vragenlijsten toe mogen sturen. Na de sluitingsdatum, hebben we voor de zekerheid nog een week gewacht met het verwerken van de gegevens, in de hoop nog meer vragenlijsten terug te krijgen. Helaas is het aantal ingevulde vragenlijsten slechts vijftien.

De animo voor de evaluatiegroep was redelijk groot. We hadden gepland om een groep van acht personen te interviewen en hier twee uur voor uit te trekken. Uiteindelijk wilden tien mensen hieraan deelnemen. Omdat we rekening hielden met onverwachte uitval, hebben we dit aantal aangehouden. Uiteindelijk ontvingen we twee afmeldingen en tijdens de bijeenkomst bleek dat er nog iemand was uitgevallen. In totaal hebben dus zeven mensen deelgenomen aan de evaluatiegroep.

Het totale aantal deelnemers aan dit onderzoek is tweeëntwintig. Dit aantal valt tegen, aangezien we uit zijn gegaan van minimaal veertig respondenten. Of dit onderzoek representatief is kunnen we ons afvragen, maar we hebben toch besloten de gegevens te verwerken van deze tweeëntwintig mensen. Op die manier willen we toch een beeld geven van de ervaringen van deze groep.

5.2.2. De vragenlijst

Omdat de 55+ behandeling uit meerdere onderdelen bestaat, hebben we ervoor gekozen deze onderwerpen ook aan te houden in de vragenlijst. Daardoor ontstonden er vragen die gericht waren op de respondent, de 55+ behandeling in het algemeen, de voorbereidingsgroep, de behandeling, nazorg en de hulpverlening.

Bij deze vragen hebben we gebruik gemaakt van verschillende antwoordmogelijkheden. In de vragenlijst hebben we zowel gesloten als open vragen gebruikt, maar ook rating- en cijfervragen. De gegevens hebben we per ingevulde vragenlijst, maar anoniem, afgekort weergegeven in een Excelbestand. Vervolgens hebben we deze uitkomsten verwerkt in het dataverwerkingsprogramma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

5.2.3. De evaluatiegroep

De evaluatiegroep hebben we voorbereid aan de hand van de vragen van de vragenlijst. Hier hebben we voor gekozen om dezelfde gegevens van de groep te krijgen als die van de mensen die de vragenlijst hebben ingevuld. Op die manier zouden we de gegevens gezamenlijk verwerken in SPSS. Vooraf hebben we schema's gemaakt waarop we beiden de informatie van een gedeelte van de groep noteerden. Het leek ons storend om steeds te schrijven. Ook leek het ons niet prettig als één van ons de groep leidde, terwijl de ander slechts zou schrijven. Om die redenen hebben we ervoor gekozen om het te verdelen en in afkortingen onze gegevens te noteren.

In de praktijk bleek dat dit moeilijker was dan gedacht. Veel mensen kenden elkaar en omdat ook de hulpverleners in het gebouw aanwezig waren, leek de bijeenkomst op een kleine reünie. Mede hierdoor kostte het ons veel moeite om de aandacht vast te houden bij onze vragen. Hoewel we hier begrip voor hadden, hebben we het gesprek regelmatig begrensd en teruggepakt naar de vragen en het onderzoek. Ook hebben we een koffiepauze ingelast zodat de ruimte om met elkaar te praten er was. Toch bleek het lastig om de gewenste informatie te verkrijgen. We hebben de groep wat uit laten lopen, maar na bijna drie uur toch afgesloten. Ook omdat we niet op de hoogte waren of we de ruimte zolang konden gebruiken.

Helaas komt het er op neer dat we niet alle antwoorden hebben, die we van de vragenlijsten wel hebben gekregen. Het leek ons daarom beter om bij die vragen de gegevens niet gezamenlijk te verwerken, maar de evaluatiegroep apart te benoemen.

5.3 Samenvatting

In hoofdstuk 5 hebben we de onderzoeksmethoden beschreven.

Paragraaf 5.2.1 bevat de omschrijving van het informed consent en hoe we de privacyvoorwaarden hebben gewaarborgd. De begeleidende brief met informed consent waren echter te vroeg verstuurd, zonder onze laatste aanvulling, waardoor de informatie verwarrend en onduidelijk was voor veel cliënten. Het aantal respondenten viel tegen. Uiteindelijk hebben we 22 cliënten kunnen bevragen over de 55+ groep.

In paragraaf 5.2.2 staan we stil bij de vragenlijst. Deze is tot stand gekomen aan de hand van de onderwerpen die ter sprake kwamen tijdens de 55+ groep. De vragenlijst bevat alle onderdelen van de 55+ groep en werd gesteld aan de hand van open en gesloten vragen. Om de privacyvoorwaarden te waarborgen was de vragenlijst anoniem in te vullen. De verwerking vond plaats in Excel en SPSS.

In paragraaf 5.2.3 beschrijven we de evaluatiegroep. Deze groep hebben we in grote lijnen dezelfde vragen gesteld volgens de vragenlijst. Op die manier zou de verwerking makkelijker zijn. Dit viel echter tegen door een aantal factoren. Het was lastig om de deelnemers specifieke antwoorden te laten geven op onze vragen, wat erop neer kwam dat sommige vragen onbeantwoord bleven of moeilijk te beantwoorden waren.

6. Algemene resultaten

6.1. Inleiding

In het komende hoofdstuk beschrijven we onze algemene resultaten van alle respondenten: *Tweeëntwintig* in totaal; *zeven* deelnemers aan de evaluatiegroep en *vijftien* deelnemers die de vragenlijst hebben ingevuld.

In paragraaf 6.2. wordt een weergave gegeven van de verdeling binnen de 55+ groep. Gebaseerd op personalia, termijn van het volgen van de groep, problematiek en periode.

Paragraaf 6.3. bevat de resultaten van de 55+ groep. Hierbij ging het om de samenstelling van de groep, aantal deelnemers en verschillend geslacht. Daarnaast de resultaten over het aantal sessies, vrijheid van inbreng en de veiligheid binnen de groep.

In paragraaf 6.4. worden de resultaten beschreven van de voorbereidingsgroep.

In paragraaf 6.5. wordt stilgestaan bij de behandeling en de specifieke onderdelen zoals deze in de reader staan beschreven. Het omvat resultaten over verkregen informatie en het proces van de behandeling. De onderdelen algemene, alcohol en medicatie verslaving worden getoetst aan het doel van de behandeling. Daarnaast wordt beschreven hoe het systeem betrokken is bij de behandeling en of de persoonlijke doelen zijn behaald. Als laatste staan we stil bij de cijferwaardering die gegeven is door de deelnemers.

Paragraaf 6.7. gaat over de hulpverlening en hoe deze is ervaren.

6.2. Resultaten doelgroep

Geslacht

In totaal hebben tweeëntwintig mensen deelgenomen aan dit onderzoek. Veertien hiervan zijn van het mannelijke geslacht, de overige acht zijn vrouw. Vijf van deze vrouwen hebben een vragenlijst ingevuld. De overige drie hebben deelgenomen aan de evaluatiegroep.

Leeftijd

Hieronder staat de leeftijd van de deelnemers schematisch weergegeven.

Tabel 3. Leeftijd deelnemers

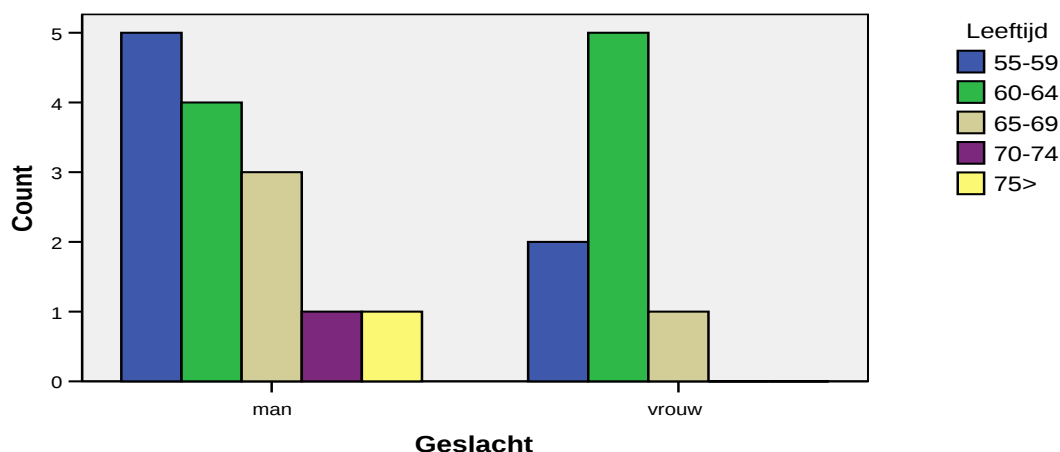
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 55-59	7	31,8	31,8	31,8
60-64	9	40,9	40,9	72,7
65-69	4	18,2	18,2	90,9
70-74	1	4,5	4,5	95,5
75>	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Gezien het totaal aantal deelnemers valt het hoogste aantal deelnemers in de leeftijdscategorie 60-64, namelijk negen. Ouder dan zeventig zijn maar twee deelnemers en deze hebben beiden een vragenlijst ingevuld.

Van de vijftien deelnemers aan de vragenlijst bevinden zich zes personen in de leeftijdscategorie 60-64, vier personen in de categorie 65-69 en drie personen in de categorie 55-59. De twee overige personen bevinden zich respectievelijk in de groep 70-74 en 75 >.

Van de zeven personen die deel hebben genomen aan de evaluatiegroep, zijn vier personen tussen de 55 en 59 jaar en drie personen tussen de 60 en 64 jaar. De overige leeftijdscategorieën komen in deze groep niet voor. We kunnen dus stellen dat de deelnemers aan de evaluatiegroep relatief 'jong' zijn. Of deelname aan de groep juist die mensen aanspreekt is niet duidelijk. Om te weten hoe de verhouding is tussen het geslacht en de leeftijd, hebben we een diagram gemaakt dat dit duidelijk weergeeft.

Tabel 4. Geslacht vs leeftijd



Voor de duidelijkheid hebben we dit diagram ook in een schema gezet

Tabel 5. Geslacht vs leeftijd

		Leeftijd					Total
		55-59	60-64	65-69	70-74	75>	
Geslacht	man	5	4	3	1	1	14
	vrouw	2	5	1	0	0	8
Total		7	9	4	1	1	22

Van de al eerder genoemde categorie 60-64, waar negen mensen deel van uitmaken, bestaat ruim de helft uit vrouwen, namelijk vijf. De meeste mannen zijn tussen de 55 en 59 jaar. De twee oudste deelnemers, met een leeftijd van 70 en ouder, zijn beide van het mannelijk geslacht.

Woon- en leefsituatie

Om een beeld te krijgen van het systeem van de deelnemers, hebben we gevraagd naar de woon- en leefsituatie. De deelnemers hadden de keus uit alleenwonend, samenwonend met partner, samenwonend met partner en kinderen, samenwonend met kinderen (alleenstaande ouder), het wonen in een instelling of begeleidende- of beschermde woonvorm of anders.

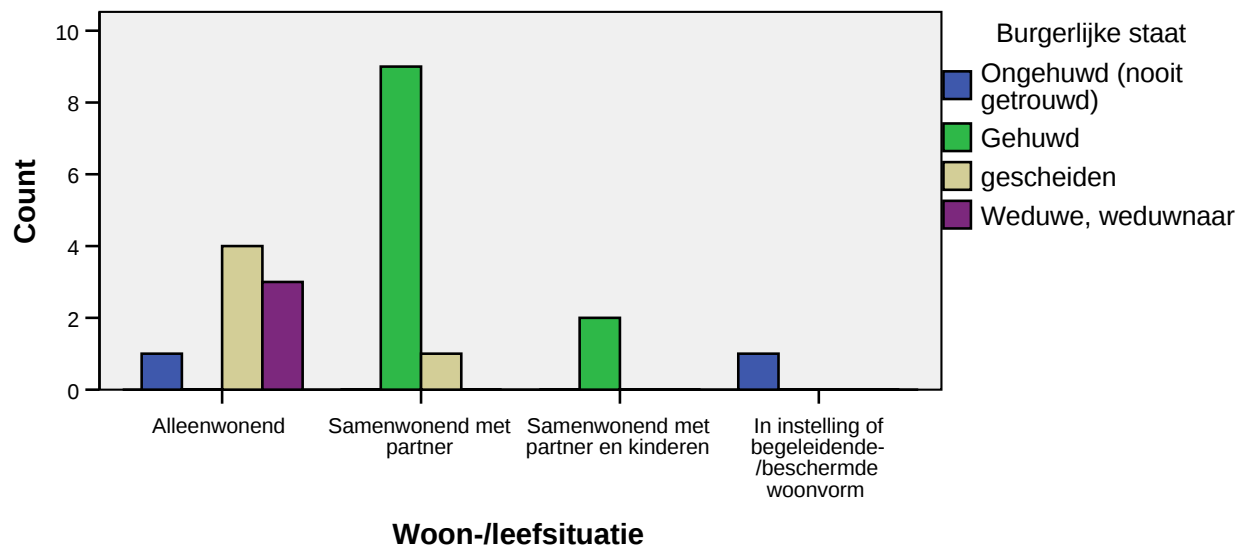
Van de tweeëntwintig deelnemers wonen er tien samen met een partner. Negen deelnemers wonen alleen. Drie wonen samen met partner en kinderen óf in een instelling of begeleidende- of beschermde woonvorm. Niemand is alleenstaande ouder.

Overigens zijn alle deelnemers van Nederlandse afkomst.

Burgerlijke staat

Omdat we benieuwd zijn naar de burgerlijke staat van deze mensen binnen de verschillende woonvormen, hebben we onderstaand schema gemaakt. Hierin worden de verhoudingen tussen de woon- en leefsituatie en de burgerlijke staat duidelijk weergegeven.

Tabel 6. Woon- en leefsituatie vs burgerlijke staat



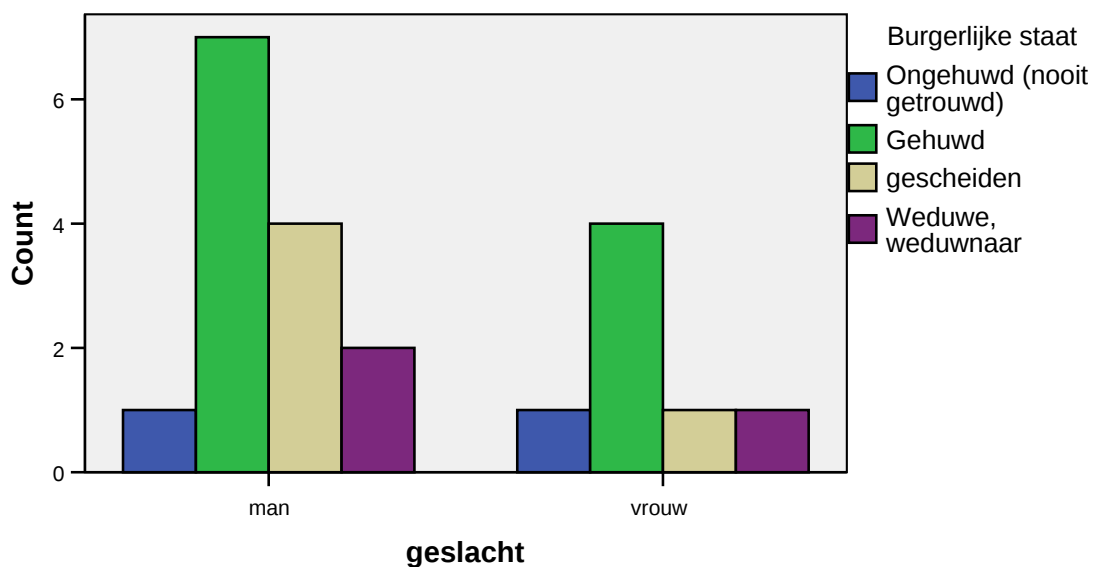
Hieruit blijkt dat elf van de tweeëntwintig deelnemers gehuwd zijn en dat twee daarvan, naast hun partner, ook nog met kinderen samenwonen.

Drie deelnemers hebben inmiddels hun partner verloren, twee zijn nooit getrouwd geweest. Deze twee wonen respectievelijk alleen of in een instelling of begeleidende- of beschermde woonvorm.

Vijf deelnemers zijn gescheiden en één deelnemer heeft de vraag niet ingevuld.

Van de elf gehuwde deelnemers, zijn zeven personen van het mannelijke geslacht. De overige vier zijn vrouw. Bij beide geslachten zijn de meesten gehuwd. Hieronder is zichtbaar dat het redelijk verdeeld is.

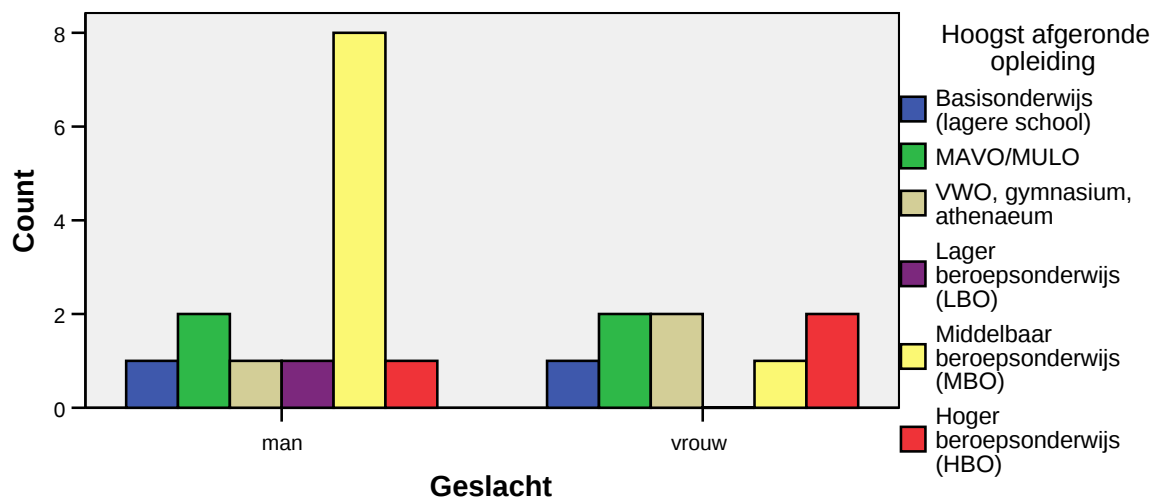
Tabel 7. Geslacht vs burgerlijke staat



Hoogst afgeronde opleiding

De gegevens over de hoogst afgeronde opleiding hebben we vergeleken met het geslacht.

Tabel 8. Geslacht vs hoogst afgeronde opleiding



Hieruit blijkt dat de meeste deelnemende mannen een Mbo-opleiding hebben afgerond, namelijk acht tegenover één vrouw. De vrouwen scoren op het gebied van VWO, gymnasium, atheneum en HBO hoger dan de mannen.

Laagste en hoogste afgeronde opleiding

Twee personen hebben slechts het basisonderwijs afgerond. Zij hebben beiden een vragenlijst ingevuld.

Drie deelnemers, één man en twee vrouwen hebben een Hbo-opleiding afgerond. Van deze drie deelnemers hebben er twee (één man en één vrouw) deelgenomen aan de evaluatiegroep.

Termijnen

Onze laatste drie deelvragen hebben we opgesplitst in drie termijnen. Deze termijnen geven aan hoe lang het geleden is dat men de 55+-groep gevolgd heeft. Hieronder vindt u een schematische weergave.

Tabel 9. Termijn

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nu	1	4,5	4,8	4,8
	< 6 maanden	7	31,8	33,3	38,1
	6 mnd- 1jr	1	4,5	4,8	42,9
	1- 1,5 jr	8	36,4	38,1	81,0
	1,5- 2 jr	2	9,1	9,5	90,5
	> 2 jr	2	9,1	9,5	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

We willen bij deze vraag benadrukken dat de aangegeven termijnen ingevuld zijn in maart 2009. Tijdens het uitkomen van dit onderzoek, liggen deze termijnen anders.

Eenentwintig deelnemers hebben deze vraag ingevuld, we missen er dus één. Van deze eenentwintig mensen hebben er acht de groep een jaar tot anderhalf jaar geleden gevolgd. Zeven mensen hebben de groep korter dan zes maanden geleden gevolgd. Wat opvalt, is dat slechts één persoon, die overigens een vragenlijst heeft ingevuld, op het moment van antwoorden de groep volgde. Deelvraag 4., waarin we ingaan op de ervaringen van deelnemers die op het moment van antwoorden de groep volgden, is dus niet representatief gebleken. Toch zullen we in hoofdstuk 7. weergeven wat deze deelnemer heeft ingevuld. Het is duidelijk dat deze deelnemer de vragen over de nazorg niet heeft kunnen beantwoorden.

Problematiek en periode

Om later de mate van gebruik van zowel voor als na het volgen van de groep te kunnen vergelijken, hebben we gevraagd wat het gebruik was voor de behandeling. Omdat we dit in de vorm van een open vraag gedaan hebben, is het lastig om dit schematisch weer te geven. Ook hebben een aantal mensen de hoeveelheid aangegeven in liters, terwijl anderen dit weer in het aantal glazen hebben gedaan. We zullen deze vergelijking per persoon doen, op het moment dat iemand in het hoofdstuk nazorg aangeeft dat hij of zij is teruggevallen of weer aan het gebruiken is.

Omdat de groep opgezet is voor vijftigplussers met een alcohol- en/of medicatieverslaving, lijkt de periode waarin men het gebruik als probleem ervaart interessant.

Tabel 10. Soort problematiek vs periode

Count

		Periode waarin de problematiek speelt				Total
		1 tot 5 jaar	6 tot 10 jaar	11 tot 20 jaar	> 20 jaar	
Soort problematiek	Alcoholproblematiek	4	6	5	6	21
	Medicatieproblematiek	1	0	0	0	1
Total		5	6	5	6	22

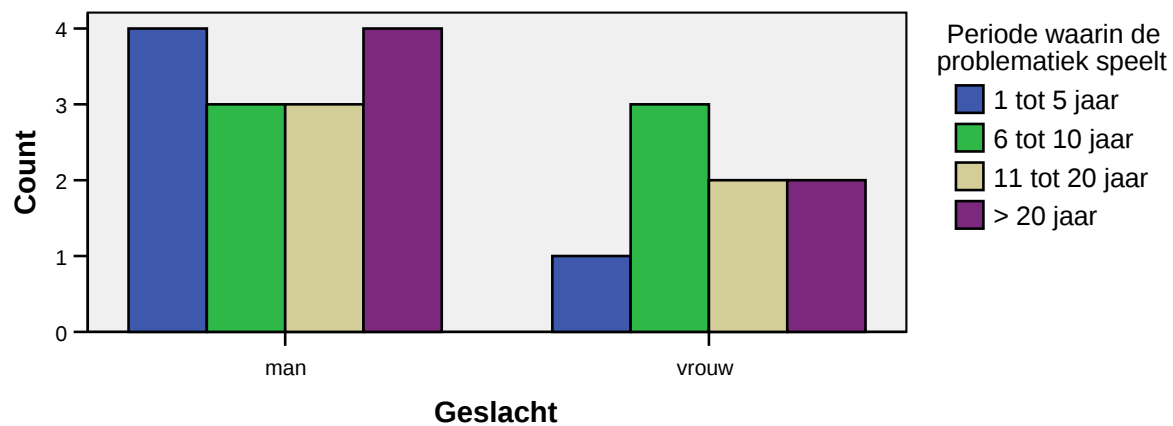
Wat als eerste opvalt, wanneer we de problematiek en de periode waarin deze problematiek speelt naast elkaar leggen, is dat slechts één van de tweeëntwintig deelnemers, een medicatieverslaving heeft. Deze problematiek speelt gedurende 1 tot 5 jaar. Omdat deze deelnemer, van het vrouwelijke geslacht, deelgenomen heeft aan de evaluatiegroep, hadden we de mogelijkheid om dieper op haar ervaringen in te gaan. Hierop komen we bij, onder andere, de behandeling terug.

Op een periode van 6 tot 10 jaar scoren zes mensen. Dit zijn evenveel mensen als het aantal dat aangeeft 20 jaar of meer last te hebben van een alcoholproblematiek. Daarnaast scoren op zowel de categorie 1 tot 5 jaar (inclusief de deelnemer met medicatieproblematiek), als op de categorie 11 tot 20 jaar, vijf deelnemers. Alle periodes worden dus redelijk gelijk vertegenwoordigd.

Als we kijken naar de duur van de problematiek, rekening houdend met de verdeling tussen het aantal mannen en vrouwen, veertien tegenover acht, kunnen we stellen de alcoholproblematiek het langste speelt onder de vrouwen (zie tabel 11.).

Slechts één vrouw geeft aan 1 tot 5 jaar last te hebben. Maar zoals hierboven al vermeld, gaat dat om een vrouw met een medicatieverslaving.

Tabel 11. Geslacht vs periode



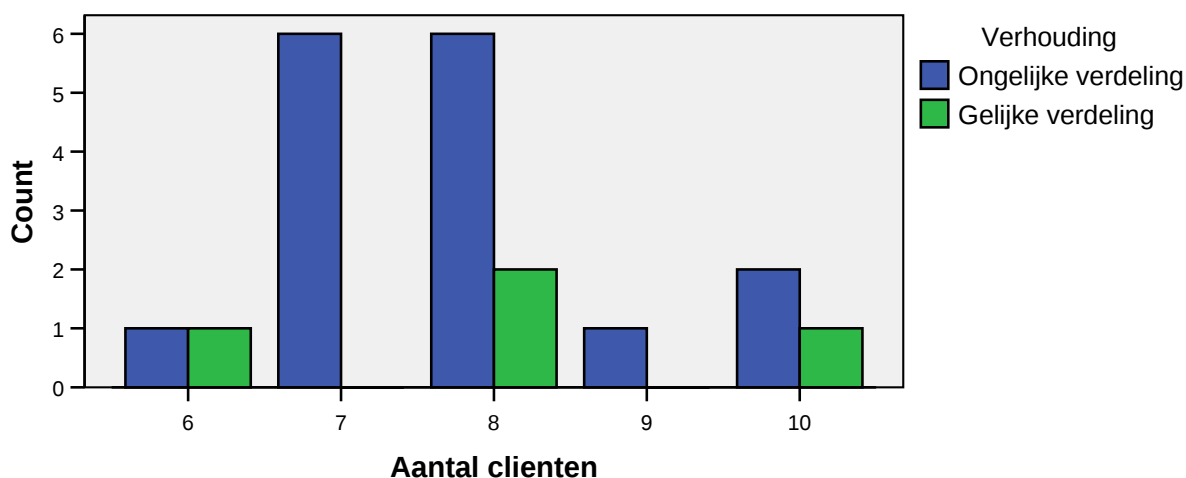
6.3. Resultaten 55+-groep

We hebben er voor gekozen om een apart gedeelte met algemene vragen over de 55+-groep op te stellen. Deze vragen hebben betrekking op de samenstelling van de groep en hoe men dit ervaren heeft.

Samenstelling groep

De eerste vraag betreft het aantal deelnemers in de groep. De tweede vraag over de verhouding tussen mannen en vrouwen. Om deze verhouding goed weer te geven, hebben we deze twee vragen samengevoegd in een tabel. De tabel hieronder geeft weer uit hoeveel personen de groep bestond en of de verdeling tussen mannen en vrouwen gelijk of ongelijk was. Twintig deelnemers hebben antwoord gegeven op deze vraag.

Tabel 12. Aantal cliënten vs sekseverhouding



In de gevallen waarin de verdeling ongelijk was, was het merendeel van het mannelijke geslacht. De volgende combinaties zijn genoemd;

- Eén keer genoemd: - 4 mannen, 2 vrouwen
- 4 mannen, 3 vrouwen
- 6 mannen, 1 vrouw
- 6 mannen, 3 vrouwen
- Drie keer genoemd: - 5 mannen, 3 vrouwen
- 6 mannen, 2 vrouwen

De combinaties die drie keer genoemd zijn, kunnen overigens gaan over dezelfde groep wanneer de deelnemers dezelfde groep gevolgd hebben. Dit is echter niet aan te tonen.

Bij de vraag hoe men het aantal deelnemers ervaren heeft, antwoordden dertien deelnemers dat ze dit prettig hebben gevonden. De overige twee deelnemers hebben geen antwoord gegeven op deze vraag. Deze resultaten hebben betrekking op de vijftien deelnemers van de vragenlijst.

Ook bij de vraag hoe men de verhouding tussen mannen en vrouwen ervaren heeft, antwoordden twaalf deelnemers met 'prettig'. Twee deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord, en één deelnemer gaf aan dat het niets uitmaakte. Deze resultaten hebben betrekking op de vijftien deelnemers van de vragenlijst.

Vijf deelnemers noemden als reden dat ze het leerzaam vonden. Het uitwisselen van verhalen, de verschillende kijk op de problematiek en de herkenning is voor deze vijf deelnemers van waarde geweest.

Veiligheid

Deze resultaten hebben betrekking op de vijftien deelnemers van de vragenlijst.

Waar één deelnemer niet antwoordt op de vraag of men zich veilig gevoeld heeft in de groep, antwoorden veertien deelnemers met 'ja'. Op de vraag waar dit mee te maken heeft, antwoordt een man, in de leeftijd van 60-64 jaar, dat hij de groep als prettig en open ervaren heeft.

Vrij voor inbreng

Hoe men geantwoord heeft op de vraag of men zich vrij voelde om een inbreng te hebben, kunt u zien in de tabel hieronder. Deze resultaten hebben betrekking op alle tweeëntwintig deelnemers.

Tabel 13. Vrijheid voor inbreng

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	20	90,9	90,9	90,9
	Nee	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Twintig deelnemers geven aan zich hiervoor vrij te voelen. Twee geven aan van niet. Bij de vraag naar de reden hiervan, antwoordt één deelnemer dat zij (vrouw in de leeftijd van 65-69 jaar) zich aanvankelijk niet vrij voelde, maar dat dit later beter werd. De ander (man in de leeftijd van 55-59 jaar) merkt op dat er geen verschil gemaakt werd in werkende en werkloze deelnemers. Volgens hem kregen "werkloze deelnemers meer aandacht met gezeur". Deze persoon heeft een vragenlijst ingevuld. Om die reden zijn we niet ingegaan op deze opmerking.

Aantal sessies

Zoals u in hoofdstuk 4. heeft kunnen lezen, worden er twee sessies per week aangeboden, gedurende zeven weken. Om na te gaan of dit aantal voldoende is, hebben we dit nagevraagd.

Tabel 14. Ervaringen aantal sessies

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Prettige hoeveelheid	16	72,7	76,2	76,2
	Te veel sessies	2	9,1	9,5	85,7
	Te weinig sessies	3	13,6	14,3	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Een ruime meerderheid van zestien deelnemers, geeft aan dat dit aantal sessies een prettig aantal is (vijf van deze zestien deelnemers heeft deelgenomen aan de evaluatiegroep).

Twee mensen geven aan dat ze het aantal sessies te veel vinden (beiden hebben een vragenlijst ingevuld).

Drie mensen vinden het aantal sessies te weinig en hadden graag meer bijeenkomsten per week gewild of over een langere periode (twee van deze drie mensen hebben deelgenomen aan de evaluatiegroep en konden dit toelichten).

6.4. Resultaten voorbereidingsgroep

Bij de vraag of men, voor aanvang van de 55+ behandeling, de voorbereidingsgroep heeft gevolgd, antwoorden slechts twee deelnemers met 'ja'. Dat betekent dat de onderstaande verwerkingen slechts betrekking hebben op deze twee personen. Beide personen hebben overigens een vragenlijst ingevuld. Dat betekent dat de deelnemers aan de evaluatiegroep geen van allen een voorbereidingsgroep heeft gevolgd.

Over de voorbereidingsgroep hebben we zes vragen gesteld. De twee deelnemers die de vragen beantwoord hebben zijn beide van het mannelijke geslacht. Voor het gemak noemen we ze hier deelnemer 1. en deelnemer 2. Deelnemer 1. valt in de leeftijdscategorie van 60-64 en heeft alle vragen beantwoord met 'helemaal mee eens'. Deelnemer 2. Is 75 jaar of ouder en heeft alle vragen beantwoord met 'mee eens'. Omdat dit zo opmerkelijk is, zullen we hier geen tabellen van laten zien.

De vragen omvatten het volgende;

- Tijdens de voorbereidingsgroep is voldoende informatie verkregen over de 55+ behandeling,
- Na het volgen van de voorbereidingsgroep waren de verwachtingen voor de 55+ behandeling duidelijk,
- Het was prettig om al kennis te maken met de groepsgenoten van de 55+ behandeling,
- Het aantal bijeenkomsten was voldoende,
- Het was geen probleem dat de voorbereidingsgroep begeleid werd door één van de twee hulpverleners van de 55+ behandeling,
- Dat er pas tijdens de 55+ behandeling kennis gemaakt werd met de tweede hulpverlener was geen probleem.

De twee deelnemers die de voorbereidingsgroep gevolgd hebben, hebben dus positief geantwoord op deze vragen.

6.5. Resultaten behandeling

Voor de resultaten van de behandeling is een inventarisatie van de antwoorden verkregen aan de hand van de ingevulde vragenlijsten en de evaluatiegroep.

De deelnemers van de evaluatiegroep vertelden dat zij door middel van een voorbereidend gesprek (intake gesprek met mevr. M. op de Weegh) met een hulpverlener al goed op de hoogte waren van de behandeling en begeleiding toen zij startten met de 55+ groep. De deelnemers van de vragenlijst gaven specifiekere antwoorden op de volgende vragen over de behandeling.

Vraag 26 betreffende voldoende informatie over behandel-, en begeleidingsmogelijkheden vooraf behandeling

Resultaat (evaluatiegroep en vragenlijst): van de tweeëntwintig deelnemers gaven twintig deelnemers aan voldoende informatie gehad te hebben over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden. Twee deelnemers hebben niets ingevuld.

Vraag 27 betreffende voldoende informatie aanpak behandeling en begeleiding

Resultaat (vragenlijst): elf deelnemers hebben voldoende informatie gekregen over de aanpak van de behandeling en begeleiding. Twee deelnemers hebben niet voldoende informatie gekregen en twee deelnemers hebben niets ingevuld.

Vraag 28 betreffende voldoende informatie over verwachtingen van resultaten behandeling en begeleiding

Resultaat (vragenlijst): twee deelnemers van de vragenlijst antwoordden niet voldoende ingelicht te zijn over de verwachtingen betreffende resultaten van behandeling en begeleiding. Tien deelnemers hebben wel voldoende informatie gekregen. Drie deelnemers hebben deze vraag niet ingevuld.

Vraag 29 betreffende voldoende medezeggenschap over behandeling en begeleiding

Resultaat (vragenlijst): twee deelnemers van de vragenlijst hebben niet voldoende informatie voorafgaand aan de behandeling gekregen of voldoende medezeggenschap over de behandeling, begeleiding. Elf deelnemers hebben wel voldoende informatie, medezeggenschap gehad/ervaren. Twee deelnemers hebben deze vraag niet ingevuld.

Vraag 30 betreffende de aanwezigheid van een behandel-, of begeleidingsplan

Resultaat (vragenlijst): elf deelnemers gaven aan dat er een behandel-, of begeleidingsplan aanwezig was. Drie deelnemers gaven aan dat er geen behandel-, of begeleidingsplan aanwezig was. Één deelnemer heeft deze vraag niet ingevuld.

Vraag 31 betreffende instemming behandel- of begeleidingsplan

Resultaat (vragenlijst): twaalf deelnemers zijn ingestemd met een behandel- of begeleidingsplan. Drie deelnemers hebben niets ingevuld.

Vraag 32 betreffende juiste aanpak problemen, klachten.

Resultaat (vragenlijst): twaalf deelnemers vonden deze behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor hun problemen, klachten. Drie deelnemers hebben deze vraag niet ingevuld.

Vraag 33 betreffende grip gekregen op problemen, klachten door behandeling.

Resultaat (vragenlijst): dertien deelnemers hebben door deze behandeling grip gekregen op hun problemen, klachten. Één deelnemer heeft geen grip gekregen op zijn problemen, klachten en één andere deelnemer heeft deze vraag niet ingevuld.

Vraag 34 betreffende beter om kunnen gaan met mensen, situaties waar men eerder problemen mee had.

Resultaat (vragenlijst): acht deelnemers kunnen door deze behandeling beter omgaan met mensen en situaties waar men voorheen problemen mee had. Drie deelnemers zijn het daarmee oneens. Vier deelnemers hebben deze vraag niet ingevuld.

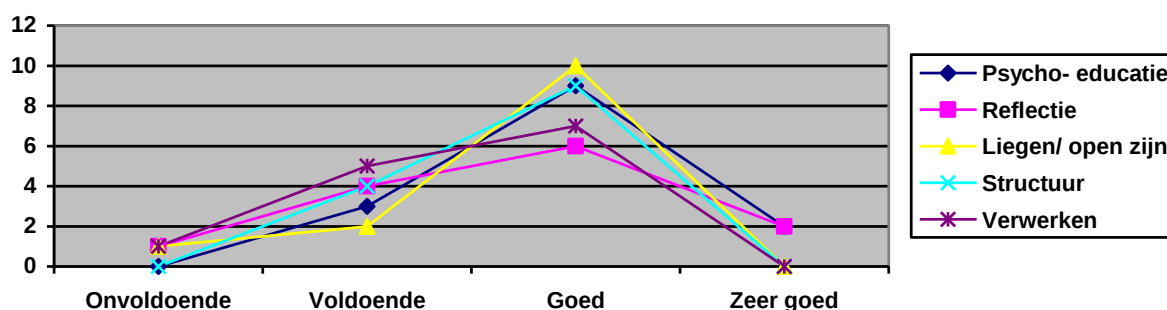
Thema's

De thema's die tijdens de 55+ groep ter sprake komen zijn, psycho- educatie, reflectie, liegen/ open zijn, structuur en verwerken.

Tijdens de evaluatiegroep kwam naar voren dat de deelnemers niet het idee hadden dat het specifieke thema's waren, maar meer onderwerpen die terloops ter sprake kwamen in de behandeling. Sommigen gaven aan het prettig gevonden te hebben om meer inzicht te krijgen in hoe de verslaving psychisch en fysiek werkt (psycho- educatie). Anderen gaven aan het thema structuur heel belangrijk gevonden te hebben. Zij waren alleen thuis en wanneer zij dagbesteding hadden was het ook makkelijker om abstinente te blijven en niet doorgaans de hele dag bezig te zijn met hun problematiek. Wat de deelnemers fijn vonden was de ruimte en tijd die werd genomen tijdens het bespreken van de onderwerpen/ thema's.

De deelnemers van de vragenlijst gaven over het algemeen aan dat de thema's voldoende besproken waren. Bij de thema's reflectie, liegen/ open zijn en verwerken werd bij alle drie één keer een onvoldoende gescoord. De beoordeling goed tot zeer goed overheerste voornamelijk bij de resultaten van de thema's. Het thema dat de meest veelzijdige stemmen kreeg was die van reflectie.

Tabel 15. Waardering thema's



Liegen/ open zijn

Een onderwerp dat veel speelt onder verslaafden is het liegen/ open zijn naar zichzelf en naar anderen. Het feit dat er stilgestaan wordt bij dit thema blijkt goed te vallen gezien de resultaten van de deelnemers.

Structuur

Het thema structuur scoort goed onder de deelnemers. Niet alleen de deelnemers van de vragenlijst geven dit een voldoende of een goede beoordeling, maar ook de deelnemers van de evaluatiegroep geven aan, dit een zinvol onderwerp/thema te vinden. De meeste deelnemers waren alleenstaand en waren gepensioneerd. Structuur werkte stimulerend en ondersteunend tijdens het abstinente blijven.

Verwerken

Bij het thema verwerken van de problematiek, verslaving en de erkenning ervan geeft één deelnemer een onvoldoende. De rest van de ondervraagden geeft een voldoende tot goede score.

Psycho- educatie

Tijdens de evaluatiegroep kwam naar voren dat er wel behoefte is naar meer psycho- educatie. Het wordt nu te beknopt gegeven en het zou prettig zijn wanneer daar toch wat dieper op ingegaan zou worden. De deelnemers van de vragenlijst geven als beoordeling, voldoende tot zeer goed.

Beleid en problematiek

De 55+ groep is voor cliënten met een problematisch alcohol of medicijn gebruik. Wat echter veel naar voren komt in de reader die de cliënten krijgen tijdens het volgen van de groep: er wordt ruim ingegaan op de alcoholverslaving en minimaal op de medicijnverslaving.

Wanneer we de reader doorlopen is het volgende op te merken:

Figuur 15. Verdeling problematiek en onderwerpen reader 55+ behandeling

	Onderwerp reader	Alcohol	Medicijnen	Algemene verslaving
1	Doelstelling	X	X	
2	Effecten alcohol/ combi	X	X	X
3	Thema's	X	Alleen in combinatie	X
4	Soorten drinkers	X		
5	Tips	X		
6	Invloed op rijden	X		
7	Alcoholgeschiedenis	X		
8	Weekschema	X	X	X
9	Schema verandering/ actie	X	X	X
10	Uitwerking verandering	X		
11	Terugvalanalyse	X		
12	Noodplan	X		
13	Sessies	X		X
14	Nazorg	X	X	X

Voor deelname aan de groep, wordt er een blaastest afgenomen. Van de deelnemers die de vragenlijst hebben ingevuld was bijna iedereen het ermee eens; één persoon gaf aan het niet eens te zijn met dit beleid. Vanuit de evaluatiegroep hebben we te horen gekregen dat zij het ook eens waren met dit beleid. Er zijn echter wel een paar aandachtspunten.

Wanneer een deelnemer gedronken heeft, wordt die toch wel toegelaten tot de groep. Wat voor nut of welk signaal willen de behandelaars afgeven met het afnemen van een blaastest?

Een deelnemster van de evaluatiegroep heeft een keer moeten blazen voorafgaande de groep terwijl zij een medicatieverslaving heeft. Zij heeft het gevoel gehad dat de behandeling meer over alcoholverslaving ging als over medicijnverslaving en is daarna ergens anders in behandeling gegaan.

Doelen

De resultaten van de vragenlijst en de evaluatiegroep verschillen onderling. Van de vragenlijst geeft meer dan de helft aan de persoonlijke doelen wel of bijna gehaald te hebben. Van de evaluatiegroep is meer dan de helft in verdere behandeling gegaan om deze doelen te behalen.

Vragenlijst

8 deelnemers hebben hun doel behaald

3 deelnemers hebben hun doelen bijna behaald

3 deelnemers hebben niet hun doelen behaald

1 deelnemer heeft niets ingevuld

Bijna alle deelnemers die hun persoonlijke doelen niet of bijna behaald hebben, zijn niet ingegaan op de vraag naar wat zij dan wel nodig hadden om hun doelen te behalen.

Één deelnemster die haar doelen niet behaald heeft, geeft aan bij deze vervolgvraag dat zij dieper op haar problematiek had willen ingaan tijdens de behandeling. Zij wist echter ook dat dit niet de bedoeling was van deze behandeling.

Onderstaande tabel geldt alleen voor deelnemers van de vragenlijst. Eén deelnemer heeft deze vraag niet beantwoord.

Tabel 16. Termijn vs doelen

		Doelen behaald tijdens deze behandeling			Total
		Ja	Bijna	Nee	
Groep gevolgd	Nu	1	0	0	1
	< 6 maanden	4	1	1	6
	1- 1,5 jr	2	1	2	5
	1,5- 2 jr	1	0	0	1
	> 2 jr	0	1	0	1
Total		8	3	3	14

Deelnemers evaluatiegroep

Vier deelnemers van de evaluatiegroep, waaronder de deelneemster met een medicatieverslaving, hebben hun doelen niet behaald en elders een verdere behandeling gevolgd. Drie deelnemers hebben hun doelen wel behaald of zijn gecontroleerd gaan drinken.

Een andere deelnemer die een alcoholverslaving had, gaf aan dat het meer ingaan op de lichamelijke gevolgen van de verslaving, meer inzicht in zijn problematiek gaf en hij van daaruit aan zijn doelen kon werken.

Systeem

Onderstaande tabel geldt alleen voor deelnemers van de vragenlijst. Vijf deelnemers hebben de vraag niet beantwoord.

Tabel 17. Systeem betrokken bij behandeling

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Voldoende	6	26,1	60,0	60,0
	Goed	3	13,0	30,0	90,0
	Zeer goed	1	4,3	10,0	100,0
	Total	10	43,5	100,0	
Missing	System	13	56,5		
Total		23	100,0		

De behandelaren van de 55+ groep bieden de mogelijkheid om de partner te betrekken bij de behandeling. Zij spreken dan af met cliënt en partner samen en kijken wat zij samen nodig hebben ter ondersteuning van de behandeling: het systeem of de partner kan steun geven tijdens het abstinente blijven. Daarnaast is het goed om problemen bespreekbaar te maken die er zouden bestaan met partner of systeem aangezien dit risicofactoren kunnen zijn voor een mogelijke terugval.

De deelnemers die deze vraag hebben beantwoord, laten blijken dat hun partner voldoende tot zeer goed is betrokken bij de behandeling.

Deelnemers evaluatiegroep

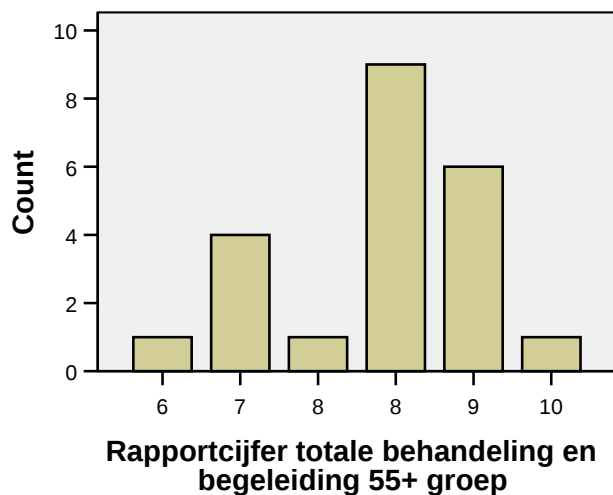
Één deelnemer van de evaluatiegroep heeft duidelijk aangegeven dat zijn partner bij de behandeling betrokken werd en dat dit een goede uitwerking heeft gehad op zijn relatie.

Rapportcijfer

In de vragenlijst en tijdens de groep hebben we de deelnemers gevraagd om een cijfer te geven voor de gehele behandeling en of zij nog op en/of aanmerkingen hebben ter verbetering van de 55+ groep. De cijfers waren erg lovend. Met name de rol en houding van de begeleider(s) hebben de deelnemers erg gewaardeerd, maar daarover meer bij de resultaten over de hulpverlening.

Onderstaande tabel geldt voor deelnemers van de vragenlijst en evaluatiegroep.

Tabel 18. Cijfers



Bijna de helft heeft de behandeling en begeleiding een **acht** gegeven, wat dan ook het gemiddelde is van alle deelnemers bij elkaar.

6.6. Resultaten nazorg

Vragenlijst

Er zijn twee deelnemers die niet voldoende hebben gehad aan de nazorg. De deelnemers die aangaven een terugval gehad te hebben geven de volgende risicofactoren weer:

- spanningen (scheiding, relationeel)
- het overschatten van hun eigen kunnen en het onderschatten van de effecten
- lichamelijke klachten/ tegenslagen
- drinkgelegenheid (feest) en geen weerstand kunnen bieden.

Onderstaand schema geldt alleen voor deelnemers van de vragenlijst.

Tabel 19. Termijn vs terugval

		Terugval na behandeling		Total
		Ja	Nee	
Groep gevolgd	Nu	0	1	1
	< 6 maanden	2	4	6
	1- 1,5 jr	3	2	5
	1,5- 2 jr	0	1	1
	> 2 jr	1	0	1
Total		6	8	14

In het schema is te zien dat de meeste terugval of de moeilijkste periode binnen de eerste 1,5 jaar ligt.

Deelnemers evaluatiegroep

Alle deelnemers vonden deelname aan de nazorggroep belangrijk. Het doel werd echter soms niet meer therapeutisch gezien, maar meer voor de gezelligheid en het uitje. Er was een deelnemer, die tijdens deelname aan de groep Campral slikte. Hij heeft het niet als noodzakelijk ervaren om deel te nemen aan de nazorggroep. Vanuit de groep werd hij gewezen op de werking van het middel. De vraag is of deze deelnemer, na het stopzetten van inname van Campral een terugval zal krijgen.

6.7. Hulpverlening

De cijfers geven aan dat de hulpverlening goed in elkaar zit van de 55+ groep. Tijdens de evaluatiegroep kwam naar voren dat de deelnemers met name de gelijkwaardigheid en het niet veroordelen heel positief en veilig hebben gevonden. Daarnaast gaven de deelnemers aan dat er tijd was voor individuele gesprekken en dat ze gehoord werden. De hulpverleners waren betrokken en leefden mee. Het feit dat de hulpverlening uit een man en vrouw bestond, werd door de deelnemers als prettig ervaren. Net als de verdeling in de groep waar de problematieken vanuit verschillend inzicht werden bekeken. De deelnemers gaven ook aan dat de deskundigheid niet geslachtsgebonden is en dat beide hulpverleners erg deskundig waren en problemen goed aanvoelden. De deelnemers hebben door deze benadering genoeg medezeggenschap bij de behandeling ervaren.

6.8. Samenvatting

Hoofdstuk 6 heeft een beeld gegeven over onze algemeen verkregen resultaten vanuit de evaluatiegroep en de vragenlijsten.

In paragraaf 6.2. resultaten doelgroep, zijn de volgende resultaten naar voren gekomen. Onder de 22 respondenten zijn veertien mannen en acht vrouwen in de leeftijd van 55 tot en met 75+. Het grootste aantal mannen is tussen de 55 en 64 en de meeste vrouwen vallen onder de leeftijdscategorie 60 tot 64. Meer dan de helft van de deelnemers woont met een partner en een kleiner deel woont alleen. De rest woont in een woonvorm/ instelling. De meesten die met partner samenwonen zijn getrouwd en diegene die alleen wonen zijn weduwnaar/ weduwe, gescheiden of ongehuwd. De meeste mannelijke deelnemers hebben als hoogst afgeronde opleiding MBO aangegeven. Bij de vrouwen ligt dat meer gespreid over MAVO/ MULO, VWO/ gymnasium/ atheneum en HBO. De meeste deelnemers komen uit de groep die één tot anderhalf jaar geleden gehouden is en minder dan zes maanden. De periode waarin de problematiek speelt is verspreid van één tot twintig jaar. Daar zitten geen extreme verschillen in. Wat wel opvalt, is dat er maar één deelneemster is met een medicijnproblematiek en dat de problematiek bij de vrouwen langer bestaat. Het aantal mannen wat respectievelijk één jaar of langer dan twintig jaar kampt met hun problematiek is vrijwel gelijk.

In paragraaf 6.3 gaan de resultaten over de 55+ groep. Er zijn meer mannen dan vrouwen. Het gemiddelde aantal vrouwen is twee tot drie per groep. De meeste deelnemers geven aan dat het prettig is dat de groepen gemengd zijn en vinden het leerzaam. De veiligheid is met uitzondering van één cliënt met een ja beantwoord en op twee na gaven alle deelnemers aan zich vrij te voelen om hun inbreng te hebben in de groep. Wat betreft de sessies van de 55+ behandeling, gaven zestien deelnemers aan dat ze het een prettige hoeveelheid vonden twee teveel en drie te weinig.

In paragraaf 6.4 gaat het over de resultaten van de voorbereidingsgroep. Slechts twee deelnemers hebben deze groep gevolgd en beoordeeld. De vragen over dit overbruggingstraject zijn allen positief beantwoord.

Paragraaf 6.5 bevat de resultaten van de behandeling. De eerste negen vragen gaan over het verstrekken van informatie en betrokkenheid van de deelnemer. Het merendeel heeft deze vragen met ja beantwoord en geeft hiermee aan voldoende informatie of betrokkenheid te hebben ervaren gedurende behandeling. Wat betreft de thema's die tijdens de behandeling ter sprake kwamen, geeft het merendeel van de deelnemers aan dat hier overwegend voldoende informatie over verstrekt is. Bij de behandelonderdelen komt naar voren dat er veel aandacht besteed wordt aan algemene en alcohol verslaving en summier aan medicatieverslaving. De deelneemster met een medicatieverslaving vond het daarom lastig om aansluiting te krijgen bij deze behandeling. De doelen zijn voor acht deelnemers behaald. De overigen hebben het bijna óf niet behaald. Op de vraag of het systeem voldoende betrokken is bij de behandeling, antwoordt het merendeel van voldoende tot zeer goed. Het waarderingscijfer dat gegeven is, ligt gemiddeld op een acht.

In paragraaf 6.6 waar aandacht is voor de nazorg gaat het onder andere over de terugval. De hoogste aantallen van deelnemers die een terugval hebben gehad zitten in de periode van minder dan zes maanden tot anderhalf jaar.

In paragraaf 6.7 wordt de hulpverlening ter sprake gebracht. Die werd door alle deelnemers als positief ervaren. Vooral de sfeer die zij creëerden, veilig, onbevooroordeeld en gelijkwaardig vonden de meesten prettig.

7. Resultaten tijdens het volgen van de 55+ behandeling

7.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we antwoord geven op onze vierde deelvraag, wat de resultaten zijn tijdens het volgen van de 55+ groep.

Bij deze deelvraag hebben we gekeken naar zaken als sociaal functioneren, het behalen van doelen, terugval en de ervaringen binnen de behandeling bij mensen die tijdens de afname van deze vragen de groep volgden.

In paragraaf 7.2. zullen we ingaan op de kenmerken van de deelnemers.

Paragraaf 7.3. bevat de samenstelling en overige ervaringen van de 55+behandeling

Niemand heeft op dat moment de voorbereidingsgroep gevolgd waardoor paragraaf 7.4. weinig inhoud heeft.

In paragraaf 7.5. gaan we in op de behandeling. Hier komen de onderwerpen informatie verstrekking, het wel/ niet gebruiken of bekend met behandel- of begeleidingsplan, thema's en de verkregen resultaten.

Paragraaf 7.6. Betreft de nazorg die op dat moment nog gevolgd moet worden.

In paragraaf 7.7. komt het onderwerp terugval ter sprake.

De resultaten over de hulpverlening komen aan bod in paragraaf 7.8.

7.2. Kenmerken deelnemers

Geslacht

Zoals al is weergegeven in paragraaf 6.2. Resultaten doelgroep, is er één deelnemer die tijdens het invullen van de vragenlijst de 55+ behandeling volgde. Deze deelnemer is van het vrouwelijke geslacht.

Leeftijd

De deelnemer valt in de leeftijdscategorie 60-64.

Burgerlijke staat en woon- en leefsituatie

De vrouw is gehuwd en woont samen met haar partner.

Hoogst afgeronde opleiding

Ze heeft als hoogst afgeronde opleiding MAVO/MULO ingevuld.

Problematiek

De vrouw heeft gedurende een periode van zes tot tien jaar problemen met alcohol.

7.3. 55+ behandeling

Samenstelling groep

De groep waar deze vrouw deel van uitmaakte, telde zeven deelnemers. Vier mensen hiervan zijn man, tegenover drie vrouwen. De vrouwelijke deelnemer geeft aan zowel het aantal als de verhouding tussen mannen en vrouwen prettig te vinden. Ze geeft hierbij als reden dat ze waarde hecht aan de leeftijdsklasse en de diverse ervaringen van zowel mannen als vrouwen.

Overige ervaringen

De deelnemer heeft zich veilig gevoeld in de groep. Waar dit mee te maken heeft gehad is niet duidelijk. Ook geeft ze aan dat ze zich vrij voelde om zaken in te brengen. Het aantal sessies vond ze een prettig aantal.

7.4. Voorbereidingsgroep

De deelnemer heeft de voorbereidingsgroep niet gevolgd.

7.5. Behandeling

Informatie

Met de vraag of er voldoende informatie verkregen is over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de 55+-groep voor aanvang, is de deelnemer het eens. Zo ook met de vraag of ze voldoende informatie heeft gekregen over de aanpak van haar behandeling of begeleiding en de te verwachten resultaten. De deelnemer heeft het idee dat ze voldoende medezeggenschap had over de behandeling.

Behandel- of begeleidingsplan

Volgens de deelnemer is er geen behandelplan opgesteld.

Thema's

Tijdens de groep zijn een aantal thema's naar voren gekomen die in paragraaf 4.2.2. Methodiek en methoden beschreven staan. De thema's liggen/open zijn, structuur en verwerking, sloten volgens de deelnemer 'goed' aan op de problematiek. De thema's psycho-educatie (voorlichting effecten alcoholgebruik) en reflectie (zelfinzicht), sloten volgens haar 'zeer goed' aan op de problematiek.

Resultaten

Of de deelnemer de 55+-groep de juiste aanpak vond voor haar problemen, is niet bekend. Ook de vraag of ze door de behandeling beter kan omgaan met mensen en situaties waar ze eerder problemen mee had, heeft ze niet beantwoord. Wel noemt ze meer grip op haar problemen en klachten te hebben gekregen door de behandeling.

Met de blaastest voor elke bijeenkomst, is de deelnemer het eens.

Ze geeft aan niets gemist te hebben in de behandeling, hoewel ze de nazorggroep nog moet volgen. Haar omgeving/partner is volgens de deelnemer 'zeer goed' bij de behandeling betrokken.

Op de vraag of ze haar doelen heeft behaald tijdens de behandeling, antwoordt ze met 'ja'. Ze geeft de totale behandeling het cijfer **9**.

7.6. Nazorg

Deze deelnemer moet de nazorggroep nog volgen. Daarnaast geeft ze aan dat er geen vervolgbehandeling komt.

7.7. Terugval

Bij deze deelnemer heeft er tijdens de behandeling geen terugval plaatsgevonden.

7.8. Hulpverlening

De deelnemer is zeer positief over de hulpverlening. Alle vragen heeft ze beantwoord met 'helemaal mee eens'. Dit houdt in dat ze de hulpverleners deskundig vindt op het gebied van haar problemen. Ze is tevreden over hun inzet en hun interesse in haar persoon en mening. Er is dan ook voldoende rekening gehouden met haar persoonlijke wensen. De hulpverleners hebben voldoende tijd voor haar vrij gemaakt en toonden voldoende respect en vertrouwen. Dat de hulpverlening zowel uit een man als een vrouw bestaat heeft voor de deelnemer een meerwaarde.

8. Resultaten tot zes maanden na de 55+ behandeling

8.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we antwoord geven op onze vijfde deelvraag, wat zijn de resultaten bij de deelnemers die tot zes maanden geleden de 55+ groep hebben gevolgd.

In paragraaf 8.2. gaan we in op de kenmerken van de deelnemers en maken onderscheid tussen resultaten verkregen vanuit de evaluatiegroep en/ of door middel van de vragenlijsten.

Paragraaf 8.3. gaat over de mogelijke veranderingen met betrekking tot het sociaal functioneren. De onderwerpen, juiste aanpak, grip op problematiek en omgang met anderen/ lastige situaties worden hierin toegelicht.

In paragraaf 8.4. wordt er ingegaan op de doelen die wel of niet behaald zijn.

Paragraaf 8.5. bevat informatie over de terugvalcijfers van deze deelnemers.

Paragraaf 8.6. bevat de resultaten met betrekking tot de cijferwaardering van deze deelnemers.

8.2. Kenmerken deelnemers

De deelnemers waar deze deelvraag betrekking op heeft, hebben allen maximaal zes maanden geleden de 55+-groep gevolgd. Omdat we van de deelnemers van de evaluatiegroep niet alle gegevens compleet hebben, zullen we deze groep apart verwerken en bespreken.

Geslacht

Deelnemers vragenlijsten

In het hier onderstaande schema staat, per termijn, het geslacht aangegeven.

Tabel 20. Geslacht vs termijn

Count

		Geslacht		Total
		man	vrouw	
Groep gevolgd	Nu	0	1	1
	< 6 maanden	4	2	6
	1- 1,5 jr	3	2	5
	1,5- 2 jr	1	0	1
	> 2 jr	1	0	1
Total		9	5	14

Zoals aangegeven hebben in totaal zes van de vijftien deelnemers die een vragenlijst hebben ingevuld, de groep tot maximaal zes maanden geleden gevolgd. Graag willen we benadrukken dat het gaat om het moment van invullen.

Deze groep van zes deelnemers bestaat uit vier mannen en twee vrouwen.

Deelnemer evaluatiegroep

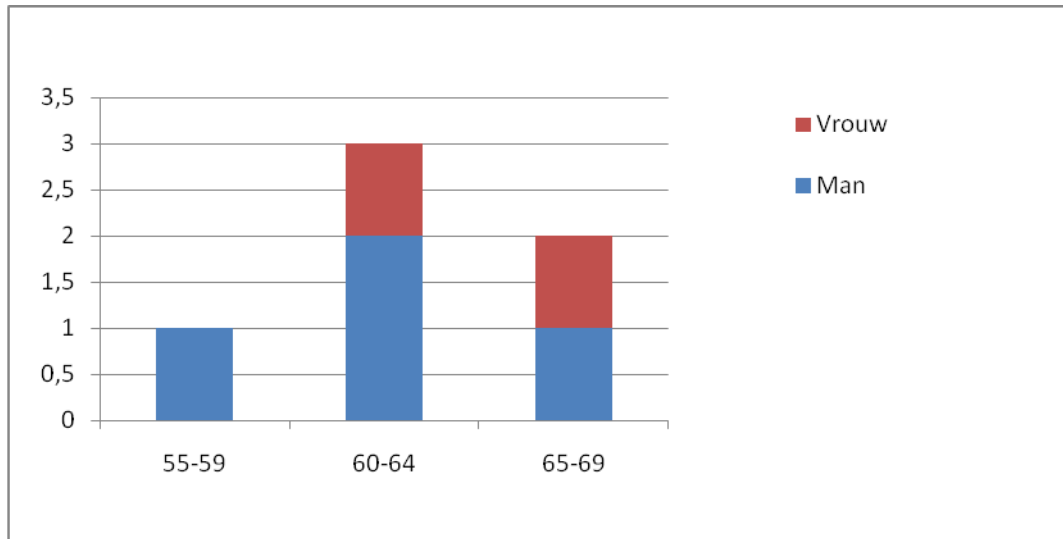
Vanuit de evaluatiegroep kwam één deelnemer naar voren die de groep tot maximaal zes maanden geleden heeft gevolgd. Deze deelnemer is van het mannelijke geslacht. Dit betekent dat er in totaal vijf van de tweeëntwintig deelnemers van het mannelijke geslacht zijn en de groep maximaal zes maanden hebben gevolgd.

Leeftijd

Deelnemers vragenlijsten

De zes deelnemers vallen in de eerste drie leeftijdscategorieën. In het schema hieronder staat de verdeling van leeftijd weergegeven in combinatie met de factor geslacht.

Tabel 21. Geslacht vs leeftijd



Deelnemer evaluatiegroep

De man uit de evaluatiegroep valt in de leeftijdscategorie 55-59 jaar. In totaal bevinden zich dus twee mannen van die leeftijd in deze categorie.

Burgerlijke staat en woon- en leefsituatie

Deelnemers vragenlijsten

Drie van de zes deelnemers woont samen met een partner. Alle drie zijn ze gehuwd. Hiervan zijn twee deelnemers van het mannelijke geslacht.

Twee van de zes, beide man, wonen alleen. Eén van hen is gescheiden, de ander is weduwnaar. De vrouw is woonachtig in een instelling of beschermde- of begeleidende woonvorm. Zij is nooit gehuwd geweest.

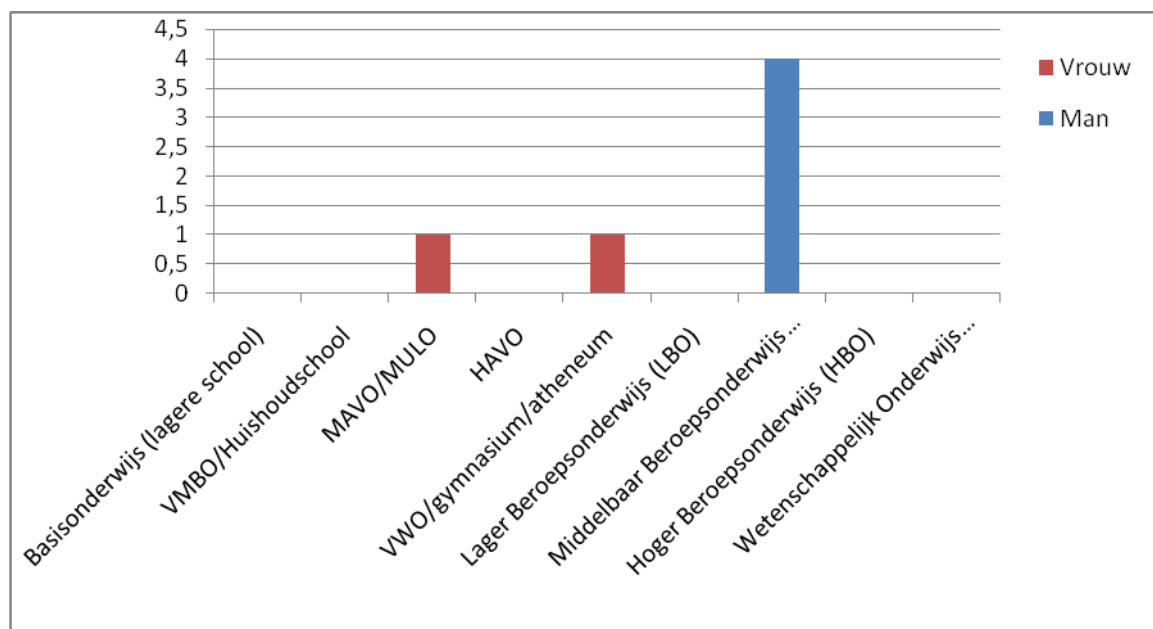
Deelnemer evaluatiegroep

Deze deelnemer woont alleen en is nooit gehuwd.

Hoogst afgeronde opleiding

Deelnemers vragenlijsten

Tabel 22. Geslacht vs hoogst afgeronde opleiding



Wat opvalt is dat alle mannen (vier), het Middelbaar Beroepsonderwijs hebben afgesloten. De twee vrouwen vertegenwoordigen de MAVO/MULO en het VWO/gymnasium/atheneum. De jongste vrouw heeft de MAVO/MULO afgerond.

Deelnemer evaluatiegroep

De man uit de evaluatiegroep heeft als hoogst afgeronde opleiding MAVO/MULO aangegeven. Dit is dus de enige man uit deze categorie die geen MBO afgerond heeft.

Problematiek

Deelnemers vragenlijsten

Deze zes deelnemers hebben allen een alcoholproblematiek. In het onderstaande schema staat de periode waarin deze problematiek speelt weergegeven.

Tabel 23. Termijn vs periode

Count

		Periode waarin de problematiek speelt				Total
		1 tot 5 jaar	6 tot 10 jaar	11 tot 20 jaar	> 20 jaar	
Groep gevolgd	Nu	0	1	0	0	1
	<u>< 6 maanden</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>6</u>
	1- 1,5 jr	1	1	2	1	5
	1,5- 2 jr	1	0	0	0	1
	> 2 jr	0	0	0	1	1
Total		3	4	3	4	14

Twee van de zes deelnemers heeft al langer dan twintig jaar last van problemen met alcohol. Dit zijn zowel een man als een vrouw. De twee deelnemers die gedurende een periode van 6-10 jaar kampen met alcoholproblemen zijn ook een man en een vrouw. Dat betekent dat de twee deelnemers waarbij de problematiek respectievelijk 1-5 jaar en 11-20 jaar speelt, beiden van het mannelijk geslacht zijn.

Deelnemer evaluatiegroep

De problematiek speelt bij deze man langer dan twintig jaar. Dit betekent dat drie van de drie van de zeven deelnemers binnen deze categorie al langer dan twintig jaar last heeft van de problematiek.

8.3. Veranderingen met betrekking tot sociaal functioneren

In deze paragraaf geven we antwoord op de vraag of de behandeling heeft bijgedragen aan het functioneren van de deelnemers die de 55+-groep tot maximaal zes maanden geleden hebben gevolgd.

Juiste aanpak

Allereerst zullen we nagaan of men van mening is dat de 55+-groep de juiste aanpak is geweest voor hun problemen.

Deelnemers vragenlijst

Vijf van de zes deelnemers geeft aan het eens te zijn met de stelling dat deze groep de juiste aanpak was voor hun problemen. De zesde persoon heeft niets ingevuld.

Deelnemer evaluatiegroep

Hoe de deelnemer van de evaluatiegroep hier over denkt is helaas niet bekend.

Grip op problemen door behandeling

Deelnemers vragenlijst

De zes deelnemers geven allen aan grip op hun problemen te hebben gekregen door het volgen van de 55+-groep.

Deelnemer evaluatiegroep

Of deze deelnemer ook grip heeft gekregen op zijn problematiek door het volgen van de 55+-groep, is helaas niet duidelijk. Hij geeft wel aan dat zijn problemen en doelen wel vaak ter sprake zijn gekomen in de groep.

Omgang met mensen en voorheen lastige situaties

Deelnemers vragenlijst

Vier van de zes geënquêteerden geeft aan dat ze beter in staat zijn om te gaan met mensen en voorheen lastige situaties. Eén persoon geeft aan van niet, de ander heeft niets ingevuld. Degene die aangeeft geen verbetering of verandering te zien op dit gebied, is een vrouw in de leeftijd van 60-64 jaar.

Tabel 24. Termijn vs omgang met mensen en situaties

		Omgang situaties, mensen verbeterd door behandeling, begeleiding		Total
		Eens	Oneens	
Groep	< 6 maanden	4	1	5
gevolgd	1- 1,5 jr	3	1	4
	1,5- 2 jr	1	0	1
Total		8	2	10

Deelnemer evaluatiegroep

Of de situatie op dit gebied veranderd of verbeterd is, is helaas niet geheel duidelijk.

8.4. Doelen

Of de doelen behaald zijn binnen deze groep is te zien in onderstaande tabel.

Tabel 25. Termijn vs doelen

		Doelen behaald tijdens deze behandeling			Total
		Ja	Bijna	Nee	
Groep	Nu	1	0	0	1
gevolgd	< 6 maanden	4	1	1	6
	1- 1,5 jr	2	1	2	5
	1,5- 2 jr	1	0	0	1
	> 2 jr	0	1	0	1
Total		8	3	3	14

Deelnemers vragenlijst

Vier deelnemers geven aan dat ze hun doelen tijdens de 55+-groep behaald hebben. Eén persoon, een man in de leeftijd van 60-64 jaar, geeft aan dat de doelen bijna behaald zijn. Een vrouw in de leeftijd van 65-69 geeft aan dat haar doelen niet behaald zijn. Tevens geeft zij in de vragenlijst aan dat ze verdere behandeling nodig had. Al tijdens de behandeling heeft er een forse terugval plaatsgevonden van meer dan vijf keer. Ze geeft aan na de terugval geen grip meer te hebben gekregen op haar problematiek. Op de vraag in welke mate ze weer is gaan gebruiken, antwoordt ze dat ze nu meer gebruikt dan voor de 55+-groep. Ze noemt de controle kwijt te zijn. Momenteel volgt ze nog behandeling in de vorm van een detoxbehandeling. Ze benadrukt aan het einde van de vragenlijst dat ze het gevoel heeft dat de groep en de hulpverleners hun best voor haar hebben gedaan. Haar huidige toestand staat hier volgens haar los van.

Deelnemer evaluatiegroep

Deze deelnemer gaf aan dat hij zijn doelen niet behaald heeft, door de terugval die hij gehad heeft. In welke mate hij teruggevallen is, is niet duidelijk. Hij heeft na de 55+-groep nog verdere behandeling gevolgd.

8.5. Terugval

Zoals hierboven al duidelijk werd zijn er twee deelnemers, die de groep tot zes maanden geleden gevolgd hebben, teruggevallen. Het betreft een vrouw, die een vragenlijst heeft ingevuld, in de leeftijd van 65-69 jaar. Zij is niet alleen teruggevallen, maar is weer fors aan het gebruiken, meer dan ze deed voor het volgen van de 55+-groep.

De man, die deelgenomen heeft aan de evaluatiegroep, is eenmalig teruggevallen en is doorgegaan in verdere behandeling voor het aanpakken van zijn problemen.

Tabel 26. Termijn vs terugval

		Terugval na behandeling		Total
		Ja	Nee	
Groep gevolgd	Nu	0	1	1
	< 6 maanden	2	4	6
	1- 1,5 jr	3	2	5
	1,5- 2 jr	0	1	1
	> 2 jr	1	0	1
Total		6	8	14

Van de zeven deelnemers, die de groep tot zes maanden geleden gevolgd hebben, zijn er dus twee teruggevallen in gebruik, waarvan één weer aan het gebruiken is en hier geen controle meer over heeft. Zij volgt nu een Detoxbehandeling.

8.6. Cijfer

Om een beeld te geven van de totale ervaringen, staat hieronder een schema weergegeven met de cijferwaarderingen die de deelnemers aan de gehele behandeling hebben gegeven.

Tabel 27. Termijn vs rapportcijfer

		Rapportcijfer totale behandeling en begeleiding 55+ groep				Total
		6	7	8	9	
Groep gevolgd	Nu	0	0	0	1	1
	< 6 maanden	1	1	2	2	6
	1- 1,5 jr	0	0	3	2	5
	1,5- 2 jr	0	0	0	1	1
	> 2 jr	0	1	0	0	1
Total		1	2	5	6	14

Gemiddeld waarderen deze zeven deelnemers de 55+-groep, inclusief de voorbereidingsgroep, de nazorg en de hulpverleners, met een **7,9**.

9. Resultaten tot anderhalf jaar na de 55+ behandeling

9.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we antwoord geven op onze zesde deelvraag, wat zijn de resultaten bij de deelnemers die tot anderhalf jaar geleden de 55+ groep hebben gevolgd.

In paragraaf 9.2. gaan we in op de kenmerken van de deelnemers en maken onderscheid tussen resultaten verkregen vanuit de evaluatiegroep en/ of door middel van de vragenlijsten.

Paragraaf 9.3. gaat over de mogelijke veranderingen met betrekking tot het sociaal functioneren. De onderwerpen, juiste aanpak, grip op problematiek en omgang met anderen/ lastige situaties worden hierin toegelicht.

In paragraaf 9.4. wordt er ingegaan op de doelen die wel of niet behaald zijn.

Paragraaf 9.5. bevat informatie over de terugvalcijfers van deze deelnemers.

Paragraaf 9.6. bevat de resultaten met betrekking tot de cijferwaardering van deze deelnemers.

9.2. Kenmerken deelnemers

Geslacht

Deelnemers vragenlijsten

In het hier onderstaande schema staat, per termijn, het geslacht aangegeven.

Tabel 28. Termijn vs geslacht

Count

		Geslacht		Total
		man	vrouw	
Groep gevolgd	Nu	0	1	1
	< 6 maanden	4	2	6
	<u>1- 1,5 jr</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>5</u>
	1,5- 2 jr	1	0	1
	> 2 jr	1	0	1
Total		9	5	14

In totaal hebben vijf deelnemers van de vragenlijst, de 55+-groep zes maanden tot anderhalf jaar geleden gevolgd. Drie deelnemers hiervan zijn van het mannelijke geslacht, de overige twee zijn vrouw.

Deelnemers evaluatiegroep

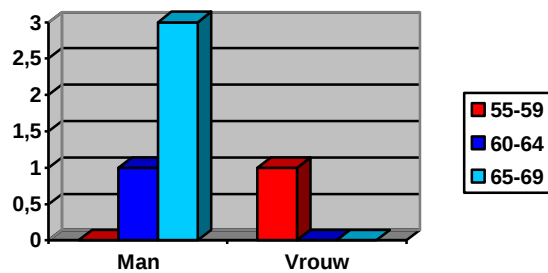
Er hebben zeven mensen deelgenomen aan de evaluatiegroep. Vier mensen hiervan vallen in de groep die de 55+-groep zes maanden tot anderhalf jaar geleden gevolgd heeft. Drie mensen van deze groep zijn van het mannelijke geslacht, de ander is van het vrouwelijke geslacht.

Leeftijd

Deelnemers vragenlijsten

In het schema hieronder worden de vijf deelnemers onderverdeeld in leeftijdscategorieën in combinatie met de factor geslacht.

Tabel 29. Geslacht vs leeftijd



Deelnemers evaluatiegroep

De drie mannen vallen alle drie in de categorie 60-64 jaar. De vrouw is wat ouder, namelijk tussen de 70 en 74 jaar.

Burgerlijke staat en woon- en leefsituatie

Deelnemers vragenlijsten

Drie deelnemers zijn woonachtig met een partner. Twee hiervan, zowel een man als een vrouw, zijn ook gehuwd. De derde is een gescheiden man.

Twee mannen wonen alleen. Zij zijn respectievelijk gescheiden en weduwnaar.

Deelnemers evaluatiegroep

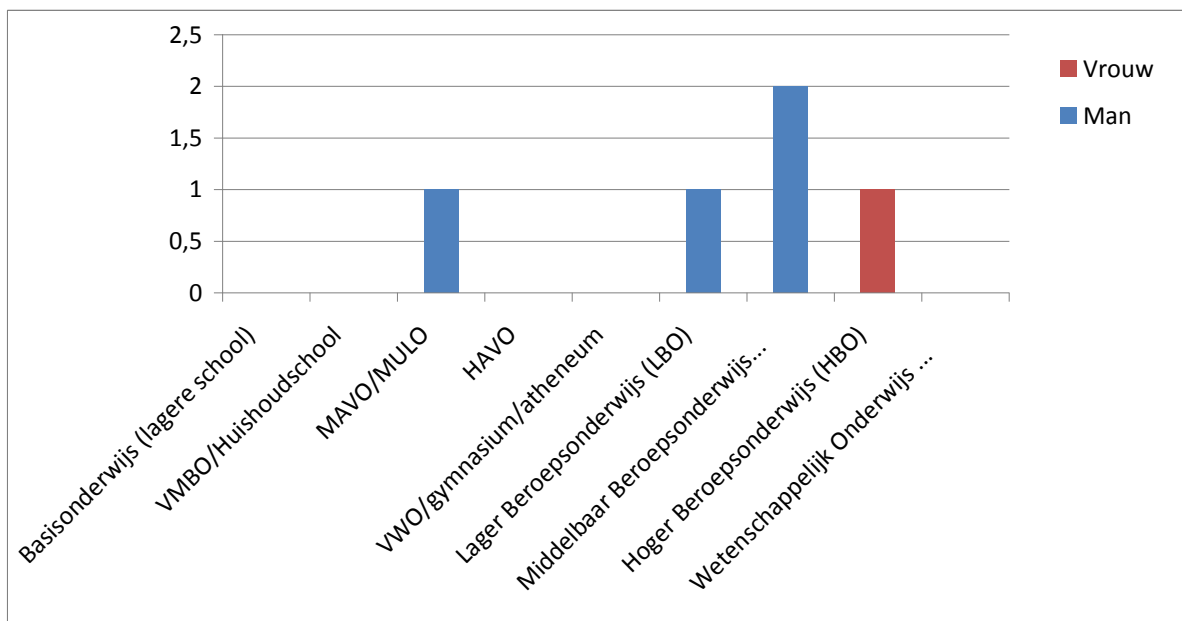
Twee van de drie mannen van de evaluatiegroep wonen alleen. Zij zijn ook respectievelijk gescheiden en weduwnaar. De andere man is gehuwd en woont samen met zijn partner en kinderen.

De vrouw is gehuwd en woont samen met haar partner.

Hoogst afgeronde opleiding

Deelnemers vragenlijsten

Tabel 30. Geslacht vs hoogst afgeronde opleiding



Ook binnen deze categorie deelnemers, hebben de meeste mannen een Mbo-opleiding afgerond. De overige twee mannen de MAVO/MULO en het Lager Beroepsonderwijs. De enige vrouw heeft het VWO/gymnasium/atheneum afgerond.

Deelnemer evaluatiegroep

Van de vier deelnemers van de evaluatiegroep, hebben er drie ook het Middelbaar Beroepsonderwijs afgerond. Dit drietal bestaat uit twee mannen en één vrouw. De laatste man heeft het HBO als hoogst afgeronde opleiding opgegeven.

Problematiek

Deelnemers vragenlijsten

Deze vijf deelnemers hebben allen een alcoholproblematiek. In het onderstaande schema staat de periode waarin deze problematiek speelt weergegeven.

Tabel 31. Termijn vs periode

Count		Periode waarin de problematiek speelt				Total
		1 tot 5 jaar	6 tot 10 jaar	11 tot 20 jaar	> 20 jaar	
Groep gevolgd	Nu	0	1	0	0	1
	< 6 maanden	1	2	1	2	6
	<u>1- 1,5 jr</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>5</u>
	1,5- 2 jr	1	0	0	0	1
	> 2 jr	0	0	0	1	1
Total		3	4	3	4	14

De vijf deelnemers zijn verdeeld over de verschillende periodes. Twee van de vijf kampen al 11 tot 20 jaar met de problematiek.

Deelnemers evaluatiegroep

Ook bij deze groep gaat het in alle gevallen over een alcoholproblematiek. Zij zijn ook verdeeld over de verschillende periodes.

De gehuwde man in de leeftijdscategorie 60-64, samenwonend met partner en kinderen, kampt al langer dan twintig jaar met zijn problematiek.

De gehuwde vrouw in de leeftijdscategorie 70-74, samenwonend met partner, heeft deze problematiek gedurende elf tot twintig jaar.

De gescheiden man heeft zes tot tien jaar problemen met alcohol. De weduwnaar gedurende één tot vijf jaar. Of dit verband heeft met de relatiebreuk of het overlijden van de partner is niet duidelijk. De gescheiden man geeft later in de vragenlijst aan dat de scheiding een reden was voor een terugval. Wij gaan er hierbij vanuit dat de scheiding later kwam en dat meneer niet daardoor de problematiek ontwikkeld heeft.

9.3. Veranderingen met betrekking tot sociaal functioneren

In deze paragraaf geven we antwoord op de vraag of de behandeling heeft bijgedragen aan het functioneren van de deelnemers die de 55+-groep tot anderhalf jaar geleden hebben gevolgd.

Juiste aanpak

Allereerst zullen we nagaan of men van mening is dat de 55+-groep de juiste aanpak is geweest voor hun problemen.

Deelnemers vragenlijst

De vijf deelnemers geven allen aan dat ze het idee hebben dat de 55+-groep de juiste behandeling was voor de aanpak van hun problemen.

Deelnemers evaluatiegroep

De deelnemers wisten, hoe positief ze ook waren over de groep, niet zeker of het de juiste aanpak was. Dit had ondermeer te maken met het feit dat ze weinig vergelijkingsmateriaal hadden. Voor een aantal van hen was dit de eerste aanpak voor hun problemen.

Grip op problemen door behandeling

Deelnemers vragenlijst

Vier deelnemers geven aan dat de door de behandeling weer grip op hun problemen hebben gekregen. Een alleenstaande, gescheiden man geeft aan dat dit voor hem niet geldt.

Deelnemers evaluatiegroep

Of deze deelnemers ook grip hebben gekregen op hun problematiek door het volgen van de 55+-groep, is helaas niet duidelijk.

Omgang met mensen en voorheen lastige situaties

Deelnemers vragenlijst

Drie van de vijf geënquêteerden geeft aan dat ze beter in staat zijn om te gaan met mensen en voorheen lastige situaties. Eén persoon heeft niets ingevuld.

Tabel 32. Termijn vs omgang met mensen en situaties

		Omgang situaties, mensen verbeterd door behandeling, begeleiding		Total
		Eens	Oneens	
Groep gevolgd	< 6 maanden	4	1	5
	<u>1- 1,5 jr</u>	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>4</u>
	1,5- 2 jr	1	0	1
Total		8	2	10

Deelnemers evaluatiegroep

Of de situatie op dit gebied veranderd of verbeterd is, is helaas niet geheel duidelijk.

9.4. Doelen

Of de doelen behaald zijn binnen deze groep is te zien in onderstaande tabel.

Tabel 33. Termijn vs doelen

		Doelen behaald tijdens deze behandeling			Total
		Ja	Bijna	Nee	
Groep gevolgd	Nu	1	0	0	1
	< 6 maanden	4	1	1	6
	1- 1,5 jr	2	1	2	5
	1,5- 2 jr	1	0	0	1
	> 2 jr	0	1	0	1
Total		8	3	3	14

Deelnemers vragenlijst

Twee deelnemers geven aan dat hun doelen tijdens de behandeling behaald zijn. Eén persoon geeft aan dat hij zijn doelen bijna behaald heeft. Twee personen, een man en een vrouw, geven aan dat hun doelen niet behaald zijn. De man geeft niet aan wat hiervoor de reden is. Volgens de vrouw had zij na de behandeling meer nodig. Zij heeft dan ook, op eigen verzoek, langer nazorg gehad.

Deelnemers evaluatiegroep

Van twee deelnemers is het niet duidelijk of zij hun doelen behaald hebben. Eén man geeft aan dat hij zijn doelen heeft behaald. Dit kwam volgens eigen zeggen doordat hij de groep als stimulerend heeft ervaren. Hierdoor werd hij vasthoudend om zijn doelen te behalen.

Een andere man, die overigens ook weduwnaar is, geeft aan dat hij zijn doelen niet behaald heeft. Hij is verdere behandeling gaan volgen om deze doelen alsnog te behalen.

9.5. Terugval

Deelnemers vragenlijsten

Van de vijf deelnemers die de 55+-groep zes maanden tot anderhalf jaar geleden gevolgd hebben, zijn er drie teruggevallen. Van één persoon is helaas niet duidelijk hoe dit verlopen is.

Een vrouw geeft aan zowel tijdens de nazorg als daarna teruggevallen te zijn. Bij de vraag hoe vaak dit is voorgekomen, vult ze 'meer dan vijf keer' in. Als reden noemt ze lichamelijke problemen en problemen in de familie. Hierdoor was ze onderhevig aan veel spanning. Ze geeft overigens wel aan, dat ze na deze terugvallen weer grip op haar problematiek heeft gekregen.

Ook een man geeft aan een terugval te hebben gehad. Volgens hem had dit te maken met een scheiding, zoals al eerder aangegeven onder 'problematiek'. Ook deze man geeft aan 'meer dan vijf keer' teruggevallen te zijn. Hij kan niet aangeven wanneer deze terugval plaatsvond. Op de vraag of hij weer grip heeft gekregen op de problematiek, antwoordt hij 'nee'. In de vragenlijst geeft hij aan momenteel weer te gebruiken en meer dan hij voor de groep deed.

Tabel 34. Termijn vs terugval

		Terugval na behandeling		Total
		Ja	Nee	
Groep gevolgd	Nu	0	1	1
	< 6 maanden	2	4	6
	<u>1- 1,5 jr</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>5</u>
	1,5- 2 jr	0	1	1
	> 2 jr	1	0	1
Total		6	8	14

Deelnemers evaluatiegroep

Eén deelnemer, man met langer dan twintig jaar problematiek, is niet teruggevallen maar zegt tot op heden gecontroleerd te drinken.

Eén man geeft aan geen trek meer te ervaren, maar zegt tevens dat hij Campral (medicijn tegen craving) gebruikt. Het feit dat er ruim stilgestaan werd bij de mogelijkheid tot terugval, heeft hij als onprettig ervaren. Hij vond dit niet stimulerend.

De derde man geeft aan wel teruggevallen te zijn, maar daarna weer grip op zijn problematiek te hebben gekregen. Deze man is weduwnaar. Of dit feit iets met de terugval te maken heeft, is helaas niet duidelijk geworden. Hij had gedurende één tot vijf jaar problemen met alcohol.

De vrouw van deze groep heeft geen terugval gehad.

9.6. Cijfer

Om een beeld te geven van de totale ervaringen, staat hieronder een schema weergegeven met de cijferwaarderingen die de deelnemers aan de gehele behandeling hebben gegeven.

Tabel 35. Termijn vs rapportcijfer

		Rapportcijfer totale behandeling en begeleiding 55+ groep				Total
		6	7	8	9	
Groep gevolgd	Nu	0	0	0	1	1
	< 6 maanden	1	1	2	2	6
	1- 1,5 jr	0	0	3	2	5
	1,5- 2 jr	0	0	0	1	1
	> 2 jr	0	1	0	0	1
Total		1	2	5	6	14

Het gemiddelde cijfer wat deze groep aan de totale behandeling geeft is een **8,4**.

10. Resultaten tot drie jaar na de 55+ behandeling

10.1. Inleiding

Uit de ingevulde vragenlijsten is gebleken dat twee deelnemers de 55+ behandeling langer dan anderhalf jaar geleden gevolgd hebben. Deze twee deelnemers willen we graag meenemen in de resultaten, omdat zij ervaringen hebben van de behandeling toen deze net was opgestart.

10.2. Kenmerken deelnemers

De volgende groep bevat twee deelnemers. De ene deelnemer is een Nederlandse man in de leeftijd van 60- 64 jaar. Hij is getrouwd en woont samen met zijn partner. De hoogst afgeronde opleiding die hij gevolgd heeft is op VWO, gymnasium, atheneum niveau. Zijn alcohol verslaving is één tot vijf jaar geleden ontstaan. Wat inhield dat hij 1- 1,5 liter wijn per dag tot zich nam. Anderhalf tot twee jaar geleden heeft hij deelgenomen aan de 55+ groep.

Deelnemer twee is een Nederlandse man tussen de 70 en 74 jaar. Hij is getrouwd en woont samen met partner en kinderen. Zijn hoogst afgeronde opleiding is een MBO opleiding. Zijn alcohol problematiek speelde al langer dan twintig jaar voor de groep en het is langer dan twee jaar geleden dat hij heeft deelgenomen aan de 55+ groep. Hij gebruikte ongeveer een halve liter per dag.

10.3. Verandering met betrekking tot sociaal functioneren

De eerste deelnemer heeft voor alle onderdelen aangegeven dat hij het eens was met de verstrekking van informatie of handvatten die hij aangereikt kreeg van de begeleiding. Hij heeft tevens ook zijn beoogde doelen behaald en heeft beter leren omgaan met situaties waar hij voorheen problemen mee had. De tweede deelnemer heeft alleen een duidelijk antwoord gegeven op de vragen met betrekking tot het behandel-, begeleidingsplan. Op deze punten is hij het overal eens geweest, de rest heeft meneer niet ingevuld. Deze deelnemer is nog steeds bezig met zijn beoogde doelen te realiseren.

10.4. Terugval

De eerste deelnemer heeft geen terugval gekregen na het volgen van de 55+ groep. De tweede deelnemer heeft wel een terugval gehad. Deze berust op onvrede en gevolgen van eenzaamheid.

10.5. Cijfer

De eerste deelnemer geeft de behandeling en begeleiding een negen. De tweede deelnemer geeft de behandeling een zeven.

11. Conclusie

Voor ons afstuderen hebben we ons verdiept in het onderwerp verslaving en met name de specifieke ouderenverslaving. Naar het onderwerp, verslaving onder ouderen, is tot nu toe nog weinig onderzoek gedaan. De laatste jaren is er echter een toename zichtbaar onder deze doelgroep, waardoor Centrum Maliebaan de 55+ behandeling heeft opgezet. Zij zijn van mening dat door de specifieke levensfase waar deze 55-plussers zich in bevinden, er behoefte is naar een aansluitende behandeling. Tijdens deze behandeling is er genoeg ruimte om stil te staan bij de levensfase en de mogelijke samenhang van problemen.

Door middel van ons onderzoek hebben we de behandeling geëvalueerd en hebben we onderzocht of deze behandeling voldoet aan de zorgvraag van deze doelgroep. Ook hebben we gekeken of er nog mogelijke verbeteringen toegepast kunnen worden om de behandeling te optimaliseren.

Vanuit de literatuur kwam naar voren dat verslaving ontwikkeld kan worden door onder andere de sociale omgeving en life-events, maar er ook een genetische aanleg aanwezig kan zijn. Om verslaving aan te pakken zijn er verschillende methoden inzetbaar om bewust te worden van de risicofactoren die een verslaving veroorzaken of in stand houden. De sociale omgeving speelt hier een grote rol in. Partners kunnen (on)bewust een grote rol spelen bij het in stand houden van de verslaving van hun partner. Door behandeling kan er inzicht gegeven worden in de problematiek en hoe deze aangepakt kan worden.

De 55+ behandeling behandelt, door toepassing van leefstijltraining vier en in samenhang met andere methodieken, de onderwerpen die voor deze doelgroep belangrijk zijn. Er wordt stilgestaan bij de risico's van het gebruik op deze leeftijd, wat de gevolgen kunnen zijn, er wordt inzicht gegeven in de problematiek en de aanpak hiervan.

De deelnemers zijn bevraagd aan de hand van vragenlijsten en in een evaluatiegroep om hun mening en ervaringen over deze behandeling te geven. Over het algemeen zijn de deelnemers tevreden over de behandeling en de hulpverlening. Met name de behandelaren werden hoog gewaardeerd door hun open en onbevooroordeelde houding.

Vanuit de geënteerde, kwam naar voren dat de behandeling aandacht heeft voor de leeftijd, fasen en problemen van de deelnemers. Velen gaven aan dat ze geen vergelijkingsmateriaal hadden om te weten of een algemene behandeling die niet gericht is op leeftijd, anders zou zijn geweest. De deelnemers vonden dat er genoeg betrokkenheid was vanuit de hulpverlening en door ongeveer dezelfde levensfase en leeftijd te hebben, ze sneller herkenning en erkenning kregen voor hun problematiek. Er was echter soms wel een verschil tussen de nog werkende en niet werkende 55-plussers, wat als niet aansluitend ervaren werd.

Het bleek dat de deelnemers die verdere behandeling nodig hadden, niet de juiste aansluiting vonden bij de 55+ behandeling door een te complexe verslavingsproblematiek of te weinig specifieke informatie kregen.

Uit onderzoek is gebleken dat de beperktheid van de resultaten van dit onderzoek inherent zijn aan deze doelgroep. We hebben te maken met een doelgroep bestaande uit ouderen met een verslavingsproblematiek. Er zijn een aantal kenmerken van deze doelgroep die wellicht een rol gespeeld hebben bij de lage respons van het onderzoek. Hierbij valt te denken aan: onbetrouwbaarheid in beloftes, het vergeten van dingen of chaotisch zijn. Daarnaast heeft de verwarring omtrent de brief wellicht ook bijgedragen aan de lage respons.

Als we onze hoofdvraag willen we beantwoorden, komen we tot de conclusie dat deze behandeling rekening houdt met de leeftijd van de deelnemers en zij zelf ook ervaren een goede aansluiting te hebben met hun leeftijdsgenoten door het kunnen delen van herkenbare situaties en de aandacht die zij kregen voor hun problematiek. Inhoudelijk zou er wel wat aangepast moeten worden aan het behandelingsaanbod om meer tegemoet te komen aan de zorgvraag van de deelnemers. Deze zijn terug te vinden in onze aanbevelingen.

12. Aanbevelingen

12.1. Inleiding

Aan de hand van de verkregen resultaten zullen we in dit hoofdstuk stilstaan bij de aanbevelingen die wij hebben over de behandeling en het beleid. Wij hebben een onderverdeling per paragraaf gemaakt om specifiek uitleg te geven, hoe we tot onze aanbeveling zijn gekomen per onderdeel van de behandeling.

In paragraaf 12.2 zullen wij ingaan op de aanbevelingen met betrekking tot de voorbereidingsgroep. In paragraaf 12.3 staan wij stil bij de 55+ groep. Paragraaf 12.4 de behandeling, paragraaf 12.5 nazorg en tot slot paragraaf 12.6. In paragraaf 12.7 zullen we alle aanbevelingen nog een keer voor u op een rij zetten.

12.2. Voorbereidingsgroep

Voorafgaande de 55+ groep is het mogelijk om te beginnen met het voortraject, de voorbereidingsgroep. Elke acht weken start er een nieuwe 55+ groep, waardoor het voortraject kan verschillen tussen de deelnemers van de voorbereidingsgroep. Dit hangt af van de instroom van de 55+ groep. Onze aanbeveling over de voorbereidingsgroep is gebaseerd op het doel van de voorbereidingsgroep. De voorbereidingsgroep heeft als doel om kennis en inzicht te krijgen in de behandeling en de verslaving van de cliënt. Uit onze resultaten is gebleken dat zes deelnemers van de vragenlijst en drie van de evaluatiegroep zijn teruggevallen en verdere hulp of behandeling na de 55+ groep nodig hadden. De behandeling was voor hen niet voldoende aansluitend op hun zorgvraag of de problematiek te complex voor de 55+ groep.

Een voorbereidingsgroep zou kunnen dienen om van beide kanten (cliënt en behandelaar) te ervaren of verdere behandeling aansluit bij de zorgvraag van de cliënt, waardoor de mogelijkheid om voortijdig stoppen of het risico op terugval na de groep, te verkleinen.

Onze aanbeveling:

1. iedere deelnemer standaard drie keer een voorbereidingsgroep te laten volgen om daarna een evaluatiegesprek te laten plaatsvinden en de bevindingen van deze drie keren te delen. Vanaf dat moment kan er overwogen worden om deel te nemen aan de 55+ groep of door te verwijzen naar een behandeling die meer zorg biedt en beter aansluit bij de zorgvraag van de cliënt.

12.3. 55+ behandeling

De 55+ behandeling bestaat nu uit mannen en vrouwen. De deelnemers van zowel de vragenlijst als de evaluatiegroep gaven aan het fijn te vinden dat er geen seksspecifieke groepen waren. Er werd aangegeven dat de mix van mannen en vrouwen verhelderend is. Mannen en vrouwen kunnen bepaalde dingen vanuit een ander perspectief bekijken wat als waardevol ervaren werd door de deelnemers.

Onze aanbeveling:

2. De groepen gemengd voortzetten.

12.4. Behandeling

De 55+ behandeling is voor cliënten met een alcohol- en medicatieverslaving: echter de reader bevat meer onderwerpen over een alcoholverslaving dan medicatieverslaving. Dit werd door een deelnemster van de evaluatiegroep aangegeven. Zij miste de specifieke onderwerpen over medicatieverslaving en heeft daardoor nog verdere specifieke behandeling moeten volgen. Het beleid om voor deelname aan de 55+ behandeling een blaastest af te laten nemen was voor een ieder duidelijk. Het doel ervan werd echter soms onduidelijk, bijvoorbeeld toen de deelnemster met een medicatieverslaving ook moest blazen. Daarnaast is het beleid dat men nuchter moet zijn voor deelname. Tijdens de evaluatiegroep kwam naar voren dat dit een streven was, maar dat in sommige gevallen men wel wat gedronken had en de meter uitsloeg. Ondanks dat mocht de cliënt wel

deelnemen aan de groep. Daarnaast kwam in de evaluatiegroep naar voren dat de thema's die ter sprake kwamen tijdens de behandeling niet specifiek genoemd werden, maar terloops. Sommige deelnemers hadden behoefte om meer informatie te krijgen over een specifiek thema. Met het oog op terugval, komen de onderwerpen signalering en het schrijven van een noodplan in week zes aan bod. Gezien het aantal terugvallen en het belang van dit onderwerp lijkt het ons verstandig om met deze onderwerpen eerder te starten.

Onze aanbevelingen:

3. De reader en de informatie voor de behandeling zijn voornamelijk toegespitst op algemene of alcohol verslaving. Wij stellen voor om, specifieke onderdelen toe te voegen aan de reader met betrekking tot medicatieverslaving. Afhankelijk van de deelnemers die een medicatieverslaving hebben, de nodige specifieke informatie verstrekken over een medicatieverslaving.
4. Het verwijzingssysteem van 1^e lijn¹ en 2^e lijn² op de hoogte houden van het behandel aanbod van de 55+ behandeling. Voor welke doelgroep is deze behandeling geschikt. Behandeling medicatie en alcoholverslaving duidelijk neerzetten.
5. Duidelijk beleid stellen en informatie geven rondom de blaastest.
6. De thema's die nu ter sprake komen nog een keer duidelijk laten terugkomen op het einde van de behandeling.
7. In week 3 beginnen met uitleg geven over signalering en het schrijven van een noodplan.

12.5. Nazorg

Tijdens de evaluatiegroep kwam naar voren dat nazorg voor de deelnemers een belangrijk onderdeel is van de behandeling. Ze zagen de nazorg echter meer als reünie en gezellig bijpraten als een verdere aflopend traject met behandelonderdelen. Wij vragen ons af of het doel van de nazorg voldoende duidelijk is bij de deelnemers en welk signaal de behandelaren afgeven. Heeft het contact met de behandelaren een formeel therapeutisch karakter of is het te informeel? Voor ons onderzoek hebben wij alle deelnemers benaderd die mee gedaan hebben aan de 55+ behandeling. De respons was minder dan we hadden verwacht en velen van de evaluatiegroep gaven aan dat het alweer een tijd geleden was. Onze resultaten zijn dus zeker niet valide te noemen.

Onze aanbevelingen:

8. Met betrekking tot het informele/ formele therapeutische karakter van de nazorg, is onze aanbeveling een 'vervolgreader' te ontwikkelen, waar de onderwerpen beschreven worden die tijdens de nazorg besproken worden. Bijvoorbeeld het opnieuw stilstaan bij het signaleren en het maken van een noodplan, doelen bespreken en het eventueel ervan bijstellen. Dit geeft meer structuur en een formeel therapeutisch karakter.
9. Een evaluatieformulier ontwikkelen dat elke deelnemer aan het einde van de nazorg invult. De bevindingen kunnen dan verwerkt worden en de behandeling kan op deze manier optimaal gehouden worden.

12.6. Hulpverlening

De deelnemers gaven aan dat de hulpverleners beiden adequaat en professioneel waren en dat het niet uitmaakte van welke leeftijd of van welk geslacht ze zijn. Over dit onderdeel hebben we geen specifieke aanbeveling.

¹ De eerstelijnsgezondheidszorg is de "rechtstreeks toegankelijke" hulp. Elke zorgzoekende kan zonder beperking beroep doen op een hulpverlener. Bijvoorbeeld een huisarts, thuisverplegende, tandarts, eerstelijns psycholoog.

² De tweedelijnsgezondheidszorg wordt gevormd door hulpverleners die slechts na verwijzing kunnen worden geconsulteerd. Bijvoorbeeld een gespecialiseerde arts, psycholoog, psychiater.

12.7. Aanbevelingen op een rij

1. Iedere deelnemer standaard drie keer een voorbereidingsgroep te laten volgen om daarna een evaluatiegesprek te laten plaatsvinden en de bevindingen van deze drie keren te delen. Vanaf dat moment kan er overwogen worden om deel te nemen aan de 55+ behandeling of door te verwijzen naar een behandeling die meer zorg biedt en beter aansluit bij de zorgvraag van de cliënt.
2. De groepen gemengd voortzetten.
3. De reader en de informatie voor de behandeling zijn voornamelijk toegespitst op algemene of alcohol verslaving. Wij stellen voor om, specifieke onderdelen toe te voegen aan de reader met betrekking tot medicatieverslaving. Afhankelijk van de deelnemers die een medicatieverslaving hebben, de nodige specifieke informatie verstrekken over een medicatieverslaving.
4. Het verwijzingssysteem 1^e en 2^e lijn, up to date houden over het behandelaanbod van de 55+ behandeling. Voor welke doelgroep is deze behandeling geschikt. Behandeling medicatie en alcoholverslaving duidelijk neerzetten.
5. Duidelijk beleid stellen en informatie geven rondom de blaastest.
6. De thema's die nu ter sprake komen nog een keer duidelijk laten terugkomen op het einde van de behandeling.
7. In week 3 beginnen met uitleg geven over signalering en het schrijven van een noodplan.
8. Met betrekking tot het informele/formele therapeutische karakter van de nazorg, is onze aanbeveling een 'vervolgreader' te ontwikkelen, waar de onderwerpen beschreven worden die tijdens de nazorg besproken worden. Bijvoorbeeld het stilstaan bij het signaleren en het maken van een noodplan, doelen bespreken en het eventueel ervan bijstellen. Dit geeft meer structuur en een formeel therapeutisch karakter.
9. Een evaluatieformulier ontwikkelen dat elke deelnemer aan het einde van de nazorg invult. De bevindingen kunnen dan verwerkt worden en de behandeling kan op deze manier optimaal gehouden worden.

Naar aanleiding van het lunchreferaat dat op dinsdag 21 april 2009 heeft plaatsgevonden kwam het verzoek/de aanbeveling om na een jaar te evalueren wat er met onze aanbevelingen gedaan is en wat de resultaten dan zijn van de 55+ behandeling.

10. Na een jaar evaluatie 55+ behandeling.

Literatuurlijst

Literatuur

Allewijn, M. en Miesen, B. *Zorg om ouderen: een leidraad voor de mantelzorger* (2006). Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum, Houten. ISBN 9031343277

American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (1995) 4th edition, Washington. ISBN 0890420629

Ansoms, S. e.a. *Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik* (2004). Uitgeverij Garant-Uitgevers, Antwerpen/Apeldoorn. ISBN 9041115588

Baarda D.B., Goede, de M.P.M. *Basisboek Methoden en technieken: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek* (2006). Uitgeverij Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten. ISBN 902073315

Buijsen, H. e.a. *Verslaving bij ouderen: preventie, signalering en aanpak* (1996). Uitgeverij Intro, Baarn. ISBN 9055740829

Casselmann, J., *Met vallen en opstaan: motivatiebevordering en terugvalpreventie bij alcohol- en andere drugproblemen* (1996). Uitgeverij Garant, Leuven-Apeldoorn. ISBN 9053504613

Donders, dr. N.C.G.M., Snelders, drs. Pieters, prof. dr. T. e.a., *Alcoholisme en het genetische venster, een nieuwe kijk op alcoholverslaving?* (2006) Uitgeverij Hooiberg, Epe, ISBN 10: 9069622270

Ehlers S., Volkens A., *Gespreksvaardigheden voor de hulpverlener* (2004) Uitgeverij HB Uitgevers, Baarn. ISBN 9055743879

Epen, van H. *Drugsverslaving en alcoholisme: kennis en achtergronden voor hulpverleners* (2002). Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum, Houten. ISBN 9031337862

Hancock, B.L. en Dijk, van J. *Maatschappelijk werk en de zorg voor ouderen* (1994). Uitgeverij Van Gorcum, Assen. ISBN 9025500692

Heine B. ter, *Alcoholisten en hun partners* (1993) Uitgeverij Swets & Zeitlinger, Lisse, ISBN 902651374 7

Hendrix H., *Werkboek sociologie* (2005). Uitgeverij Nelissen, Barneveld. ISBN 9789024416936

Kaiser, L.H.W.M. *Psychiatrie toelicht* (2007). Uitgeverij Garant-Uitgevers, Antwerpen/Apeldoorn. ISBN 9044121596

Koob, G.F. en Le Moal, M. *Neurobiology of Addiction* (2005) Uitgeverij Elsevier Academic Press, Amsterdam. ISBN 0124192394

Loth, C. e.a. *Verslaving en de verpleegkundige praktijk* (2007) 1^e dr. 2^e oplage. Uitgeverij Elsevier, Maarssen. ISBN 9035219856

Meer, van K., van Nijenhof J., Bouwens M., *Elementaire sociale vaardigheden* (2001) Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. ISBN 903133538

Meulenbelt A. en Wevers A., *Vrouwen en alcohol* (1994) Uitgeverij Boumanhuis, Rotterdam, ISBN 905515 0037

Miller W.R. en Rollnick S., *Motiverende gespreksvoering* (2005) Uitgeverij Ekklesia, ISBN: 9789075569391

Mirin, S.M. en van der Wurff, F.B. (vertaler), *Behandelingsrichtlijnen alcohol, cocaïne en opiaten: diagnostiek, ziektekenmerken en behandelingsprincipes in aansluiting op de dsm-IV* (1998). Uitgeverij Swets & Zeitlinger, Lisse. ISBN 9026515081

Oost, H. *Een onderzoek uitvoeren* (2004) 1^e dr. Uitgeverij HB Uitgevers, Baarn. ISBN 9055743739

Oost, H. en Markenhof, A. *Een onderzoek voorbereiden* (2004) 1^e dr. Uitgeverij HB Uitgevers, Baarn. ISBN 9055743763

Remmerswaal J., *Handboek groepsdynamica, een inleiding op theorie en praktijk* (2006) Uitgeverij Nelissen, Barneveld. ISBN 9789024416486

Rögels N., *Levensloopspsychologie jeugdvolwassenen, volwassenen en oudere volwassenen* (2005) Uitgeverij Nelissen, Barneveld. ISBN 9789024416578

Roos, de S., Bassant J., *Methoden voor sociaal pedagogische hulpverleners* (2003) Uitgeverij Coutinho, Bussum. ISBN 9789062833740

Roos, de S., van Dinther M., Terpstra J., *Preventie in de sociaal pedagogische hulpverlening* (2003). Uitgeverij Coutinho, Bussum. ISBN 9789062833726

Stel, van der J., *Wat elke professional over verslaving moet weten* (2007). Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum, Houten. ISBN 978903135169

Stewart I., *Transactionele analyse, het handboek voor persoonlijk en professioneel gebruik* (1996) Uitgeverij SWP, ISBN 10 :9066652039

Swanborn, P.G. *Evalueren: het ontwerpen, begeleiden en evalueren van interventies: een methodische basis voor evaluatie-onderzoek* (1999). Uitgeverij Boom, Amsterdam. ISBN 9053525483

Vandereycken Prof.dr. W., Hoogduin Prof. dr. C.A.L., Emmelkamp Prof. dr. P.M.G., *Handboek psychopathologie deel1 basisbegrippen* (2004) Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. ISBN 9031331902

Verhoeven, N. *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (2007) 2^e dr. Uitgeverij Boom onderwijs, Amsterdam. ISBN 9789047300014

Internet

Alcoholinfo: initiatief van Trimbos-instituut

- <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=knooppunt.tonen&pagina=2>
- <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=18>
- <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&a=2&b=13&c=191&d=193>
- <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=194>
- <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=195>
- <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=287>
- <http://www.alcoholvoorlichting.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=286>
- <http://www.alcoholvoorlichting.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=287>
- <http://www.alcoholvoorlichting.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=347>

Centraal Bureau voor de statistiek (CBS)

- <http://www.cbs.nl>

Centrum Maliebaan: Instelling voor verslavingspsychiatrie

- <http://www.centrummaliebaan.nl/>

Tekst van Centrum Maliebaan Detoxificatiecentrum Utrecht 1993

- http://www.vansanten.com/projectaadoc/cirkels/de%20cirkels%20van%20van%20dijk%2001_%20Inhoudsopgave.htm

Crisis Care: Addiction Treatment

- http://www.crisiscare.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=103

Databank 'De vraag aan bod'. Instrumenten en methodieken

- <http://www.devraagaanbod.nl/instrumenten/?instrument=15>

DGV: Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

- <http://www.medicijngebruik.nl/>
- <http://www.medicijngebruik.nl/downloads/fto-materialen.html>

Goed gevoel: Gezondheid/psycho

- <http://www.goedgevoel.be/gg/nl/64/Alcoholisme/article/detail/266749/2008/05/06/Meer-vrouwen-met-alcoholverslaving.dhtml>

Hulpguids: Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg

- <http://www.hulpguids.nl/ziektebeelden/verslaving/alcohol.htm>
- <http://www.hulpguids.nl/ziektebeelden/verslaving/verslaving.htm>
- <http://www.hulpguids.nl/ziektebeelden/verslaving/medicijnen.htm>

IVO: Wetenschappelijk bureau voor onderzoek, expertise en advies op het gebied van leefwijzen, verslaving en daaraan gerelateerde maatschappelijke ontwikkelingen

- <http://www.ivo.nl/?id=610>

Jellinek: Instelling voor verslavingszorg en verslavingspreventie

- <http://www.jellinek.nl/hulp/content.php?i=49>

Kennisring: Informatieplatform voor gezondheid

- <http://www.kennisring.nl/smartsite.dws?id=55794>
- <http://www.kennisring.nl/smartsite.dws?id=55799>

Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie

- <http://ouderenpsychiatrie.nl>
- <http://ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=174>
- <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=584>
- <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/2/infotype/webpage/view.asp?objectID=506>

NIGZ: Ondersteunt professionals en organisaties bij de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbevordering

- http://doca.nigz.nl/transtheoretisch_model.pdf

Ouderen, kwaliteit van leven en sociale steun

- <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/1936406/c2.pdf>

Parnassia: Psycho-medische zorg

- <http://www.parnassia.nl/Footer/over-parnassia>

- <http://www.parnassia.nl/Psychiatrie/zorgprogramma/hulp,/Zorgprogramma/voor-ouderen/verslaving-ouderen#zp2>

Proceeding of the National Academy of the Sciences of the United States of America

- <http://www.pnas.org/content/105/26/8809.short>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM): Nationaal Kompas Volksgezondheid

- http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_afhankelijk.html

- http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7147n36730.html

- http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7183n19086.html

Stichting Eliart: Verslaving en verslavingszorg

- <http://www.verslaving.org/index.html>

Stichting Informatievoorziening Zorg (SIVZ)

- <http://www.sivz.nl/content/execute.php?dir=152&taal=1>

- http://www.sivz.nl/content/_files/Kerncijfers_Verslavingszorg_2006.pdf

- http://www.sivz.nl/content/execute.php?dir=home&taal=1&r=1024*768&from=www.zorggegevens.nl&ip=

Trimbos-instituut: Netherlands Institute of Mental Health and addiction

- <http://www.trimbos.nl/default20446.html>

Vilans: Kenniscentrum ouderen

- <http://www.kenniscentrum-ouderen.nl/smartsite.dws?id=105423>

Wikipedia: De vrije encyclopedie

- <http://nl.wikipedia.org/wiki/Alcoholisme>

- <http://nl.wikipedia.org/wiki/Verslaving>

Ziekenhuis nieuws

- <http://www.ziekenhuis.nl/index.php?cat=nieuws&nieuws=item&id=6290>

Artikelen

AD/Haagse Courant *Gebruik van alcohol loopt vaker uit de hand* 12 december 2008. AD NieuwsMedia BV

De Gelderlander *Onbekendheid is het probleem, niet het aantal alcoholisten* 19 november 2008. Wegener NieuwsMedia BV

De Gelderlander *GGD kijkt weer naar gezondheid* 11 december 2008. Wegener NieuwsMedia BV

Eindhoven's Dagblad *Toename alcoholgebruik door kredietcrisis* 24 oktober 2008. Wegener NieuwsMedia BV

Evers, I. Eindhoven's Dagblad *Novadic-Kentron richt zich op nieuwe doelgroepen* 24 oktober 2008. Wegener NieuwsMedia BV

Friesch Dagblad *Tijdschrift Afûk over gebruik van alcohol ouderen* 24 oktober 2008. Noordelijke Dagblad Combinatie/Friesch Dagblad

Vandenbrink W. en Schippers, G.M. *Verslaving en verslavingszorg* (2008). Tijdschrift voor psychiatrie nr. 50 2008. Jubileumnummer 1959-2008.

Visser, M. e.a. *Leefstijl van 55-64 jarige Nederlanders in 2002/'03 minder gezond dan in 1992/'93* (2005). Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Jaargang 52, nr.149, pp 2973-8

Weber, N. Eindhoven's Dagblad *Veel ouderen aan de drank* 24 oktober 2008. Wegener NieuwsMedia BV

Wereldomroep *Apothekers kunnen megarecepten niet voorkomen* 24 februari 2009. Den Haag

Overige bronnen

Audit: Babor, T.F. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care* (2001) World Health Organisation

Bulletin: *Alcohol en ouderen in de ambulante verslavingszorg in Nederland (1997-2006)* september 2007. GGZ Nederland, IVZ en NIGZ

Onderzoek: Etten, van D. *Alcoholproblemen bij ouderen in Nederland in de GGZ: alcoholproblemen bij ouderen in Nederland in behandeling bij de extramurale ouderenpsychiatrie* Nederland Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie

Onderzoek: Land, van 't H. e.a. *Van later zorg? Over de kwaliteit van laagdrempelige zorg voor langdurig verslaafden* (2003) Trimbos-instituut, Utrecht

Televisierapportage NOVA: *Veel ouderen verslaafd aan slaappillen* (18 februari 2009) NOVA / Den Haag Vandaag, Hilversum

Bijlagen

Bijlage 1. Brief met 'informed consent'



Evaluatie 55+ behandeling

Wij willen graag weten hoe de 55+ behandeling werkt en wat u daarvan vond?

Binnen de behandelingen voor cliënten met een alcohol- en/of medicatieproblematiek werd eerder niet veel aandacht besteed aan de verschillen in leeftijd, achtergrond en levensfase. Door toename van deze problemen onder ouderen en de daarbij horende gevolgen heeft Centrum Maliebaan ongeveer twee jaar geleden de 55+ module opgezet en gestart om de hulpverlening beter aan te laten sluiten bij de hulpvraag van de cliënt. Centrum Maliebaan wil graag weten wat uw ervaring met deze module is.

U wordt gevraagd om mee te werken aan een onderzoek dat wordt uitgevoerd door twee SPH studenten van de hogeschool Windesheim in opdracht van Centrum Maliebaan. Het is voor deelname aan deze evaluatie vereist dat u een schriftelijke verklaring geeft dat u volledig bent ingelicht over deze evaluatie en dat u bereid bent om mee te werken. Dit wordt een informed consent, ofwel geïnformeerde toestemming, genoemd. In de nu volgende tekst krijgt u uitgelegd wat de opzet is van de evaluatie en wat uw medewerking precies zal inhouden. Tevens zal er uitgelegd worden hoe er met deze resultaten van deze evaluatie zal worden omgegaan, zodat uw privacy gewaarborgd is.

De evaluatie wordt afgenomen aan de hand van deelname aan een evaluatiegroep of een vragenlijst. U zult voor één van beide evaluatiemethoden worden uitgenodigd. Onderaan deze brief kunt u vinden welke methode dat in uw geval is.

Belang van de evaluatie:

Door middel van deze evaluatie willen we onderzoeken welke resultaten deelnemers halen uit de groep en wat de ervaringen zijn. Als blijkt uit de evaluatiegroepen en vragenlijsten dat we een goed beeld kunnen krijgen over deze module, kunnen wij de bevindingen van de cliënten opnemen in onze resultaten en deze voorleggen aan Centrum Maliebaan. Wij zullen uiteindelijk een conclusie schrijven en eventuele aanbevelingen doen ter verbetering van deze 55+ module wanneer dit naar voren komt. Centrum Maliebaan hoopt door middel van deze evaluatie de kwaliteit te kunnen verbeteren van de door hen opgestarte 55+ module.

Opzet van de evaluatie:

Het onderzoek bestaat uit een tweetal onderdelen. Het betreft deelname aan een evaluatiegroep of het invullen van een vragenlijst. Het onderzoek zal worden uitgevoerd door twee vierdejaarsstudenten van de opleiding Sociaal pedagogische Hulpverlening van Hogeschool Windesheim.

De studenten krijgen via Centrum Maliebaan de adresgegevens van de cliënten die deelgenomen hebben in de afgelopen twee jaar aan de 55+ module. Deelname aan de evaluatiegroep of het invullen van de vragenlijst zal willekeurig bepaald worden. Onderaan de brief vindt u de evaluatiemethode waarvoor wij u hebben ingedeeld.

Uw bijdrage is het éénmalig invullen van een vragenlijst of uw deelname aan een evaluatiegroep. Beide hebben betrekking op uw alcohol- / medicatiegebruik, behandeling, vooruitgang, stabilisatie of mogelijke terugval.

Vertrouwelijkheid van de gegevens:

Tijdens deze evaluatie wordt er informatie verzameld over u als cliënt. Als u toestemming geeft voor deze evaluatie dan worden de verzamelde gegevens vertrouwelijk en anoniem, dat wil zeggen zonder uw naam en adres in de onderzoeksrapportage verwerkt. Het door u getekende toestemmingsformulier zal aan uw dossier toegevoegd worden.

De onderzoekers, studenten van de Hogeschool Windesheim uit Zwolle, hebben een privacyverklaring getekend waarmee zij gehouden zijn aan de privacyregels van Centrum Maliebaan.

Voor en nadelen:

Deelname aan deze evaluatie heeft geen direct voordeel of nadeel. Het kost u wel wat tijd om de vragenlijst in te vullen, ongeveer 20 minuten en wanneer u uitgenodigd wordt voor een evaluatiegroep ongeveer een uur voor deelname.

Keuzevrijheid:

Uw deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. U kunt uw toestemming op elk moment en zonder opgave van reden intrekken. Dit heeft geen gevolgen voor uw eventuele (verdere) behandeling bij Centrum Maliebaan.

Klachten:

Als u klachten hebt over het onderzoek, kunt u contact opnemen met de onderzoekscoördinator Dhr. D. van Etten (030-2334513). U kunt uw klacht ook schriftelijk melden bij de Klachtencommissie Centrum Maliebaan, Postbus 14116, 3508 SE Utrecht. Zie voor meer informatie de folder "Klachtenreglement voor patiënten Centrum Maliebaan" verkrijgbaar bij de afdeling of kijk op www.centrummaliebaan.nl.

Verdere informatie:

De opzet van het onderzoek is goedgekeurd door de Wetenschapscommissie van Centrum Maliebaan. Deze commissie is echter geen erkende toetsingscommissie. Tijdens de uitvoering van dit onderzoek zullen we ons houden aan de 'gedragscode gezondheidsonderzoek', zoals omschreven in de richtlijnen van de Federatie van Medische Wetenschappelijke Verenigingen.

Wanneer u nog vragen heeft of informatie wilt, dan kunt u zich wenden tot de studenten die deze evaluatie zullen uitvoeren:

Mevr. S. Gijsbertsen
Tel: 06-53727044

Graag willen wij u uitnodigen voor:

O Evaluatiegroep

Deze groep zal bijeenkomen op woensdagmiddag 11 maart 2009 op het volgende adres:

Amazonedreef 45g
3563 CA Utrecht

Voor het exacte tijdstip nemen wij nog contact met u op. Indien u wenst deel te nemen aan deze evaluatiegroep, willen wij u vragen alvast het toestemmingsformulier **VOOR VRIJDAG 27 FEBRUARI 2009 getekend** terug te sturen.

O Vragenlijst

Wanneer u wilt meewerken aan deze evaluatie door de vragenlijst in te vullen, vragen wij u deze ingevuld **VOOR MAANDAG 16 MAART 2009** aan ons retour te sturen, **samen met het door u getekende toestemmingsformulier**. Dit in verband met de verwerking van de gegevens.

Formulieren die aan ons retour gezonden dienen te worden, kunt u verzenden in bijgeleverde gefrankeerde envelop. Mochten wij niets van u ontvangen dan zullen we telefonisch contact met u opnemen om u hieraan te herinneren.

U mag deze informatie brief houden. U ontvangt het toestemmingsformulier in tweevoud. Eén is voor uzelf, het andere kunt u ondertekend aan ons terugsturen.

Alvast hartelijk bedankt voor uw tijd en eventuele deelname aan deze evaluatie!

Met vriendelijke groet,

Stefanie Gijsbertsen en
Tina van Hoof

Studenten Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) Chr. Hogeschool Windesheim

Informed Consent

Er is mij schriftelijk uitgelegd wat het doel en de opzet van deze evaluatie zijn. Ik heb de tijd gehad om een en ander te overdenken en telefonisch vragen te kunnen stellen over mijn deelname aan deze evaluatie. Dit kunt u doen bij S. Gijsbertsen (06-53727044).

Ik begrijp dat deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is en dat ik op elk moment mijn toestemming in kan trekken.

Ik weet dat de anonieme gegevens over mij, die van betekenis zijn voor deze evaluatie gebruikt worden voor verwerking van een kwaliteitsmeting van de 55+ module en eventueel gepubliceerd worden. Deze zullen altijd anoniem zijn. Hiermee ga ik akkoord op voorwaarde dat mijn privacy gewaarborgd wordt.

Ik geef hierbij uit vrije wil toestemming om deel te nemen aan het onderzoek.

Deelnemer

Naam deelnemer:.....

Handtekening:..... Datum:.....

Ik, onderteken, bevestig hierbij dat deze studie schriftelijk aan bovengenoemde deelnemer is uitgelegd.

SPH studenten hogeschool Windesheim, Zwolle:

1. S.H.S. Gijsbertsen

Handtekening:..... Datum:.....

2. T.M. van Hoof

Handtekening:..... Datum:.....

Contactpersoon opdrachtgever Centrum Maliebaan:

Naam: D.M. van Etten

Handtekening:..... Datum:.....



Vragenlijst

Onderzoek 55+ behandeling

Stefanie Gijsbertsen
Tina van Hoof

Inleiding

Voor u ligt een vragenlijst met vragen over de 55+ behandeling van Centrum Maliebaan. Met deze vragenlijst hopen wij een beeld te kunnen vormen over uw ervaringen van deze behandeling. U heeft deze vragenlijst toegestuurd gekregen, omdat u in de vorige brief heeft aangegeven mee te willen werken aan het onderzoek naar de resultaten van de 55+ behandeling.

Dit onderzoek moet duidelijk maken hoe u tegen deze behandeling aankijkt, waar u tevreden over bent en waar nog verbeteringen mogelijk zijn.

Hoe werkt het?

De vragenlijst bevat vragen en stellingen over uw situatie en ervaringen op het gebied van de module, de hulpverlening en het nazorgtraject. Daarnaast is ruimte opgenomen voor opmerkingen en suggesties. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 30 – 45 minuten kosten van uw tijd. De ingevulde vragenlijst kunt u rechtsreeks retourneren met behulp van de bijgevoegde, gefrankeerde envelop.

Gegarandeerde anonimiteit

Middels het Informed Consent heeft u toestemming gegeven voor het gebruiken van uw gegevens in het onderzoek. Tevens geven wij de garantie uw privacy te waarborgen en uw gegevens anoniem te verwerken. Om ervoor te zorgen dat u zich vrij voelt om zo eerlijk mogelijk te antwoorden, hebben we de volgende afspraken gemaakt met Centrum Maliebaan:

- Omdat er alleen gemiddelde cijfers per onderzoeksgroep worden gerapporteerd, zijn resultaten nooit individueel te herleiden,
- Opmerkingen en open vragen worden los van keuzevragen gerapporteerd. Let op, gemaakte opmerkingen worden wel letterlijk (maar anoniem) overgenomen in de rapportage,

U kunt dus naar alle eerlijkheid anoniem antwoorden. Wanneer u na deelname aan dit evaluatieonderzoek nog vragen heeft over bijvoorbeeld de resultaten, kunt u hiervoor contact opnemen met:

Dhr. Dick van Etten,
GGZ Verpleegkundig Specialist
Telefoonnummer: 06- 52057769

Resultaten van het onderzoek

Begin juni 2009 ontvangt Centrum Maliebaan een uitgebreide rapportage met de resultaten. Ze zullen geïnformeerd worden over de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek. Tevens volgt er een aanbeveling over wat er goed gaat en welke punten eventueel verbeterd kunnen worden.

In verband met het verzamelen van de gegevens en de verwerking hiervan, willen we u vragen de ingevulde vragenlijst **uiterlijk maandag 16 maart 2009** aan ons retour te sturen. Mocht u nog vragen hebben over de vragenlijst of het onderzoek, dan kunt u te allen tijde contact opnemen met S. Gijsbertsen (06-53727044).

Wij willen u alvast hartelijk bedanken voor uw tijd en het invullen van de vragenlijst!

S. Gijsbertsen en T. van Hoof.

Deze enquête bestaat uit keuzerondjes en een aantal open vragen. Geef uw antwoord aan door het gewenste rondje in te kleuren of aan te vinken. Wanneer er meerdere antwoorden mogelijk zijn, kies dan het rondje dat het beste bij u past. Op de stippenlijnen kunt u uw antwoord uitleggen of toelichten.

Informatie geënquêteerde				
1. Wat is uw geslacht?				
☐ man		☐ vrouw		
2. Wat is uw leeftijd?				
☐ 55 - 59	☐ 60 - 64	☐ 65 - 69	☐ 70 - 74	☐ 75>
3. Wat is uw geboorteland?				
☐ Nederland				
☐ Anders, namelijk _____				
4. Hoe is op dit moment uw woon- / leefsituatie?				
☐ Alleenwonend				
☐ Samenwonend met partner				
☐ Samenwonend met partner en kinderen				
☐ Samenwonend met kinderen (alleenstaande ouder)				
☐ In instelling of beschermde- / begeleidende woonvorm				
☐ Anders, namelijk _____				
5. Wat is uw burgerlijke staat?				
☐ Ongehuwd (nooit getrouwd)		☐ Gescheiden		
☐ Gehuwd		☐ Weduwe, weduwnaar		
6. Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?				
☐ Basisonderwijs (lagere school)		☐ Lager beroepsonderwijs (LBO)		
☐ VMBO / huishoudschool		☐ Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)		
☐ MAVO / MULO		☐ Hoger beroepsonderwijs (HBO)		
☐ HAVO		☐ Wetenschappelijk onderwijs (WO)		
☐ VWO, gymnasium, atheneum				
7. Hoe lang is het geleden dat u de 55+ groep heeft gevolgd?				
☐ Ik volg de groep nu	☐ < 6 maanden	☐ 6 maanden tot 1 jaar		
☐ 1 jaar tot 1,5 jaar	☐ 1,5 – 2 jaar	☐ > 2 jaar		
8. Voor welke problematiek nam u deel aan de groep?				
☐ Alcoholproblematiek	☐ Medicijnproblematiek	☐ Beide		
9. Hoe lang heeft deze problematiek gespeeld voordat u deelnam aan de groep?				
☐ minder dan 1 jaar	☐ 1 tot 5 jaar	☐ 6 tot 10 jaar		
☐ 11 tot 20 jaar	☐ langer dan 20 jaar			
10. Kunt u aangeven hoeveel u gebruikte voor de behandeling?				
Middel(en): _____				
Hoeveelheid (aantal glazen, tabletten): _____				

De 55+ groep

11. Hoeveel deelnemers zaten er in uw groep? *Vermeld het aantal* _____

12. Wat vond u van dit aantal?

☐ Prettig aantal

☐ Te veel deelnemers

☐ Te weinig deelnemers

13. Hoe was de verhouding tussen mannen en vrouwen in uw groep? *Vermeld de aantallen*

_____ mannen

_____ vrouwen

14. Wat vond u van deze verhouding?

☐ Prettige verhouding

☐ Te veel mannen

☐ Te veel vrouwen

☐ Te weinig mannen

☐ Te weinig vrouwen

15. Kunt u aangeven waarom u dit zo ervaren hebt?

16. Heeft u zich veilig gevoeld in de groep?

☐ Ja *(ga verder naar vraag 17)*

☐ Nee *(ga verder naar vraag 16a)*

16a. Zo niet, kunt u aangeven waar dit mee te maken heeft gehad?

17. Voelde u zich vrij voor uw inbreng?

☐ Ja *(ga verder naar vraag 18)*

☐ Nee *(ga verder naar vraag 17a)*

17a. Zo niet, kunt u aangeven waar dit mee te maken heeft gehad?

18. Wat vond u van de aangeboden 7 sessies?

☐ Prettige hoeveelheid

☐ Te veel sessies

☐ Te weinig sessies

Vorbereidingsgroep				
! LET OP, de volgende vragen hebben betrekking op de <u>voorbereidingsgroep</u>				
19. Heeft u voor aanvang van de 55+ groep, de voorbereidingsgroep gevolgd?				
☐ Ja (ga door naar vraag..) ☐ Nee (ga door naar vraag..)				
Vul in wat uw mening het beste weergeeft:				
	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens / niet mee oneens	Helemaal niet mee eens
20. Tijdens de voorbereidingsgroep heb ik voldoende informatie gekregen	☐	☐	☐	☐
21. Na het volgen van de voorbereidingsgroep was voor mij duidelijk wat ik kon verwachten	☐	☐	☐	☐
22. Ik vond het prettig dat ik door de voorbereidingsgroep mijn groepsgenoten al heb leren kennen	☐	☐	☐	☐
23. Het aantal bijeenkomsten was voor mij voldoende	☐	☐	☐	☐
24. Dat de voorbereidingsgroep begeleid werd door één van de twee hulpverleners was geen probleem voor mij	☐	☐	☐	☐
25. Dat ik de tweede hulpverlener pas leerde kennen tijdens de 55+ groep vond ik geen probleem	☐	☐	☐	☐

Behandeling				
! LET OP, de volgende vragen hebben betrekking op de <u>behandeling</u>				
26. Ik heb voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de 55+ behandeling voor aanvang van de groep	☐ Eens	☐ Oneens		
27. Ik heb voldoende informatie gekregen over de aanpak van mijn behandeling of begeleiding	☐ Eens	☐ Oneens		
28. Ik heb voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van mijn behandeling of begeleiding	☐ Eens	☐ Oneens		
29. Er was voldoende medezeggenschap over de behandeling of begeleiding die ik zou krijgen	☐ Eens	☐ Oneens		
30. Er is een behandel- of begeleidingsplan gemaakt	☐ Eens	☐ Oneens		
31. Ik heb ingestemd met mijn behandel- of begeleidingsplan	☐ Eens	☐ Oneens		
32. Ik vond deze behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor mijn problemen of klachten	☐ Eens	☐ Oneens		
33. Ik heb door de behandeling of begeleiding meer grip gekregen op mijn problemen of klachten	☐ Eens	☐ Oneens		
34. Ik kan door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties waar ik eerder problemen mee had	☐ Eens	☐ Oneens		
35. In hoeverre sluiten de thema's aan op uw problematiek?				
<i>Vul in wat uw mening het beste weergeeft:</i>				
	Onvoldoende	voldoende	goed	zeer goed
Psycho- educatie (voorlichting effecten alcoholgebruik)	☐	☐	☐	☐
Reflectie (zelfinzicht)	☐	☐	☐	☐
Liegen/ open zijn	☐	☐	☐	☐
Structuur	☐	☐	☐	☐
Verwerken	☐	☐	☐	☐
36. Wat vindt u van het beleid, deelname aan de hand van een blaastest?				
☐ Mee eens	☐ Niet mee eens			
37. Heeft u uw doelen behaald tijdens deze behandeling?				
☐ Ja	☐ Bijna	☐ Nee		

38. Heeft u nog iets gemist tijdens de behandeling?

☐ Ja (ga naar vraag 38a)

☐ Nee (ga door naar vraag 39)

38a. Zo ja, wat zou u nog nodig hebben om de behandeling te optimaliseren?

.....
.....
.....

39. Is uw omgeving/ partner betrokken bij de behandeling?

☐ onvoldoende

☐ voldoende

☐ goed

☐ zeer goed

40. Welk rapportcijfer zou u geven aan de TOTALE behandeling of begeleiding van de 55+ behandeling? Omcirkel het cijfer van uw keuze

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nazorg

! LET OP, de volgende vragen hebben betrekking op de nazorg

41. Heeft u voldoende gehad aan de maandelijkse nazorg gedurende een half jaar?

☐ Ja (ga door naar vraag 42)

☐ Nee (ga door naar vraag 41a)

41a. Zo nee, wat had u nog nodig?

.....
.....
.....

42. Was er voldoende ruimte binnen de behandeling/ nazorg om bij de hulpverleners individuele zorg te vragen?

☐ Ja

☐ Nee

43. Is er een moment van terugval geweest na behandeling?

☐ Ja (ga verder naar vraag 43a)

☐ Nee (ga verder naar vraag 45)

43a. Kunt u aangeven wat de reden/ oorzaak was van terugval?

.....
.....
.....

43b. Kunt u aangeven wanneer deze terugval plaats vond (tijdens nazorg, na beëindiging nazorg)?

.....
.....
.....

43c. Kunt u aangeven in welke mate u bent teruggevallen?

☐ 1 keer ☐ 4 keer

☐ 2 keer ☐ 5 keer

☐ 3 keer ☐ > 5 keer

43d. Heeft u na terugval weer grip gekregen op de problematiek?

☐ Ja (ga door met vraag 45) ☐ Nee

44. Kunt u aangeven in welke mate u weer bent gaan gebruiken? (middel en hoeveelheid)

☐ Ik gebruik weer hetzelfde als voor de behandeling

☐ Ik gebruik nog, maar minder dan voor mijn behandeling,
namelijk _____

☐ Ik gebruik meer dan ik gebruikte voor de behandeling,
namelijk _____

De Hulpverlening

! LET OP, de volgende vragen hebben betrekking op de hulpverlening

Vul in wat uw mening het beste weergeeft:

	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens / niet mee oneens	Helemaal niet mee eens
45. De hulpverleners zijn deskundig op het gebied van mijn problemen	☐	☐	☐	☐
46. Dat de hulpverlening uit een man én een vrouw bestaat is een meerwaarde	☐	☐	☐	☐
47. Ik ben tevreden over de persoonlijke inzet van de hulpverleners	☐	☐	☐	☐
48. De hulpverleners en ik hebben hetzelfde doel met mijn behandeling	☐	☐	☐	☐
49. De hulpverleners hebben voldoende tijd voor mij	☐	☐	☐	☐
50. Het is duidelijk waar ik terecht kan met vragen	☐	☐	☐	☐
51. Ik kan/kon de hulpverlener voldoende vertrouwen	☐	☐	☐	☐
52. De hulpverleners toonden voldoende respect voor mij	☐	☐	☐	☐
53. De hulpverleners waren voldoende geïnteresseerd in mij en mijn mening	☐	☐	☐	☐
54. Bij het maken van afspraken is voldoende rekening gehouden met mijn wensen	☐	☐	☐	☐

Overig
55. Heeft u iets gemist in deze vragenlijst? ☐ Ja (ga door naar vraag 55a) ☐ Nee (ga door naar vraag 56)
55a. Wat heeft u in deze vragenlijst gemist?
56. Plaats voor overige opmerkingen.
57. Heeft u nog suggesties ter verbetering van de 55+ behandeling?

Bedankt voor uw tijd & medewerking!

Bijlage 3. Presentatie

**"Alcohol- en medicatieverslaving
van de (Malie)baan"**

Onderzoek naar resultaten 55+-behandeling

Windesheim  

Stefanie Gijbartsen
Tina van Hoof

Introductie 

- Voorstellen
- Kader onderzoek
- Vragen en feedback

Opbouw presentatie 

- Onderzoeksvraag
- Doelgroep
- Onderzoeksmethoden
- Resultaten
- Aanbevelingen
- Rondvraag

Onderzoeksvraag 

"Wat zijn de resultaten van de aangeboden interventies in de 55+ groep, voor ouderen met een alcohol- en/of medicatieverslaving?"

- Hypothese
- Deelvragen

Onderzoeksmethoden 

- Contact hulpverleners
- Benadering respondenten
- Vragenlijsten
- Evaluatiegroep
- SPSS

Resultaten 

- Doelgroep
- De groep
- Voorbereidingsgroep
- Behandeling
- Nazorg
- Hulpverlening

Doelgroep

Windesheim

- Kenmerken

55+ groep

Windesheim

- Opvallende resultaten

Vorbereidingsgroep

Windesheim

- Opvallende resultaten

Behandeling

Windesheim

Resultaten

- Veranderingen sociaal functioneren
- Doelen
- Thema's
- Beleid
- Cijferwaardering

Veranderingen sociaal functioneren 1.

Windesheim

- Grip problemen
- Omgang met mensen en situaties

		Omgang situaties, mensen verlaten door behandeling, begroting		
		Eens	Ofters	Totaal
Groep gevolgd	< 3 maanden	4	1	5
	3-12 maanden	3	1	4
	1,5-2 jaar	1	0	1
	Totaal	8	2	10

Veranderingen sociaal functioneren 2.

Doel is bereikt of tijdens deze
behandeling

Doelen behaald

		Doel is bereikt of tijdens deze behandeling			Totaal
		Ja	Dijde	Nee	
Groep gevolgd	Na	1	0	0	1
	< 6 maanden	4	1	1	6
	6-12 maanden	2	1	2	5
	1,5-2 jaar	1	0	0	1
	> 2 jaar	0	1	0	1
	Totaal	8	2	3	13

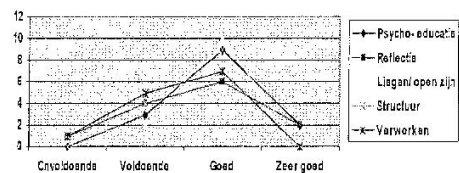
Veranderingen sociaal functioneren 3.

■ Terugval

Groep gevolgd	Tijdspanne behandeling		Totaal
	Ja	Nee	
Nu	0	1	1
< 6 maanden	2	4	6
1-1,5 jr	3	2	5
1,5-2 jr	0	1	1
> 2 jr	1	0	1
Totaal	6	8	14

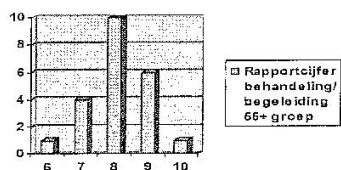
Resultaten thema's

Windesheim



Rapportcijfer

Windesheim



Hulpverlening

Windesheim



Aanbevelingen

Windesheim

- Voorbereidingsgroep
- 55+ behandeling
- Behandeling
- Nazorg
- Hulpverlening

Aanbeveling 55+ behandeling

Windesheim

- Voortzetting gemengde groepen

Aanbeveling voorbereidingsgroep

- "Je moet het zelf willen, anders wordt het niets" (quote deelnemer)
- Traject

Aanbeveling behandeling 1.

Onderwerp reader	Alcohol	Medicijnen	Algemene verpleging
1. Doelstelling	X	X	
2. Eerstelijns afschot oordel	X	X	X
3. Thema's	X	Alleen in combinatie	X
4. Soorten drinken	X		
5. Tips	X		
6. Inhoud op rijden	X		
7. Alcohol geschieden's	X		
8. Welke schade	X	X	X
9. Scherpe verandering's etc	X	X	X
10. Overleving verandering	X		
11. Terugvalrisico's	X		
12. Noodplan	X		
13. Sinds	X		X
14. Nazorg	X	X	X

Aanbeveling behandeling 2.

- Onderscheid problematiek
 - Aparte reader specifieke problematiek
 - Onderdelen specificeren
 - Verwijzingssysteem verbreden
 - Beleid blaastest

Aanbeveling behandeling 3.

- Thema's
- Risicofactoren
 - Signalering en noodplan
- Doel behandeling
 - "Het woord 'behandeling' is niet het juiste woord. Het groepsgebeuren + staf bepalen de waarde van het geheel" (quote deelnemer)
 - Creëren vrijblijvend of therapeutisch / behandelmilieu

Aanbeveling nazorg

- Efficiëntie nazorg
 - Reunie / therapeutisch karakter
 - Evaluatieformulier

Rondvraag en feedback



Evaluatie 55+ groep

Geef uw antwoord door het juiste rondje aan te vinken

1. Wat is uw geslacht?
☐ man ☐ vrouw
2. Wat is uw leeftijd?
☐ 55 - 59 ☐ 60 - 64 ☐ 65 - 69 ☐ 70 - 74 ☐ 75>
3. Voor welke problematiek nam u deel aan de groep?
☐ Alcoholproblematiek ☐ Medicijnproblematiek ☐ Beide
4. Wat vond u van het aantal deelnemers van de groep?
☐ Prettig aantal ☐ Te veel deelnemers ☐ Te weinig deelnemers
5. Heeft u zich veilig gevoeld in de groep?
☐ Ja ☐ Nee, omdat: -----

6. Voelde u zich vrij om uw inbreng te hebben?
☐ Ja ☐ Nee, omdat: -----

7. Wat vond u van de aangeboden 7 sessies?
☐ Prettige hoeveelheid ☐ Te veel sessies ☐ Te weinig sessies
8. Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden, aanpak problematiek?
☐ Ja ☐ Nee -----
9. Heeft u door deze behandeling meer grip gekregen op uw problemen, klachten?
☐ Ja ☐ Nee -----
10. Heeft u uw doelen behaald tijdens de behandeling?
☐ Ja ☐ Bijna ☐ Nee -----
11. Heeft u nog iets gemist tijdens de behandeling?
☐ Ja -----
☐ Nee
12. Heeft u verder nog op- en/of aanmerkingen over de behandeling?

Bedankt voor uw tijd en het invullen van dit evaluatieformulier!

Notenlijst

¹ http://www.sivz.nl/content/execute.php?dir=home&taal=1&r=1024*768&from=www.zorggegevens.nl&ip=

² <http://www.parnassia.nl/Footer/over-parnassia>

³ http://www.sivz.nl/content/execute.php?dir=home&taal=1&r=1024*768&from=www.zorggegevens.nl&ip=

⁴ <http://www.trimbos.nl/default253.html>

⁵ Vandereycken Prof.dr. W., Hoogduin Prof. dr. C.A.L., Emmelkamp Prof. dr. P.M.G., *Handboek psychopathologie deel1 basisbegrippen* (2004) Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. ISBN 9031331902

⁶ American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (1995) 4th edition, Washington. ISBN 0890420629

⁷ Vandereycken Prof.dr. W., Hoogduin Prof. dr. C.A.L., Emmelkamp Prof. dr. P.M.G., *Handboek psychopathologie deel1 basisbegrippen* (2004) Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. ISBN 9031331902

⁸ American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (1995) 4th edition, Washington. ISBN 0890420629

⁹ Buijssen, H. e.a. *Verslaving bij ouderen: preventie, signalering en aanpak* (1996). Uitgeverij Intro, Baarn. ISBN 9055740829

¹⁰ Vandereycken Prof.dr. W., Hoogduin Prof. dr. C.A.L., Emmelkamp Prof. dr. P.M.G., *Handboek psychopathologie deel1 basisbegrippen* (2004) Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. ISBN 9031331902

¹¹ <http://nl.wikipedia.org/wiki/Verslaving>

¹² <http://www.hulpguids.nl/ziektebeelden/verslaving/verslaving.htm>

¹³ <http://nl.wikipedia.org/wiki/Verslaving>

¹⁴ Vandereycken Prof.dr. W., Hoogduin Prof. dr. C.A.L., Emmelkamp Prof. dr. P.M.G., *Handboek psychopathologie deel1 basisbegrippen* (2004) Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. ISBN 9031331902

¹⁵ Vandenbrink W. en Schippers, G.M. *Verslaving en verslavingszorg* (2008). Tijdschrift voor psychiatrie nr. 50 2008. Jubileumnummer 1959-2008

¹⁶ Dr. Donders N.C.G.M., Drs. Snelders, Prof. Dr. Pieters T. e.a., *Alcoholisme en het genetische venster, een nieuwe kijk op alcoholverslaving?* (2006) Uitgeverij Hooiberg, Epe, ISBN 10: 9069622270

¹⁷ Epen J.H. van, *Drugsverslaving en alcoholisme* (2002) Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/ Diegem, ISBN 9031337862

¹⁸ Vandenbrink W. en Schippers, G.M. *Verslaving en verslavingszorg* (2008). Tijdschrift voor psychiatrie nr. 50 2008. Jubileumnummer 1959-2008

¹⁹ Koob, G.F. en LeMoal, M. *Neurobiology of Addiction* (2005) Uitgeverij Elsevier Academic Press, Amsterdam. ISBN 0124192394

²⁰ <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=18>

-
- ²¹ <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=knooppunt.tonen&pagina=2>
- ²² Epen J.H. van, *Drugsverslaving en alcoholisme* (2002) Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/ Diegem, ISBN 9031337862
- ²³ <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&a=2&b=13&c=191&d=193>
- ²⁴ <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=195>
- ²⁵ <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=194>
- ²⁶ <http://www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=knooppunt.tonen&pagina=2>
- ²⁷ http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7183n19086.html
- ²⁸ Buijssen, H. e.a. *Verslaving bij ouderen: preventie, signalering en aanpak* (1996). Uitgeverij Intro, Baarn. ISBN 9055740829
- ²⁹ http://www.sivz.nl/content/_files/Kerncijfers_Verslavingszorg_2006.pdf
- ³⁰ http://www.sivz.nl/content/_files/Kerncijfers_Verslavingszorg_2006.pdf
- ³¹ <http://www.goedgevoel.be/gg/nl/64/Alcoholisme/article/detail/266749/2008/05/06/Meer-vrouwen-met-alcoholverslaving.dhtml>
- ³² Meulenbelt A. en Wevers A., *Vrouwen en alcohol* (1994) Uitgeverij Boumanhuis, Rotterdam, ISBN 905515 0037
- ³³ Meulenbelt A. en Wevers A., *Vrouwen en alcohol* (1994) Uitgeverij Boumanhuis, Rotterdam, ISBN 905515 0037
- ³⁴ http://www.crisiscare.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=103
- ³⁵ <http://www.ziekenhuis.nl/index.php?cat=nieuws&nieuws=item&id=6290>
- ³⁶ <http://www.centrummaliebaan.nl/>
- ³⁷ http://www.crisiscare.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=103
- ³⁸ Televisierapportage NOVA: *Veel ouderen verslaafd aan slaappillen* (18 februari 2009) NOVA / Den Haag Vandaag, Hilversum
- ³⁹ <http://www.alcoholvoorlichting.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=286>
- ⁴⁰ <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/1936406/c2.pdf>
- ⁴¹ Onderzoek: Etten, van D. *Alcoholproblemen bij ouderen in Nederland in de GGZ: alcoholproblemen bij ouderen in Nederland in behandeling bij de extramurale ouderenpsychiatrie* Nederland Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie
- ⁴² http://www.medicinfo.nl/d_502
- ⁴³ <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=584>
- ⁴⁴ Buijssen, H. e.a. *Verslaving bij ouderen: preventie, signalering en aanpak* (1996). Uitgeverij Intro, Baarn. ISBN 9055740829

-
- ⁴⁵ Heine B. ter, *Alcoholisten en hun partners* (1993) Uitgeverij Swets & Zeitlinger, Lisse, ISBN 902651374 7
- ⁴⁶ Heine B. ter, *Alcoholisten en hun partners* (1993) Uitgeverij Swets & Zeitlinger, Lisse, ISBN 902651374 7
- ⁴⁷ Heine B. ter, *Alcoholisten en hun partners* (1993) Uitgeverij Swets & Zeitlinger, Lisse, ISBN 902651374 7
- ⁴⁸ Stewart I., *Transactionele analyse, het handboek voor persoonlijk en professioneel gebruik* (1996) Uitgeverij SWP, ISBN 10 :9066652039
- ⁴⁹ Stewart I., *Transactionele analyse, het handboek voor persoonlijk en professioneel gebruik* (1996) Uitgeverij SWP, ISBN 10 :9066652039
- ⁵⁰ Heine B. ter, *Alcoholisten en hun partners* (1993) Uitgeverij Swets & Zeitlinger, Lisse, ISBN 902651374 7
- ⁵¹ Miller W.R. en Rollnick S., *Motiverende gespreksvoering* (2005) Uitgeverij Ekklesia, ISBN: 9789075569391
- ⁵² Miller W.R. en Rollnick S., *Motiverende gespreksvoering* (2005) Uitgeverij Ekklesia, ISBN: 9789075569391
- ⁵³ Miller W.R. en Rollnick S., *Motiverende gespreksvoering* (2005) Uitgeverij Ekklesia, ISBN: 9789075569391
- ⁵⁴ http://doca.nigz.nl/transtheoretisch_model.pdf
- ⁵⁵ http://www.vansanten.com/projectaadoc/cirkels/de%20cirkels%20van%20van%20dijk%2001_%20in%20houdsopgave.htm (Tekst van Centrum Maliebaan Detoxificatiecentrum Utrecht 1993)
- ⁵⁶ <http://www.centrummaliebaan.nl/>
- ⁵⁷ <http://www.jellinek.nl/hulp/content.php?i=49>
- ⁵⁸ <http://www.ivo.nl/?id=367>
- ⁵⁹ <http://www.centrummaliebaan.nl/>
- ⁶⁰ Boek Dick ...
- ⁶¹ <http://www.parnassia.nl/Psychiatrie/zorgprogramma/hulp,Zorgprogramma/voor-ouderen/verslaving-ouderen>
- ⁶² <http://www.medicijngebruik.nl/downloads/fto-materialen.html>
- ⁶³ <http://www.medicijngebruik.nl/>

⁶⁴ Jochems A.A.F, Joosten F.W.M.G., COELHO (1997), Uitgeverij Elsevier/ Koninklijke PBNA Arnhem, 25e druk, ISBN 9062282555

⁶⁵ Roos de S., Dinther van M., Terpstra J. Preventie in de sociaalpedagogische hulpverlening (2003) Uitgeverij Coutinho, Bussum, ISBN 9062833721