

VERSLAVING IN CONTEXT

De kracht van de omgeving-
ondersteunende zorg

redactie

Eric Blaauw

Margreet van der Meer-Jansma



VERSLAVING IN CONTEXT

De kracht van de omgeving-
ondersteunende zorg

Verslaving in context

© 2020 Verslavingszorg Noord Nederland, Leonard Springerlaan 27, 9727 KB Groningen
Hanzehogeschool Groningen, Zernikeplein 23, 9747 AS Groningen

tekst Janneke Bandringa, Dr. Eric Blaauw, Dr. Arne van den Bos, Drs. Meine,
Bosma-Bleeker, Drs. Renate Doff, Martin Eissens, Petrick Glasbergen McC,
Dr. Annelies Kassenberg, Dr. Marie Louise Luttkik, Drs. Margreet van der
Meer-Jansma, Douwe Nauta MSc, Prof. Dr. Hendrik G. Roozen,
Simon Venema MSc, Drs. Hans Wiersema

redactie Eric Blaauw en Margreet van der Meer-Jansma

tekeningen Karl Veltman

vormgeving Monique Vogelsang grafisch ontwerp

Druk MarneVeenstra

NUR 751

ISBN 9789082882018

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomati-
seerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij
elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook,
zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

onder redactie van

Eric Blaauw
Margreet van der Meer-Jansma



Inhoudsopgave

Voorwoord Gabriël Anthonio	8
Voorwoord Mr. Drs. Michèle Garnier	10
1. Het betrekken van de omgeving in de zorg voor stoornissen in het gebruik van middelen	
Samenvatting	13
1.1 Inleiding	14
1.2 Problemen van naasten	15
1.3 Rol van omgeving bij verslaving	17
1.4 Ondersteuning vanuit naasten en van naasten	19
1.5 Veranderd zorgstelsel	21
1.6 Ten slotte	23
1.7 Referenties	23
2. Ouder(s) en verslaafd? Hoe nu verder?	
Aandacht voor de opvoeding	
Samenvatting	27
2.1 Inleiding	28
2.2 Overdracht van verslaving	28
2.3 Aandacht voor risico- en beschermende factoren	30
2.4 Gezin en verslaving	31
2.5 Opvoeding-ondersteuningsprogramma's en ouders: vinden ze elkaar?	32
2.6 Effectieve interventies	33
2.7 Ten slotte	34
2.8 Referenties	35
3. Alcohol- en drugsgebruik onder studenten aan het hoger onderwijs	
Samenvatting	39
3.1 Studenten, drank en drugs	40
3.2 Rol omgeving: normalisering van drugsgebruik	41
3.3 Relatie met studiesucces	42
3.4 Aanknopingspunten voor interventies	43
3.5 Ten slotte	48
3.6 Referenties	49

4. Het Familiegesprek; gezamenlijke ondersteuning van client en familie in de verslavingszorg	
Samenvatting	53
4.1 Familiezorg	54
4.2 Het Familiegesprek	55
4.3 Componenten van het Familiegesprek	56
4.4. Ervaringen in de praktijk	60
4.5 Onderzoek naar effecten	60
4.6 Ten slotte	61
4.7 Referenties	61
5. Gedeeld eigenaarschap van ouders en belangrijke naasten bij de verslavingsbehandeling van jongeren; 'van meekijken naar meedoen'	
Samenvatting	65
5.1 Inleiding	66
5.2 Vroeger is beter	67
5.3 De ontwikkeling van jongeren	67
5.4 Potentie van gedeeld eigenaarschap	69
5.5 Gedeeld eigenaarschap in verslavingszorg	70
5.6 Optimale (verslavings-)zorg voor jongeren	72
5.7 Ten slotte	57
5.8 Referenties	76
6. Programma's binnen een verslavingszorginstelling	
Samenvatting	79
6.1 Inleiding	80
6.2 Voorlichting- en preventieprogramma's	84
6.3 Behandelprogramma's	84
6.4 Ten slotte	94
6.4 Referenties	94
7. Terugdringen van problematisch alcohol- en druggebruik door het sociale netwerk van alcohol- en druggebruikers: Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)	
Samenvatting	99
7.1 Inleiding	100
7.2 Community Reinforcement and Family Training	103
7.3 Alternatieve interventies	105
7.4 Resultaten van effectstudies	107
7.5 Implicaties	112
7.6 Ten slotte	114
7.7 Referenties	115

8. De Gezinsbenadering in penitentiaire inrichtingen: verbinding tussen gedetineerde vader en kind	
Samenvatting	123
8.1 Gedetineerde vaders en gezinsrelaties	124
8.2 Gevolgen van detentie voor kinderen van gedetineerden	125
8.3 Vader-kind relaties tijdens detentie	126
8.4 Maatschappelijke aandacht	127
8.5 Family Based Approach in Wales	128
8.6 Gezinsbenadering in Nederland	130
8.7 Werkt de Gezinsbenadering?	132
8.8 Ten slotte	133
8.9 Referenties	133
9. Lessen voor de toekomst	
9.1 Inleiding	138
9.2 In kaart brengen van de omgeving	138
9.3 Betrekken van de omgeving in de zorg	141
9.4 Zorgprogramma's gericht op de omgeving van de patiënt	143
9.5 Ten slotte	144
Over de auteurs	147

Enkele woorden vooraf

De manier waarop we naar mensen kijken beïnvloedt hoe we met mensen omgaan. Dat geldt niet alleen voor het dagelijks leven, maar ook voor professionals. Onze mensvisie bepaalt hoe we de ander behandelen en zorg verlenen.

Emmanuel Levinas, de Franse filosoof (1906-1995) worstelde met dezelfde vraag. Hoe kan ik mijn medemens benaderen, zodat dit recht doet aan het mens-zijn? Dat is de ander ontmoeten van aangezicht tot aangezicht, zonder vooroordelen. Hij noemt zijn medemens dan ook de Ander. Hierbij kunnen we de mens niet als individu, als een losstaand iets zien. Er is altijd context aanwezig, zoals relaties, de cultuur, de samenleving en betekenissen. De Ander is altijd groter, meer dan wij ons kunnen voorstellen.

Volgens de filosofie van Levinas mogen we, anders dan in de tien geboden in de Bijbel wordt gesteld, dan ook gesneden beelden maken van de Ander. Vanuit de tweede wereldoorlog weten we waar verwrongen en valse beelden over bevolkingsgroepen, de stigma's en vooroordelen op zijn uitgedraaid.

Ieder mens is uniek en bevindt zich in een dynamische context. Naast een ontmoeting met een individuele man, heb ik bijvoorbeeld ook te maken met een vader, een broer en een zoon, kleinzoon en vriend van de burens en collega op het werk. Die context kunnen we niet negeren, die is er. De mens is in mijn ogen dus een niet op zichzelf staand individu, maar onderdeel van een groter en dynamisch geheel. De mens is niet alleen een biologisch, maar ook een psychologisch, sociaal en maatschappelijk en zingevend wezen. We kunnen vier levensdomeinen onderscheiden, met ieder een eigen opgave, die we zelf moeten volbrengen naarmate we ouder worden. Die opgave ziet er ideaaltypisch globaal als volgt uit: De mens leert om goed met zijn of haar lichaam om te gaan en kan dit lichaam goed op peil houden door een gezonde leefstijl. De mens leert om op een acceptabele manier met emoties om te gaan, emoties te delen en van anderen te ontvangen. De mens leert om met vrienden om te gaan en nieuwe relaties aan te gaan. De mens leert om zin te geven aan het leven door er betekenis aan te geven, te dromen over de toekomst, te geloven of te hopen. De levensdomeinen raken elkaar, overlappen en beïnvloeden elkaar. Het is meervoudig, dynamisch en complex. Het leven van ieder mens kent een speelveld met enorm veel mogelijkheden, als je dat tenminste vanuit een positieve visie op de mens wilt inzien.

Naast het medische model en psychologische model dat de eerste twee domeinen raakt, gaat dit boek over de laatste twee domeinen, die van de sociale context en zingeving. Twee domeinen waar zich problemen kunnen voordoen, zoals een negatieve *peer group* of geen perspectief meer zien of geen verwachtingen meer hebben of de zin en betekenis van het bestaan niet (meer) zien. Tegelijk kunnen deze domeinen ook een krachtbron zijn. Nieuwe vrienden maken, je sociale of pedagogische rol weer oppakken, als vader, echtgenoot, vriend of collega. Of middels het werken aan levensverhalen, zoeken naar perspectief op de toekomst. Een cliënt die lang worstelde met zijn verslaving vond weer perspectief, middels het werken aan een levensboek met verhalen uit zijn contacten met anderen en zijn voorgeslacht. 'Mijn vader en grootvader waren timmermannen. Ik denk dat ik ook een timmerman ben, ik moet het alleen nog worden!'

Behandelen van mensen met een verslaving vraagt om een brede kijk op de mens, van aangezicht tot aangezicht. Op zoek naar krachtbronnen, mogelijkheden binnen of in samenhang met de levensdomeinen. De mens, de Ander volgens Levinas, is een uniek en oneindig wezen. Om stil van te worden, open voor te staan en samen te werken aan de weg van herstel.

Ik wens u allen veel inspiratie toe!

Prof. dr. Gabriël Anthonio,

Voorzitter Raad van Bestuur Verslavingszorg Noord Nederland
Bijzonder Hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Lector aan NHL/Stenden

**Nog enkele woorden vooraf:
Over omgevingsgerichte verslavingszorg en de betekenis voor
beroepsgerichte opleidingen in de domeinen Welzijn en Zorg.**

In de zomer van 2015 hebben we samen met de bestuurder van Verslavingszorg Noord Nederland, Gabriël Anthonio, om de tafel gezeten. We hebben geconstateerd dat een sterke impuls nodig was om vraagstukken rond verslaving meer aandacht te geven in de domeinen Welzijn en Zorg en in het onderwijs en onderzoek van de Hanzehogeschool Groningen. Wij waren het erover eens dat meer expertise nodig was bij zowel huidige professionals als bij aankomende professionals en docenten op het gebied van verslavingszorg. Tussen Verslavingszorg Noord Nederland en de Hanzehogeschool werd de afspraak gemaakt dat wij ons gezamenlijk sterk zouden maken voor een langdurige, intensieve samenwerking.

Vijf jaar later kunnen we terugkijken op de realisatie van een Bestuurlijk Convenant tussen Verslavingszorg Noord Nederland en de Hanzehogeschool Groningen, van een lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg met lector dr. Eric Blaauw en hogeschooldocent Margreet van der Meer-Jansma, en van participatie van docenten en studenten bij het lectoraat. Vanuit het onderwijs aan professionals (HanzePro) is onderwijs ontwikkeld waarmee zowel professionals als studenten hun voordeel kunnen doen. Een mooi voorbeeld is het gezamenlijk ontwikkelde post hbo-traject dat leidt naar de registratie van de GGZ-agoog.

Het lectoraat Verslavingskunde heeft een verbinding met meerdere opleidingen, zoals de bacheloropleidingen Sociaal Werk, Toegepaste psychologie, Sociaal Juridische Dienstverlening en Verpleegkunde. Maar ook de Master Social Work, de Master Healthy Ageing Professional en de AD ervaringsdeskundigheid in Welzijn en Zorg. Een nieuwe scholing die cross-overs tussen de opleidingen bevordert, in samenwerking met de GGZ-instellingen in Noord-Nederland, is in de maak.

Zijn we dan al klaar met de missie? Natuurlijk niet! Nog steeds constateren we dat vraagstukken rond armoede, personen met verward gedrag, personen met een licht verstandelijke beperking, jeugd, forensische zorg en werkloosheid veelal samenhangen met verslavingsproblematiek. De kracht van het lectoraat en de visie van zowel Verslavingszorg Noord Nederland als de Hanzehogeschool Groningen is dat deze vraagstukken niet worden geïndividualiseerd, maar altijd in samenhang en samspraak met de omgeving van de verslaafde persoon worden opgepakt. Ook andere lectoraten op het gebied van bijvoorbeeld Verpleegkundige Diagnostiek en Familiezorg, Jeugd

en Samenleving en Integratie aanpak tegen Kindermishandeling dragen deze visie uit, zodat samenwerking vanuit verschillende invalshoeken wordt bevorderd.

Dit boek neemt ons mee in de kracht van de omgeving-ondersteunende zorg. Gelukkig komt er steeds meer aandacht, ook in de wetenschap, voor het feit dat de omgeving vaak overbelast is. In hoofdstuk 1 kunnen wij daarover lezen. Ook wordt gekeken naar het inschakelen van de omgeving bij de behandeling van jeugdigen. En Margreet van der Meer-Jansma, hoofddocent bij de Academie voor Sociale Studies, richt haar aandacht op het verminderen van de transgeneratiele overdracht van verslaving.

We zijn er tevens trots op dat docent Arne van der Bos, eveneens van Sociale Studies, een hoofdstuk heeft geschreven over middelengebruik onder studenten, de mogelijkheden om via medestudenten dit te beïnvloeden en andere beïnvloedingsmogelijkheden vanuit het hoger onderwijs. Drie andere docenten van de Hanzehogeschool, Simon Venema, Petrick Glasbergen en Annelies Kassenberg, schreven samen een hoofdstuk over het voorkomen van detentieschade door de betrokken gezinnen erbij te betrekken. Verder bevat het boek een hoofdstuk van Marie Louise Luttkik, de kersverse lector Familiezorg, over de mogelijkheden om vanuit een verpleegkundige aanpak families van patiënten te begeleiden. Dit gebeurt aan de hand van familiegesprekken. De deskundigheid van Verslavingszorg Noord Nederland ten aanzien van de methodieken en interventies complementeren het boek.

We zijn trots op deze samenwerking en de totstandkoming van dit boek. We hopen dat dit boek van waarde zal zijn als lesmateriaal voor onze studenten, maar ook voor alle professionals die zich dagelijks geconfronteerd zien met complexe vraagstukken op het gebied van verslaving.

Dank aan alle betrokkenen die een bijdrage hebben geleverd. En dank aan Verslavingszorg Noord Nederland voor de mooie samenwerking, die wij graag continueren omdat wij nog lang aan de gemeenschappelijke missie willen werken: het bevorderen van de benodigde expertise bij aankomende en werkende professionals, zodat zij van betekenis kunnen zijn voor mensen met psychische en verslavingsproblemen en de naasten in hun omgeving.

Mr. Drs. Michèle Garnier,

Dean Academie voor Sociale Studies, directeur a.i. Centre of Expertise Healthy Ageing, Hanzehogeschool Groningen.

Annemarie Hannink, MHA,

Dean Academie voor Verpleegkunde, Hanzehogeschool Groningen

Het betrekken van de omgeving in de zorg voor stoornissen in het gebruik van middelen

Eric Blaauw

Samenvatting

In de zorg wordt toenemend aandacht besteed aan de omgeving van mensen met een psychische stoornis in nieuwe behandelvormen, zorgstandaarden, multidisciplinaire richtlijnen en een veranderd gemeentelijk zorgkader. Dit past bij de wetenschap dat zeer veel mensen een vorm van mantelzorg bieden in Nederland en dat velen van hen overbelast zijn. Vooral onder naasten van patiënten met een verslaving speelt veel psychische en psychosociale problematiek. Vanuit een bio-psychosociale-zingeving visie op verslaving kunnen naasten een belangrijke rol spelen in de behandeling van een stoornis. Vanuit een gepubliceerde generieke module wordt hieraan al richting gegeven, maar doorontwikkeling van werkwijzen om naasten in de zorg te betrekken is gewenst.

1.1 Inleiding

Bij de behandeling van veel psychische stoornissen is in het afgelopen decennium meer nadruk gekomen op inzet van de omgeving en ervaringsdeskundigheid. Meerdere hulpverleners hebben ervaren dat patiënten beter kunnen worden met goede zorg, maar dat de effecten snel teniet kunnen worden gedaan onder invloed van een problematische thuissituatie zonder vangnet of zelfs een negatief netwerk. Anderszins hebben veel hulpverleners ook ervaren dat sommige patiënten alleen baat lijken te hebben bij bepaalde behandelingen als mensen uit hun directe omgeving actief worden betrokken in hun behandeling. Daarbij hebben hulpverleners vaak ervaren dat dit niet altijd eenvoudig is omdat ook de omgeving van patiënten kan kampen met pathologie als gevolg van de problematiek van de patiënt. Niet zelden is het daarbij zelfs wenselijk dat ook zij ondersteuning krijgen.

Onderzoek heeft laten zien dat het betrekken van naasten bij de zorg leidt tot betere behandeluitkomsten (McCrary, 2004). In het verlengde hiervan heeft de ondertekening van de convenant “betrokken omgeving” door GGZ Nederland en de samenwerkende patiënten- en familieorganisaties een belangrijke rol gespeeld in de inrichting van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. In 2015 is hierdoor het zorgstelsel drastisch veranderd doordat gemeenten meer verantwoordelijkheden kregen en wordt sindsdien meer belang gehecht aan de maatschappelijke steunsystemen. Daarnaast zijn vanaf 2017 zorgstandaarden verschenen waarin vanuit het perspectief van patiënten, naasten en professionals wordt beschreven wat onder goed professioneel handelen (goede zorg) wordt verstaan bij verschillende stoornissen. Hierin komt steeds de nadruk op het betrekken van de omgeving naar voren. Ook komt in multidisciplinaire richtlijnen meer en meer naar voren dat de omgeving van patiënten dient te worden betrokken in de zorg. Zo werd in de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol uit 2008 en de multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving uit 2013 nog geen woord gerept over het betrekken van de omgeving in de zorg, maar stelt de multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines uit 2018 “Het verdient aanbeveling om, waar mogelijk, het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling.” Al deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat omgevingsgerichte aanpakken zoals de *Resources Assertive Community Treatment*, het *Good Lives Model* en de *Wrap Around Care* sterk in opkomst zijn en is het welhaast onmogelijk om de ogen nog gesloten te houden voor het belang om de omgeving in de zorg te betrekken.

In dit hoofdstuk wordt op deze zaken verder ingegaan en wordt vooral besproken waarom het van belang is de omgeving te betrekken in de zorg voor mensen met psychische problematiek, waaronder verslavingsproblematiek. Ook wordt besproken welke ondersteuning mogelijk is en worden enkele valkuilen besproken die men kan tegenkomen.

1.2 Problemen van naasten

In 2014 liet onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau zien dat een derde van de volwassen Nederlanders, ongeveer vier miljoen mensen, een vorm van mantelzorg bood aan anderen. De mantelzorg werd hierbij breed opgevat en kon ook bestaan uit het bieden van emotionele begeleiding of het helpen bij vervoer (zie de Klerk, de Boer, Plaisier, Schyns & Kooiker, 2015). In de meeste gevallen betrof de mantelzorg het bieden van hulp aan een familielid, waarbij dit meestal een (schoon)ouder of partner betrof, maar ook werd vaak hulp besteed aan vrienden en burens. Volgens het rapport helpen de meeste mensen graag omdat zij dit vanzelfsprekend vinden en hebben zij dus een intrinsieke motivatie, maar ook helpt een deel omdat er volgens hen niemand anders beschikbaar is, omdat de hulpbehoevende het graag wil, of om professionele zorg uit te stellen of te voorkomen. Het onderzoek liet zien dat het bieden van ondersteuning aan anderen niet alleen positieve gevoelens met zich meebrengt, maar ook negatieve consequenties kan hebben. Zo bleek ongeveer een op de tien mantelzorgers – dus maar liefst ongeveer 400.000 mensen - overbelasting te ervaren, waarbij dit vooral vaak voorkwam als het ging om het helpen van een ouder, partner of kind. Tevens bleek een op de drie mantelzorgers geen hulp te durven of willen vragen van anderen. Mantelzorgers van mensen met een psychisch of psychosociaal probleem gaven daarbij vaak aan dat er niemand beschikbaar was om hen te helpen. Niet alleen bieden veel mensen in de Nederlandse samenleving dus steun aan anderen, maar ook gaat dit regelmatig gepaard met problemen door overbelasting. Aandacht hiervoor is gewenst.

Voorals bij mensen met verslavingsproblematiek hebben mensen uit de directe omgeving van de verslaafden vaak een probleem. Op zich is dit niet verwonderlijk aangezien maar liefst vier van de elf diagnostische criteria van een stoornis in het gebruik van een middel (APA, 2014) direct of indirect betrekking hebben op een naaste: door gebruik tekortschieten op het werk, school of thuis; blijven gebruiken ondanks hieruit resulterende problemen in het relationele vlak; door gebruik opgeven van hobby's, sociale activiteit-

en of werk; voortdurend gebruik in situaties die fysiek gevaar opleveren. De meeste partners en kinderen of ouders worden door een verslaving geraakt als iemand met een verslaving tekortschiet op het werk, school of thuis, omdat dit regelmatig financiële consequenties heeft. Wanneer verslaafde mensen blijven gebruiken ondanks problemen in het relationele vlak, dan is dat vaak confronterend, frustrerend en ziekmakend voor deze relaties. Wanneer hobby's en sociale activiteiten worden opgegeven leidt dat vaak tot het minder gezamenlijk ondernemen van plezierige activiteiten, een kleiner sociaal netwerk voor de naastbetrokkenen en tot een sterkere confrontatie met iemand die bij wijze van spreken maar op de bank blijft hangen. Gebruik in situaties die fysiek gevaar opleveren, ten slotte, kan ook gevaar voor de naasten opleveren, bijvoorbeeld wanneer iemand onder invloed van middelen toch als bestuurder in een auto stapt of vergeet het fornuis uit te doen terwijl mensen in het huis liggen te slapen.

Nederlands onderzoek (Hussaarts, Roozen, Meyers, van de Wetering, & McCrady, 2012) laat zien dat partners van verslaafde mensen last hebben van psychische klachten, lichamelijke klachten en verminderde kwaliteit van leven. Daarbij zijn de partners vaak minder positief gestemd over de kwaliteit van de relatie dan hun verslaafde partners en onderscheiden zij meer mensen die ook nog last hebben van de verslaving van hun partner. In een Amerikaans onderzoek (Benishkek, Kirby & Dugosh, 2011) werd gevonden dat alle partners van verslaafde personen last hadden van emotionele problemen en relatieproblemen en dat bijna iedere partner last had van financiële problemen en familieproblemen. Ook had meer dan de helft van de partners last van gezondheidsproblemen en van geweld van hun partner. Ongeveer één op de zes partners meldde daarbij nog problemen met Justitie. Verslaving is dus niet alleen problematisch voor de persoon zelf, maar ook voor diens directe omgeving. Vanuit de wetenschap is bovendien bekend dat bij iedere verslaafde persoon naar schatting vijf mensen in de omgeving negatieve consequenties ondervinden van de verslaving van een nabije persoon (Daley & Raskin, 1991) en dat maar liefst een op de vijf mensen in de bevolking in het afgelopen jaar schade heeft ondervonden door het drinken van iemand anders (Nayak et al. 2019). Een nog belangrijker gegeven is wellicht dat kinderen van verslaafde ouders een sterk verhoogde kans om zelf ook een verslaving te ontwikkelen (Anthonio, Willems, Jansen, & van der Meer-Jansma, 2016).

Aandacht voor de naasten van personen met een verslaving is dus gewenst vanuit de wetenschap dat de partner en kinderen en andere personen in de

omgeving overbelast kunnen zijn vanuit hun ondersteuning van de verslaafde persoon en zelf ondersteuning behoeven. Verder is de aandacht voor de omgeving van belang vanuit de

wetenschap dat naasten een belangrijke rol kunnen spelen bij de aanzet, de instandhouding en het stoppen van verslaving (zie de volgende paragraaf) en dat naasten doorgaans veel meer uren per week aanwezig zijn in de omgeving van personen met een verslaving dan professionals dat kunnen doen. Een zorgprofessional die een enkel uur contact of zelfs een tiental uren contact per week heeft met een patiënt heeft op het totale aantal van 168 uren per week immers slechts enkele procenten contact per week, terwijl een naaste al snel vele keren langer contact heeft met bijvoorbeeld de partner, kind, ouder, vriend(in) of buur.

1.3 Rol van omgeving bij verslaving

In de afgelopen decennia hebben verschillende modellen voor verslaving de wetenschap en praktijk beheerst. Het hersenziektemodel, waarin verslaving wordt beschreven als een chronische recidiverende hersenziekte die wordt gekarakteriseerd door dwangmatig zoeken naar drugs en gebruik van drugs (Leshner, 1997), is momenteel behoorlijk dominant in de wetenschap. Dit model komt voort uit de constatering dat alle drugs in enige mate samen lijken te hangen met activatie van het beloningssysteem in de hersenen. Tegelijkertijd constateerde Leshner dat verslaving niet zo maar een hersenziekte is, maar dat het vooral ook van essentieel belang is te letten op de sociale context waarin deze hersenziekte zich ontwikkelde en naar voren kwam.

Een interessant Amerikaans onderzoek (Robins, Davis & Nurco, 1974) heeft laten zien dat veel Amerikaanse soldaten in Vietnam heroïne en andere drugs gebruikten (43%) en dat velen van hen hieraan verslaafd raakten (20%). We kunnen ons allemaal vast wel iets hierbij voorstellen als we ons realiseren hoe spanningsvol en traumatiserend die tijd voor deze soldaten moet zijn geweest zo ver weg van hun geliefden en met een voortdurende dreiging van de dood. Bij terugkeer in Amerika, dus bij een belangrijke verandering van de sociale context, was 95 procent van de groep verslaafde militairen niet meer verslaafd. Een belangwekkend resultaat, omdat het laat zien dat de context waarin iemand zich bevindt van groot belang is voor het ontstaan en aanblijven van verslaving.

Een ander interessant onderzoek is het dierexperimenteel onderzoek dat in de jaren 70 van de vorige eeuw werd uitgevoerd door Bruce Alexander en anderen. Jarenlang had onderzoek laten zien dat ratten verslaafd raken aan drugs als zij eenzaam worden opgesloten in kooien en de mogelijkheid krijgen om zichzelf drugs toe te dienen. Bruce Alexander maakte toen met anderen een Rat park, dat bestond uit een ruimte waarin ratten contact hadden met andere ratten en waarin zij met dingen konden spelen en babyratten om zich heen hadden. En wat bleek? Waar de ratten in eenzame opsluiting bijna allemaal verslaafd raakten en stierven aan een overdosis eenzaamheid en drugs, namen de ratten in het rat park bijna geen morfine. Bij ratten lijkt de context dus van belang voor het ontstaan en aanblijven van verslaving. Zou dit dan bij mensen ook niet het geval zijn?

Mede op basis van bovenstaande onderzoeken is het zogenoemde bio-psycho-sociale-zingeving (BPSZ) model ontwikkeld (zie Blaauw, Anthonio, van der Meer-Jansma & van den Bos, 2018). Verslaving hierbij het best kan worden beschouwd als een aandoening die voortkomt vanuit een samenspel van biologische kwetsbaarheidsfactoren, psychologische processen en sociale factoren en waarin zingeving een rol speelt om de unieke verbinding tussen deze factoren te begrijpen. Verslaving komt in deze visie voort uit een combinatie van persoonskenmerken en omgevingskenmerken en uit een combinatie van draagkracht en draaglast. Het is daarbij van belang om met de patiënt te bekijken wat de verslaving heeft veroorzaakt, wat deze in stand houdt en hoe deze kan worden tegengegaan. Dit betekent dat het bij verslaving van belang is om na te gaan hoe omgevingskenmerken steunend of belastend zijn (geweest) voor de persoon en wat de persoon en diens omgeving nodig hebben om de verslaving tegen te gaan en te overwinnen. De omgeving is hierbij dus onontbeerlijk.

De omgeving kan ook een rol spelen bij het al dan niet in zorg komen van iemand met een verslaving. Interessant hierbij is de bevinding uit Nederlands onderzoek dat meer dan driekwart van de mensen met een alcoholprobleem hun probleem oplossen zonder hulp van een zorginstelling en na drie jaar niet meer voldoen aan de diagnostische criteria van een stoornis in het gebruik van middelen (Tuithof, ten Have, van den Brink, Vollebergh, & de Graaf, 2013). Bij deze mensen was professionele hulpverlening dus kennelijk niet geïndiceerd. Tegelijkertijd komt slechts één op de tien mensen met een verslavingsprobleem in zorg en gebeurt dit bij velen van hen zo laat dat de problemen in zeker een kwart van de gevallen al chronisch zijn geworden. Hulp in een eerder stadium zou daarbij gewenst zijn geweest. Maar waarom

kloppen mensen uiteindelijk aan bij de verslavingszorg? Doorgaans doen mensen dat, omdat zij vinden dat zij teveel drinken, slikken, roken, snuiven of spuiten, maar vanwege een stimulans vanuit de omgeving. Dit kan een partner zijn die dreigt met een scheiding of kinderen die onder toezicht dreigen te worden gesteld. Ook kan het een werkgever zijn die de grens trekt of Justitie die behandeling vanuit een voorwaardelijke straf oplegt. Vaak wordt iemand dan aangemeld bij de verslavingszorg als het sociale systeem overbelast is geraakt en professionele hulp dringend gewenst is. Dit is bijvoorbeeld het geval bij crisis, overlast of geweld en zou het voor een eerdere ontlasting van het sociale systeem maar ook voor de patiënt zelf dan soms wenselijk zijn geweest als eerder hulp was ingeroepen. Dit speelt des te meer bij personen met een vergevorderde verslaving, omdat zij vaak niet meer beschikken over een netwerk dat hen kan motiveren om in zorg te gaan. Ook komt een verslaving relatief vaak voor onder mensen die geen werk hebben en alleenstaand zijn, waardoor problemen soms minder opvallen. In deze gevallen kunnen burens of een wijkteam een rol spelen bij het in zorg krijgen van de persoon.

1.4 Ondersteuning vanuit naasten en van naasten

Helaas zijn sociale contacten niet altijd steunend voor mensen met een verslaving, omdat de omgeving juist een aanleiding kan zijn geweest voor de verslaving of omdat de omgeving de verslaving in stand kan houden door bijvoorbeeld middelengebruik te bevorderen of alcohol aan te bieden (zie ook Berkman, Glass, Brisette, & Seeman, 2000; McCrady, 2004; Panebianco, Carrington, & Colozzi, 2016). Het is dus belangrijk om te bekijken of mensen in de omgeving van de verslaafde persoon ondersteunend zijn voor het tegengaan van verslaving of de verslaving juist bevorderen. Dit is vooral van belang omdat sociale ondersteuning die is gericht op gedragsverandering blijkt samen te hangen met succesvolle uitkomsten bij de behandeling van alcohol- of drugsverslaving (El-Bassel, Chen & Cooper, 1998). Daarnaast is het van belang om te bekijken welke vorm van ondersteuning kan worden geboden vanuit de personen in de omgeving. Hierbij zijn vier vormen van ondersteuning te onderscheiden en kunnen sommige mensen meerdere soorten ondersteuning bieden, terwijl andere contacten slechts een enkele vorm van ondersteuning kunnen bieden (Berkman et al., 2000).

1. emotionele ondersteuning: liefde, zorg, sympathie en begrip die beschikbaar is van anderen.

2. instrumentele ondersteuning: hulp, steun en assistentie bij tastbare behoeften als koken, boodschappen doen en het bijhouden van de administratie.
3. beoordelende ondersteuning: hulp bij het nemen van beslissingen en het verschaffen van feedback.
4. informatieve ondersteuning: het geven van advies of informatie ten behoeve van speciale behoeften.

In 2016 verschenen vanuit het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz de generieke module “Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek”. Deze generieke module bevat aanbevelingen voor het vormgeven van de samenwerking tussen professionals en naasten en het bieden van ondersteuning aan naasten in hun rol als mantelzorger. Deze aanbevelingen kwamen voort uit een systematische literatuuroverzicht en bestaande multidisciplinaire richtlijnen. De patiënt staat in de aanbevelingen centraal, maar ook wordt aandacht besteed aan het behoud en (indien nodig) verbetering van de veerkracht van de naasten. Algemene aanbevelingen omvatten dat in iedere zorgfase de relatie met de naasten wordt besproken en dat wordt aangegeven dat samenwerken het beste is voor de

behandeling. Daarbij moet de keuze van de patiënt worden gerespecteerd en is nog steeds informatie aan de naasten te geven als de patiënt zijn naasten niet bij de zorg wil betrekken en de naasten wel vragen hebben. Ook worden aanbevelingen gegeven omtrent de fase van vroege herkenning en preventie (o.a. het geven van uitleg over de klachten en de toegang tot zorg), diagnostiek (o.a. tijd nemen voor het luisteren naar het verhaal van naasten), monitoring (o.a. afspraken over samenwerking met de naasten opnemen in het behandelplan) en behandeling en begeleiding (o.a. maken van afspraken met de naaste over praktische zaken). Ten slotte worden aanbevelingen gegeven omtrent de ondersteuning van naasten (o.a. ondersteuning mogelijk maken door aanbieden van psycho-educatieve cursussen en lotgenotencontact) en omtrent de organisatie van de zorg voor naasten (o.a. altijd naasten raadplegen bij het vermoeden van suïcide- of ander gevaar). Al deze aanbevelingen zijn een duidelijke stap in de goede richting. Tegelijkertijd valt op dat veel aanbevelingen van een dermate algemene aard zijn dat veel organisaties en professionals moeite zullen hebben om hiermee in de praktijk te kunnen werken.

1.5 Veranderd zorgstelsel

De zorg voor mensen met psychische problemen, waaronder verslavingsproblemen, is sinds enkele jaren onderhevig aan belangrijke veranderingen en ook in de toekomst zijn verdere veranderingen te verwachten. De budgetten van zorgverzekeraars voor zorginstellingen zijn bevroren of ingekrompen en met gelijkblijvende hoeveelheden financiële middelen moeten steeds meer mensen worden behandeld. Vanuit afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars (Bestuurlijk akkoord 2012) spraken verslavingszorgaanbieders af om zoveel mogelijk passende zorg op de juiste plek te verlenen en een omslag te maken van klinisch naar ambulante, van tweede lijn naar eerste lijn, van eerste lijn naar huisarts en van huisarts naar meer zelfmanagement. Concreet werd afgesproken om de bedden capaciteit tot 2020 met een derde af te bouwen en ten minste 20 procent van de cliënten hulp in de generalistische basis ggz en huisartsenzorg met ondersteuning aan te bieden in plaats van in de gespecialiseerde ggz. Deze veranderingen roepen in verslavingszorginstellingen onder meer de vraag op welke cliënten moeten worden opgenomen en bij welke cliënten primair moet worden ingezet op een ambulante behandeling. Ook wordt de vraag opgeroepen hoe lang een klinische behandeling moet zijn om voldoende verandering te bewerkstelligen zodat een verslaafde persoon daarna kan volstaan met een lichtere vorm van behandeling.

Een zeer belangrijke verandering voor (verslavings-)zorginstellingen is dat gemeenten drie transities doormaken. De eerste transitie vloeit voort uit het feit dat gemeenten vanaf 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn gesteld voor uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Mensen die voorheen aanspraak maakten op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vanwege benodigde ondersteuning en hulp in het dagelijks leven en de huishouding, moeten nu aankloppen bij de gemeenten. Ook beschermd wonen en extramurale dagbesteding valt hieronder. De tweede transitie is het gevolg van het feit dat gemeenten vanuit de Jeugdwet verantwoordelijk zijn geworden voor alle vormen van hulp aan kinderen en jongeren tot 18 jaar, wat kan doorlopen tot maximaal het 23^e jaar. Dit omvat behandeling met of zonder verblijf, begeleiding, ondersteuning, persoonlijke verzorging en persoonlijke verpleging van jongeren met een psychische stoornis, aandoening of beperking, zoals een verstandelijke beperking. Daarbij zijn de gemeenten ook verantwoordelijk geworden voor de gesloten jeugdzorg, de kindbescherming en de jeugdreclassering. De derde transitie behelst de Participatiewet, die tot doel heeft om zoveel mogelijk mensen te laten deel-

nemen aan de arbeidsmarkt. Binnen de Participatiewet zijn drie regelingen samengevoegd tot één regeling en zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van deze wet. De eerste regeling is de Wet werk en bijstand (WWB) voor mensen die weinig of geen inkomen hebben. De tweede is de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong), voor jonggehandicapten met een psychische, lichamelijke of verstandelijke beperking. De derde regeling is de Wet Sociale Werkvoorziening (WSW) die het voor jonggehandicapten mogelijk maakt onder aangepaste omstandigheden werk te verrichten op een reguliere werkplek of op een speciaal aangepaste werkplek. Voorheen stroomden deze mensen in op een plek in een zogeheten sociale werkplaats.

Binnen de bovengenoemde drie transities naar de gemeenten is de nadruk komen te liggen op eigen verantwoordelijkheid van burgers, op meedoen in de samenleving en op gebruik maken van sociale netwerken. Deze nadruk legt het zwaartepunt van de zorg voor mensen met een verslaving bij de verslaafde persoon in interactie met diens natuurlijke omgeving, met soms meer nadruk op de inzet van de verslaafde persoon en soms meer nadruk op de inzet van diens omgeving. Omdat ondersteuning en participatie dichterbij de burger moet liggen, richten gemeenten zich op wijkteams en zoeken gemeenten naar samenwerkingsverbanden met sociale instellingen en zorginstellingen.

1.6 Ten slotte

In het voorgaande is besproken dat inzet van de omgeving en ervaringsdeskundigheid steeds belangrijker is geworden in de zorg en dat zorgstandaarden en multidisciplinaire richtlijnen hieraan steeds meer aandacht besteden en dat ook het gemeentelijk zorglandschap hierop is aangepast. Ook komen er nieuwe behandelvormen waarin de omgeving van mensen met een psychische stoornis meer worden betrokken. Betoogd is dat dit een goede zaak is, omdat de omgeving een belangrijke rol kan spelen in het beloop van een psychische stoornis en in de behandeling. Ook is betoogd dat aandacht voor de omgeving wenselijk is omdat de omgeving zelf kan kampen met overbelasting. Wanneer we dan kijken naar wat bekend is omtrent de mogelijkheden en werkwijzen om naasten van patiënten te betrekken in de zorg, dan valt op dat hierover nog weinig bekend is. De generieke module “Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek” vormt hierin een mooie aanzet, maar heeft verder

onderzoek en aanvulling vanuit de praktijk waarin daadwerkelijk wordt samengewerkt tussen patiënten, hun omgeving en zorgverleners. Verdere aandacht voor dit thema is dus vereist.

1.7 Referenties

- Alexander, B. K., Coombs, R. B. & Hadaway, P. F. (1978). The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58, 175-179.
- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Antonio, G. G., Willems, I., Jansen, D. & van der Meer-Jansma, M. (2016). Verslaafde ouder is risico voor kind. *Medisch Contact*, 27 september.
- Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014*. d.d. 18 juni 2012.
- Benishek, L. A., Kirby, K. C., & Dugosh, K. L. (2011). Prevalence and frequency of problems of concerned family members with a substance-using loved one. *The American Journal of Drug And Alcohol Abuse*, 37(2), 82-88.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brisette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Sociale Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Blaauw, E., Antonio, G.G., van der Meer-Jansma, M. & van der Bos, A. (2018). Visie op de mens, visie op verslaving: Een meervoudige kijk op problematiek en herstel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(11), 774-781.
- Brink, W. van den, & Schippers, G. M. (2008). Verslaving en verslavingszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50 (jubileumnummer 1959-2008), 91-97.
- Daley, D. C., & Raskin, M. S. (1991). *Treating the chemically dependent and their families*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- El-Bassel, N., Chen, D., & Cooper, D. (1998). Social support and social network profiles among women on methadone. *Sociale Service Review*, 72(3), 379-491.
- Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek* (2016). Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.
- Hussaarts, P., Roozen, H. G., Meyers, R. J., van de Wetering, B. M., & McCra-

- dy, B. S. (2012). Problem areas reported by substance abusing individuals and their concerned significant others. *The American Journal on Addictions, 21(1)*, 38-46.
- Klerk M., de Boer, A. de, Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (2015). *Informele hulp: wie doet er wat?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science, 278*, 45-47.
- McCrary, B. S. (2004). To have but one true friend: Implications for practice of research on alcohol use disorders and social networks. *Psychology of Addictive Behaviors, 18(3)*, 113-121.
- Nayak, M.B., Patterson, D., Wilsnack, S.C., Karriker-Jaffe, K.J. & Greenfield, T.K. (2019). Alcohol's secondhand harms in the United States: New data on prevalence and risk factors. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 80*, 273-281. doi:10.15288/jsad.2019.80.273
- Panebianco, D., Gallupe, O., Carrington, P. J., & Colozzi, I. (2016). Personal support networks, social capital, and risk of relapse among individuals treated for substance use issues. *International Journal of Drug Policy, 27*, 146-153.
- Robins, L. N., Davis, D. H., & Nurco, D. N. (1974). How permanent was Vietnam drug addiction? *American Journal of Public Health, 64(12 Suppl)*, 38-43.
- Tuithof, M., ten Have, M., van den Brink, W., Vollebergh, W., & de Graaf, R. (2013). Predicting persistency of DSM-5 alcohol use disorder and examining drinking patterns of recently remitted individuals: A prospective general population study. *Addiction, 108*, 2091-2099.

Ouder(s) en verslaafd? Hoe nu verder? Aandacht voor de opvoeding

Margreet van der Meer-Jansma

Samenvatting

Kinderen van ouders met een verslaving lopen een hoger risico om zelf ook problematiek te ontwikkelen. In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij deze mogelijke intergenerationele overdracht van verslaving. Hierbij wordt het concept uitgelegd en wordt stilgestaan bij de risicofactoren en beschermende factoren. Verder wordt ingegaan op één van de belangrijkste beschermende factoren: opgroeien binnen een veilige gezinssituatie. In gezinnen met verslavingsproblematiek is deze situatie vaak juist problematisch, ook qua opvoeding. Er worden voorbeelden gegeven hoe ouders, en daarmee ook de kinderen, kunnen worden ondersteund in de opvoeding.

2.1 Inleiding

Een trotse Maartje staat voor een groep studenten. Ze vertelt haar levensverhaal. De studenten zijn door haar verhaal geraakt en onder de indruk van Maartje's herstelproces.

Maartje groeide op in een gezin met een vader die alcoholist was. Zij wist nooit in welke bui hij was. Dit voelde onveilig. Haar moeder was niet in staat Maartje te beschermen en sloot haar ogen voor het gebruik van haar man. Maartje werd steeds rebelser, het ging niet goed op school en op haar 16^e begon zij zelf ook met gebruiken. Dit was een combinatie van alcohol en drugs. Op deze leeftijd kreeg zij ook een vriendje die gebruikte en zij raakte zwanger. De jaren die volgden, stonden in het teken van gebruik. In deze periode kreeg zij nog een kind. Na haar tweede kind gingen zij en haar vriend uit elkaar. Het ging niet goed met haar, haar leven stond in het teken van gebruik en overleven. Onderwijl moest zij ook nog zorgen voor haar twee kinderen. Op een gegeven moment zag zij het niet meer zitten en vond het leven uitzichtloos.

De ommekeer kwam toen zij naar boven liep en naar haar kinderen keek die lagen te slapen. Op dat moment nam zij het besluit dat zij er voor haar kinderen wilde zijn. Zij wilde werken aan haar herstel. Ze meldde zich aan bij de gezinskliniek van VNN. Een moeizaam traject volgde, maar nu staat zij hier voor de klas. Trots op haar herstel, trots op haar verhaal en klaar om weer voor haar kinderen te zorgen. Door aan zichzelf te werken, heeft ze haar kinderen ook de kans gegeven bij haar op te groeien en mogelijk de overdracht van verslaving te doorbreken.

Het voorbeeld van Maartje laat het proces van intergenerationale overdracht van verslaving zien. Bij intergenerationale overdracht gaat de problematiek over van (groot) ouder op kind. Soortgelijke casus als die van Maartje komen helaas in de praktijk van de verslavingszorg regelmatig voor. Professionals die zorg bieden aan een cliënt zien soms jaren later de kinderen van dezelfde cliënt in zorg. Het is van belang om deze overdracht te voorkomen, zodat kinderen van ouders met een verslaving een grotere kans hebben om op latere leeftijd zelf geen problemen te ontwikkelen.

2.2 Overdracht van verslaving

Verslaving is complexe problematiek (Van Meghelen & Pronk, 2005). De ernst van de verslaving verschilt van individu tot individu. Op het moment dat het

gebruik van een middel langer duurt en ook steeds intensiever wordt, ontstaan er vaak problemen en worden de problemen ook groter. Er zijn dan vaak problemen op diverse levensgebieden, zoals schulden, problemen op het werk, geen of verkeerde vrienden, ernstige gezondheidsschade en verminderd of geen contact met familie

Er is vaak niet één specifiek oorzaak aan te wijzen voor het hebben van verslavingsproblematiek. Dit komt ook duidelijk naar voren in het BPS-model, dat veel binnen de verslavingszorg wordt gebruikt. Verslaving wordt in het BPS-model gezien als een samenspel van biologische kwetsbaarheidsfactoren, psychologische processen en sociale factoren. In een eerder hoofdstuk is reeds gepleit voor de toevoeging van het element Zingeving aan dit model. Zingeving kan de persoon en ook diens omgeving mogelijk ondersteunen in de zoektocht naar wat zij nodig hebben om de verslaving tegen te gaan.

Er is steeds meer bekend over de genetische kwetsbaarheid van mensen voor het ontwikkelen van verslaving (Vink, 2016). Daarnaast kunnen sociale en omgevingsfactoren de kans op verslaving vergroten (Huizink, 2010; Senten, 2014). Per individu zijn verschillende factoren aan te wijzen die maken dat een persoon wel of niet verslaafd raakt. Het is hierbij veelal de combinatie van 'nature en nurture'.

De kinderen van ouders met een verslaving zijn in dit licht een kwetsbare groep. We weten uit onderzoek dat kinderen die opgroeien bij ouders met verslavingsproblematiek een hoger risico lopen zelf ooit psychische- of verslavingsproblemen te ontwikkelen (Hirschfeld-Becker et al., 2012; Van Sandvoort, Hosman, Van Doesum, & Janssens, 2011; Weissman et al., 2006). Daarnaast doen deze kinderen vijf keer vaker een beroep op de geestelijke gezondheidszorg dan kinderen van ouders zonder psychopathologie of verslavingsproblematiek (Van Sandvoort et al., 2011).

De problemen die kinderen van ouders met een verslaving kunnen hebben, uiten zich op verschillende manieren. Kinderen van ouders met een verslaving hebben vaker concentratieproblemen, aandachtsproblemen, hyperactiviteitstrekken, een lagere zelfwaardering, sombere stemming, trekken de aandacht sneller naar zich toe en vertonen eerder agressief gedrag dan kinderen van ouders zonder een verslaving (Finzi, Cohen, Sapir & Weizman, 2000; Johnson & Leff, 1999). Ook hebben kinderen van ouders met een verslaving een grotere kans op het ontwikkelen van depressie, eetstoornissen en gedragsstoornissen. Verder vertonen kinderen meer angstkenmerken

wanneer ouders een verslaving hebben en presteren kinderen van ouders met een verslaving vaker slechter op school dan kinderen van ouders zonder een verslaving (Finzi, Cohen, Sapir & Weizman, 2000).

Hoe meer stress de kinderen ervaren, als gevolg van de levensstijl en de psychische problemen van hun ouders, hoe groter het risico op problemen op latere leeftijd. De aanwezigheid van meerdere risicofactoren maakt de kans op problemen groter en het gevaar bestaat dat de factoren elkaar kunnen versterken. Bovendien wordt verondersteld dat naarmate de risicofactoren langer aanwezig zijn, de kans dat problemen ontstaan groter wordt (Groenendaal & Deković, 2000).

2.3 Aandacht voor risico- en beschermende factoren

Het blijkt dat er in Nederland een relatief grote groep kinderen opgroeit bij ouders met een psychische stoornis en/of verslaving. Er zijn op jaarbasis 405.000 ouders met een psychische stoornis en/of verslaving. Dit betekent dat er naar schatting 577.000 kinderen onder de 18 jaar zijn, met een ouder met psychische problemen of een verslaving (Goossens & Van der Zanden, 2012). De verwachting is overigens dat dit nog een onderschatting is. Het is bekend dat lang niet alle mensen met psychische en/of verslavingsproblematiek in beeld zijn, waarbij dit zeker voor kun kinderen geldt.

Gelukkig krijgt niet ieder kind van een ouder met een verslaving zelf ook problemen met een verslaving of psychische problemen. Dit hangt af van hoeveel veerkracht een kind of jongere heeft, welke beschermende factoren er vanuit de omgeving zijn en daarnaast hoeveel risicofactoren er aanwezig zijn.

Kinderen worden namelijk door het gebruik van hun ouders blootgesteld aan verschillende risico's. Bij bijvoorbeeld het gebruik van alcohol door de moeder tijdens de zwangerschap bestaat het risico op de ontwikkeling van het Foetaal Alcohol syndroom (FAS) (Streissguth & Brookes, 1997) In de literatuur komen nog andere risicofactoren naar voren zoals genetische aanleg, karakter en mogelijk onveilige gehechtheid (Meyers et al., 2014; Vink, 2016; Rangarjan, 2008). Verder zijn er ook risicofactoren aan te wijzen in de gezins-situatie, zoals een verstoorde ouder-kindrelatie – waarbij vaak een vorm van 'parentificatie' (als kind overnemen van de ouderrol) zichtbaar is –, een instabiele gezinssituatie met gescheiden ouders, en mogelijk veel ruzie en huiselijk geweld (Van Loon, Van de Ven, Van Doesum, Hosman, & Witteman,

2017). In de omgeving kunnen factoren meespelen als weinig sociale steun en het kunnen terugvallen op een sociaal netwerk. Daarbij is de invloed van vrienden ook van belang. Deze invloed kan overigens risicoverhogend of juist beschermend zijn. Overige omgevingsfactoren als een ongunstige woon-omgeving en nadelige buurtkenmerken spelen tevens een rol (Lau-Barraco & Linden, 2014; Teunissen, Spijkerman, Cohen, Prinstein, Engels & Scholte, 2014).

Het in kaart brengen van de risicofactoren kan ondersteunen bij het signaleren van mogelijke problematiek van kinderen die opgroeien bij ouders met een verslaving. Het is echter van belang ook aandacht te hebben voor de aanwezige beschermende factoren. Deze factoren kunnen bescherming bieden aan kinderen tegen de risicovolle situaties en negatieve invloeden van ouders die kampen met verslavingsproblematiek. Het is belangrijk dat kinderen warme, ondersteunende affectieve relaties met het gezin en andere volwassenen in de omgeving kunnen ontwikkelen. Hierbij zijn duidelijke regels en grenzen en een constructieve tijdsbesteding van belang. Het is ondersteunend, wanneer positief gedrag van het kind wordt erkend en gewaardeerd, en dat het kind emotionele, cognitieve en gedragsvaardigheden kan oefenen in een veilige omgeving. Deze factoren dragen er aan bij dat een kind 'veerkracht' ontwikkelt, de vaardigheid om onontkoombare versturende levensgebeurtenissen te ondergaan, te verdragen en ervan te herstellen (Reuben & Shaw, 2015).

2.4 Gezin en verslaving

Een veilige omgeving waarin een kind zich kan ontwikkelen is dus belangrijk. Echter in gezinnen met verslavingsproblematiek heerst regelmatig onrust en onvoorspelbaarheid. Dit was ook zichtbaar in het leven van Maartje. Zij wist nooit precies welke bui haar vader zou hebben en of hij wel of niet onder invloed van alcohol was. Dit maakte dat zij zich terugtrok en zich steeds meer afzette tegen haar ouders. De opvoedingssituatie is in veel gezinnen met verslavingsproblematiek problematisch. Verslaafde ouders blijken vaak moeite te hebben met het bieden van optimaal ouderschap, waarbij in een stabiele situatie affectie en continuïteit van zorg geboden wordt (Brook et al, 2000). Verder krijgt een kind in een gezin met een ouder met verslaving mogelijk minder aandacht en zorg. Daarnaast heeft verslaving vaak invloed op de invulling van de ouderrol en de manier van opvoeden.

De opvoedingsstijl van veel ouders met een verslaving wordt namelijk vaak

gekenmerkt door weinig verzorging, weinig positieve controle (structuur bieden, organiseren van de dagelijks leven, ontwikkeling van zelfstandigheid stimuleren) en veel negatieve controle (restricties en straf). Bovendien zijn in veel gezinnen bij ouders met een verslaving veel inconsequenties in de opvoeding zichtbaar, alsmede het verwennen van kinderen. Uit onderzoek van Montgomery, Fisk en Craig (2008) komt naar voren dat een hoge mate van (positieve) structuur de kans op drugsgebruik verlaagt. Bij opvoedingsstijlen met een geringe structuur (de toegeeflijke en verwaarlozende opvoedingsstijl) is de kans op drugsgebruik onder adolescenten groter dan bij een opvoedingsstijl met meer positieve structuur. Dit wordt bevestigd door het onderzoek van Berge, Sundell, Öjehagen en Håkansson (2016) waarbij de toegeeflijke en verwaarlozende opvoedingsstijl van ouders het sterkst geassocieerd is met het gebruik van drugs bij de kinderen. Ouders met verslavingsproblematiek kunnen verder wisselende stemmingen hebben of chaotisch zijn, wat een onvoorspelbare situatie voor de kinderen kan opleveren. Verder is er regelmatig sprake van een onveilige hechting tussen ouder en kind, zoals een angstige hechtingstijl of vermijdende hechtingstijl vanuit het kind (Finzi, Cohen, Sapir & Weizman, 2000). Het is dan ook van belang binnen behandel- en preventieprogramma's aandacht te besteden aan de rol van het gezin en specifiek in te zoomen op opvoeding en daarbij opvoedondersteuning.

2.5 Opvoeding-ondersteuningsprogramma's en ouders: vinden ze elkaar?

Het voorgaande laat zien dat het in de behandeling van ouders met verslavingsproblematiek van belang is aandacht te besteden aan de thuissituatie en het opvoedingsklimaat. Echter, uit de praktijk blijkt dat het voor hulpverleners ingewikkeld is aandacht te besteden aan kinderen van ouders met een verslaving, laat staan aandacht te hebben voor de opvoeding. Er komen uit onderzoek van Taylor en Kroll (2004) diverse dilemma's omtrent dit thema naar voren. Professionals richten zich bijvoorbeeld voornamelijk op het volwassen individu. Hierbij komt dan vervolgens de ouderrol van de client niet aan bod. Kinderen van ouders met een verslaving worden hierdoor snel over het hoofd gezien. Verder geven professionals bij het bespreekbaar maken van kinderen de angst voor de mogelijke verstoring van de behandelrelatie met de client aan. Vaak vergt het opbouwen van een behandelrelatie tijd en vertrouwen. De angst bestaat dat door het bespreken van het onderwerp kinderen de cliënten wegblijven en hun behandeling niet meer vervolgen. Verder

is het onderwerp kinderen voor ouders ook vaak beladen. Ouders zijn vaak bang voor de mogelijke gevolgen van hun middelengebruik op hun kinderen, zoals een eventuele uithuisplaatsing. Verder speelt bij verslaving in het algemeen vaak geheimhouding en ontkenning, wat het voor de hulpverlening bemoeilijkt het onderwerp bespreekbaar te maken (Mc Neely et al. 2018).

Naast deze dilemma's is het vaak nog extra ingewikkeld voor een professional om de opvoedingssituatie te bespreken. Dit is niet in de laatste plaats, omdat ouders zich vaak snel aangevallen voelen op hun opvoedingsvaardigheden. Er wordt dan ook door de meeste ouders niet om hulp gevraagd bij de opvoeding. Vaak is dit omdat men de vragen niet problematisch genoeg vindt om professionele hulp voor te vragen. Kennelijk moet de situatie al heel problematisch zijn, wil men hulp zoeken. Ouders stellen hun vragen liever bij een huisarts, bij hun eigen netwerk of leerkracht op school. Echter bij taboeonderwerpen, zoals relatieproblemen, huiselijk geweld en ook verslavingsproblematiek zoeken mensen vaak nog minder om hulp (Oudhof, de Wolff & de Ruiten et al, 2013). Het blijkt ook dat meer intensieve en formele vormen van opvoedondersteuning, goed passend bij complexe gezinssituaties een laag bereik hebben. Dit is jammer, aangezien hier juist met effectieve interventies wordt gewerkt.

2.6 Effectieve interventies

In het regulier aanbod van de verslavingszorg is niet standaard aandacht voor het gezin en opvoeding. Er zijn echter wel effectieve interventies beschreven die hier aandacht aan besteden, zoals bijvoorbeeld 'Kop op ouders' een online interventie die informatie en tips biedt over zo goed mogelijk ouderschap. Het platform biedt ook een online cursus waaraan iemand anoniem kan deelnemen. KopOpOuders.nl is er voor alle ouders die stress ervaren, last hebben van psychische problemen en/of verslavingsproblematiek.

Naast KopOpOuders bieden verslavingszorginstellingen verschillende cursussen gericht op opvoedondersteuning aan. Deze opvoedondersteuning richt zich op alle ouders die (beginnende) opvoedproblemen hebben, maar ook op ouders die vragen hebben rondom het middelengebruik van hun kind(eren). Een voorbeeld van een effectief programma is Basiszorg Triple C. Dit programma is bedoeld om ouders te ondersteunen bij de opvoeding. Het programma heeft als doel emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen en tieners te voorkomen of verminderen. Het is een kortdurend programma dat

gericht is op het versterken van opvoedingsvaardigheden van ouders (www.trimbos.nl).

Naast preventieve programma's wordt er ook in sommige behandelprogramma's expliciet aandacht besteed aan het gezin en opvoedondersteuning. Binnen de verslavingszorg wordt hier vaak middels systeemtherapie aandacht aan besteed. Een specifiek voorbeeld is de gezinskliniek de Borch van VNN. In deze kliniek kunnen zwangere vrouwen en ouders met een verslaving samen met hun kinderen (0 t/m 12 jaar) worden opgenomen worden. Het betreft vaak gezinnen met disfunctionele interactieproblemen en problemen op meerdere levensgebieden. De Borch richt zich op zowel het functioneren van de persoon met de verslaving als op het functioneren van gezin, inclusief de rol als ouder(s). De behandeling richt zich ook op het gezinsfunctioneren, waarbij het versterken van de relaties tussen de gezinsleden centraal staat. De intensieve klinische behandeling richt zich op zowel de verslavingsproblematiek als ook het ouderschap.

2.7 Ten slotte

Een manier om kinderen van ouders met een verslaving te ondersteunen, is om aandacht te besteden aan het gezin en de opvoeding. In het geval van Maartje was het ook juist die gezinssituatie, haar kinderen, die maakten dat zij met haar eigen herstel, en daarmee met haar gezin aan de slag wilde.

Om aandacht te besteden aan het gezin en opvoeding moeten we als verslavingszorg nog wel een aantal drempels over: bespreekbaar maken van kinderen in het contact met de volwassen client en daarnaast ook aandacht voor de opvoeding van deze kinderen en het creëren van een veilige omgeving om op te groeien.

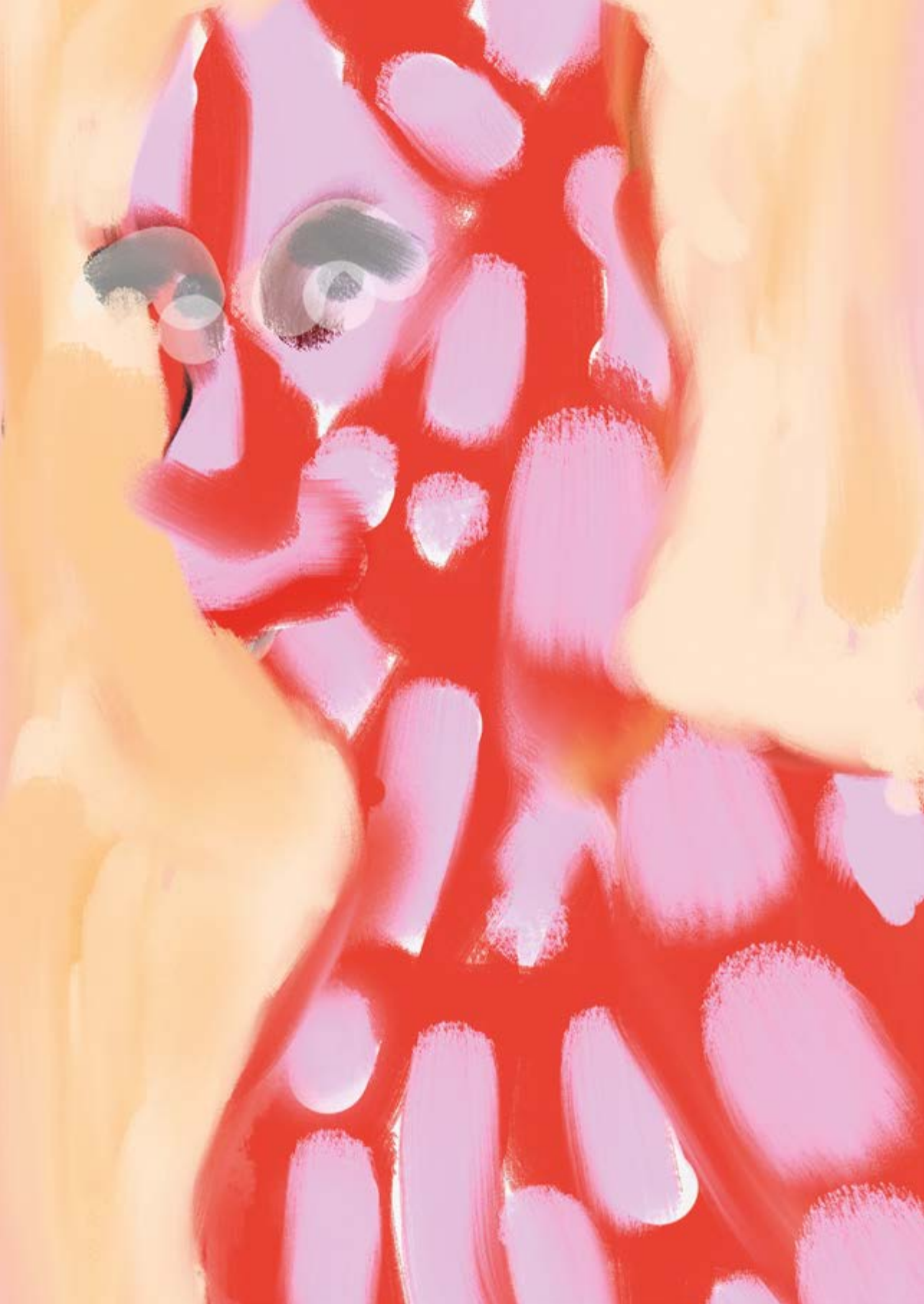
Het is van belang dit thema te normaliseren: het hebben van kinderen en opvoeden van kinderen is heel bijzonder en kan tegelijkertijd een 'hell of a job' zijn. Voor iedereen. Echter, bij gezinnen waarbij verslavingsproblematiek speelt, kan dit betekenen dat er extra ondersteuning nodig is.

2.8 Referenties

- Berge, J., Sundell, K., Öjehagen, A., & Håkansson, A. (2016). Role of parenting styles in adolescent substance use: Results from a Swedish longitudinal cohort study. *BMJ Open*, *6*(1), e008979 (pp. 1-9). doi:10.1136/bmjopen-2015-008979
- Finzi, R., Cohen, O., Sapir, Y., & Weizman, A. (2000). Attachment styles in maltreated children: a comparative study. *Child Psychiatry and Human Development*, *31*, 113-128
- Goossens, F. X., & Van der Zanden, A. P. (2012). *Factsheet KOPP/KVO*. Utrecht: Trimbo's-instituut.
- Groenendaal, H., & Deković, M. (2000). Risicofactoren voor de kwaliteit van de opvoeding. *Pedagogiek*, *20*(1), 3-22.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J. A., Henin, A., Petty, C., Faraone, S. V., Mazursky, H., Bruett, L., Rosenbaum, J. F., & Biederman, J. (2012). Psychopathology in adolescent offspring of parents with panic disorder, major depression, or both: A 10-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *169*(11), 1175-1184. doi:10.1176/appi.ajp.2012.11101514.
- Huizink, A. C. (2010). *Middelen om aan de druk te ontsnappen*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen (oratie).
- Ince, D., Van Yperen, T., & Valkestijn, M. (2013). *Top tien positieve ontwikkeling jeugd. Beschermende factoren in opvoeden en opgroeien*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Johnson, J. L., & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*, *103*(5), 1085-1099.
- Lau-Barraco, C. & Linden, A.N. (2014). Drinking buddies: who are they and when do they matter? *Addiction Research & Theory*; *22*(1), 57-67.
- Meyers, J. L., Salvatore, J. E., Vuoksima, E., Korhonen, T., Pulkkinen, L., Rose, R.J., Kaprio, J., & Dick, D. M. (2014). Genetic influences on alcohol use behaviors have diverging developmental trajectories: A prospective study among male and female twins. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *38*(11), 2869-2877. doi:10.1111/acer.12560
- Montgomery, C., Fisk, J. E., & Craig, L. (2008). The effects of perceived parenting style on the propensity for illicit drug use: The importance of

- parental warmth and control. *Drug and Alcohol Review*, 27(6), 640-649. doi:10.1080/09595230802392790
- Oudhof, M, de Wolff, M, de Ruiter, M. et al (2013). JGZ- Richtlijn Opvoedondersteuning. NJI (Nederlands Jeugd Instituut)
- Rangarjan, S. (2008). Mediators and moderators of parental alcoholism effects on offspring self-esteem. *Alcohol and Alcoholism*, 43(4), 481-491. doi:10.1093/alcalc/agn034
- Reuben, J. D., & Shaw, D. S. (2015). Resilience in the offspring of depressed mothers: Variation across risk, domains, and time. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(4), 300-327. doi:10.1007/s10567-015-0195-5
- Romijn, G., De Graaf, I., & De Jonge, M. (2010). *Kwetsbare kinderen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Senten, M. (2014). *Hunkeren naar meer: Resultaten uit onderzoek in perspectief*. Den Haag: ZonMw, Programma Risicogedrag en Afhankelijkheid. doi:10.1177/1477370815600617.
- Streissguth, A. & Brookes, P.H. (1997) *Fetal Alcohol Syndrome: A guide for Families and Communities*. Baltimore, Maryland.
- Taylor, A., & Kroll, B. (2004). Working with Parental Substance Misuse: Dilemmas for Practice. *British Journal of Social Work*, 32, 115-1132.
- Teunissen, H.A., Spijkerman, R., Prinstein, M.J., Cohen, G.L., Engels, R.C.M.E., & Scholte, R.H.J. (2012) Adolescents' Conformity to Their Peers' Pro-Alcohol and Anti-Alcohol Norms: The Power of Popularity. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 36(7).
- Van Loon, L. M., Van de Ven, M. O., Van Doesum, K. T., Hosman, C. M., & Witteman, C. L. (2017). Parentification, stress, and problem behavior of adolescents who have a parent with mental health problems. *Family Process*, 56(1), 141-153. doi:10.1111/famp.12165
- Van Meghelen, P., & Pronk, E. (2005). *Verslaving*. Den Haag: ZonMw, Programma Verslaving.
- Van Santvoort, F., Hosman, C., Van Doesum, K., & Janssens, J. (2011). Preventie programma KOPP/KVO onder vuur. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 89(1), 16-19.

- Vink, J. M. (2016). Genetics of addiction: Future focus on gene x environment interaction? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(5), 684-687. doi:10.15288/jsad.2016.77.684
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1001-1008. doi:10.1176/ajp.2006.163.6.1001



Alcohol- en drugsgebruik onder studenten aan het hoger onderwijs

Arne van den Bos

Samenvatting

In de studententijd wordt relatief veel alcohol gedronken en drugs gebruikt. Dit hoofdstuk draagt aanknopingspunten aan voor interventies om het alcohol- en drugsgebruik, en de gezondheidsincidenten die daarmee verbonden zijn, terug te dringen. Er wordt dieper ingegaan op het beïnvloeden van de sociale norm en laagdrempelige kennisverspreiding binnen de context van het studentenleven en de onderwijsinstellingen. Ook de kracht van gepersonaliseerde normatieve feedback, vroegsignalering en helderheid over doorverwijzing binnen- en tussen instanties, komen hierbij aan de orde.

3.1 Studenten, drank en drugs

Jongvolwassenheid gaat gepaard met relatief veel alcohol- en drugsgebruik. Het alcoholgebruik in deze leeftijdsgroep ligt, – ondanks het verhogen van de leeftijdsgrens van 16 naar 18 in 2014 – nog altijd hoog. Van alle leeftijdscategorieën is de prevalentie van overmatig drinken (16%) en zwaar drinken (19%) het hoogst onder 18- tot 24-jarigen (CBS, 2017)¹. Hiernaast worden in deze leeftijdscategorie ook de meeste drugs gebruikt. Zo zien we dat bijna een kwart van de 20-24-jarigen ervaring heeft met XTC. Ook vergeleken met andere Europese landen is het gebruik van Nederlandse jongvolwassenen hoog te noemen (EMCDDA, 2018).

Studenten vormen een aparte groep jongvolwassenen en onderzoek wijst uit dat het alcohol- en drugsgebruik in deze groep nog hoger is (o.a. van Dorsse-laer & Goosens, 2015). Met name het percentage zware drinkers blijkt hoog uit te vallen: 27 procent. Uit een reeks representatieve studies in Groningen (van den Bos, Nijkamp, & Bieleman, 2015; van den Bos, Sijstra, & Bieleman, 2017) blijkt dat cannabis het meest voorkomende middel is onder studenten, gevolgd door XTC, cocaïne en amfetamine. Circa een kwart van de studenten heeft recent (in het afgelopen jaar) partydrugs gebruikt (o.a. cocaïne, XTC). Interessant is ook dat het drugsgebruik onder leden van studentenverenigingen hoger ligt dan daarbuiten. Dit geldt ook voor alcoholgebruik (Maalsté, 2000).

Alcohol- en drugsgebruik gaan echter gepaard met gezondheidsrisico's. In 2017 zijn bijvoorbeeld naar schatting 6000 personen op een spoedeisende hulp beland vanwege alcoholvergiftiging. Hiervan was ongeveer de helft jonger dan 25 jaar oud (Valkenberg & Nijman, 2018). Uit de Monitor Drugsincidenten blijkt dat er in 2017 5.905 druggerelateerde gezondheidsincidenten geregistreerd waren, waarvan eveneens circa de helft personen jonger dan 25 jaar. Circa 1 op 250 partydrugsgebruikers komt in aanraking met hulpverlening (Lameier, Wijers, Croes, de Ruiters, & Valkenberg, 2018). Naast deze acute incidenten, waardoor gebruikers op EHBO-posten of in ziekenhuizen belanden (o.a. oververhitting, hartkloppingen, angstaanvallen e.d.), zijn er aanwijzingen voor cognitieve (met name geheugen) en psychische schade (de Win et al., 2008), waardoor het functioneren in het dagelijks leven op de langere termijn ook kan worden beperkt (o.a. concentratieproblemen, multitasking).

¹ Zwaar drinken: minimaal 1 keer per week zes of meer glazen alcohol (mannen) of vier of meer glazen (vrouwen). Overmatig drinken: meer dan 21 glazen alcohol (mannen) of 14 glazen (vrouwen) per week.

Hoewel het grootste deel van de oud-studenten na verloop van tijd (na hun studie, bij het vinden van een baan) een evenwicht vindt met een gematigder alcohol- en druggebruik en hoewel relatief weinig jongeren professionele hulp zoeken (1 op de 8 cliënten in de verslavingszorg is jonger dan 25 jaar; Ladis, 2015), wordt de kiem van de verslaving doorgaans wel in deze leeftijdperiode gezaaid. Zo wordt gesteld dat het risico voor het begin van een alcohol-afhankelijkheid piekt wanneer men 18 jaar is (Li, Hewitt, & Grant, 2004). Resumerend lijkt het studentenleven inherent verbonden met relatief veel alcohol- en drugsgebruik, met risico's van dien. Hieronder wordt verder uitgeweid over de heersende attitudes en normen omtrent alcohol- en drugsgebruik in de studentencultuur.

3.2 Rol omgeving: normalisering van drugsgebruik

Naast het al geaccepteerde hoge alcoholgebruik in de studentencultuur, wordt ook steeds meer gesproken over een verdere normalisering van drugsgebruik en het gevaar van een aanzuigende werking hiervan. Staatssecretaris Blokhuis van volksgezondheid, Welzijn en Sport, heeft hierover onlangs zijn zorgen geuit: "...Mensen vinden het kennelijk normaal om dit soort middelen te gebruiken tijdens het uitgaan, maar zijn daarbij onvoldoende doordrongen van het risico dat ze nemen. Vooral onder hoogopgeleiden tussen de 20 en 25 jaar ligt het gebruik hoog. Die normalisering wil ik tegengaan, met name door in te zetten op voorlichting en preventie" (Rijksoverheid, 2019). In het jaarbericht 2016 van de Nationale Drug Monitor werd als de kern van de nieuwe beleidsvisie drugspreventie gesteld; "Het aanpakken van de normalisering van het drugsgebruik bij met name jongeren en jongvolwassen" (van Laar & van Ooyen-Houben, 2016)".

Wat wordt nu echter verstaan onder normalisering? Peters (2019) onderscheidt meerdere dimensies van normalisering van drugsgebruik: de beschikbaarheid van de middelen, de gangbaarheid van het uitproberen van middelen, recent en regelmatig middelengebruik en de sociale – en culturele accommodatie van middelengebruik. Zoals hiervoor al is genoemd, is het gebruik – en gangbaarheid van uitproberen – van alcohol en drugs hoog onder studenten aan het Hoger Onderwijs. De toegang en de beschikbaarheid van de middelen zijn eveneens hoog: alcohol en sommige typen soft- en partydrugs kunnen in winkels en uitgaansgelegenheden worden gekocht en andere drugs zijn eveneens makkelijk te verkrijgen. Ook de sociale en culturele accommodatie van middelengebruik is hoog. Dit heeft betrekking op de

waargenomen sociale norm omtrent middelengebruik: de inschatting van de acceptatie en prevalentie van middelengebruik in de samenleving. In andere woorden: Hoe normaal vindt men het gebruik en hoe gangbaar denkt men dat het is. Voor studenten is deze waargenomen sociale norm extra relevant: zij komen in een nieuwe woon- en studiesituatie terecht en dienen – los van hun ouderlijk huis en middelbaar schoolmilieu – hun positie te bepalen ten opzichte van alcohol- en middelengebruik. Daarbij is men extra vatbaar voor de waargenomen heersende cultuur en zal men vooral naar leeftijdsgenoten kijken als richtsnoer voor eigen gedrag. Als er ‘normaal’ wordt gepraat over middelengebruik en men dit ook om zich heen ziet, zal dit vervolgens het gebruik van middelen vergemakkelijken. Deze invloed van de omgeving op individueel gebruik kan echter ook gebruik verminderen: Als vanuit de omgeving het goede voorbeeld wordt gegeven, zal dit een belangrijke positieve invloed hebben op verantwoord alcohol- en middelengebruik. Hierop wordt later teruggekomen.

3.3 Relatie met studiesucces

In het hoger onderwijs kunnen (de gevolgen van) drank- en drugsgebruik leiden tot kort- en langduriger verzuim, studievertraging, afname van de studieprestaties en studie-uitval (Sannen, Voorham & Goossens, 2015). Onderzoek op de Hogeschool Windesheim heeft eveneens een duidelijke relatie blootgelegd tussen alcoholgebruik en studie-uitval (Dopmeier, Schoorel, & Schwartz, 2013). Analooq hieraan wordt het aandeel van studievertraging als gevolg van alcohol ten opzichte van de totale studievertraging op 20 procent geschat en worden de jaarlijkse maatschappelijke kosten van studievertraging door alcoholgebruik in het hoger onderwijs geschat op 58 miljoen euro, waarvan 41 miljoen in het HBO en 17 miljoen op universiteiten (RIVM, 2018).

Onderzoek onder de gehele studentenpopulatie van Groningen heeft daarnaast aangetoond dat partydrugsgebruik gepaard gaat met verminderde studiemotivatie en -prestatie (Hamming & Roufs, 2017). Zo bleek het percentage studenten met studievertraging onder studenten die wel eens partydrugs hadden gebruikt, hoger te zijn (ca. 35%) dan studenten die die geen partydrugs hadden gebruikt (20%).

Resumerend zien we dus dat (1) studenten bovengemiddeld veel alcohol en partydrugs gebruiken, (2) dat dit gebruik gerelateerd is aan gezondheidsincidenten, (3) dat het hoge gebruik eveneens samenhangt met studie-relevante problematiek, zoals verminderde aanwezigheid en studievertraging, resulte-

rend in aanzienlijke maatschappelijke kosten en (4) dat de studentencultuur relatief alcohol- en drugsvriendelijk is, wat een aanzuigende werking kan hebben.

3.4 Aanknopingspunten voor interventies

In het hoger onderwijs worden slechts op beperkte schaal activiteiten voor alcohol- en drugspreventie uitgevoerd, terwijl hier veel winst te behalen valt. In een recente inventarisatie van de alcoholliteratuur (Sannen, Voorham, & Goossens, 2018; zie ook Bovens, 2018) wordt een aantal aanknopingspunten voor alcohol- en drugspreventie genoemd: het beïnvloeden van de sociale norm, meer kennisverspreiding, gepersonaliseerde normatieve feedback, de waarde van de onderwijsinstellingen als locatie voor preventieactiviteiten, vroegsignalering en intensievere ‘stepped care’ bij selectieve preventie. Ook wordt stevast genoemd dat een integrale aanpak nodig is.

De eerste aanzetten tot integrale aanpakken zijn gedaan. Zo is het Nationaal Preventieakkoord gepresenteerd (Ministerie van VWS, 2018), waarbij in een deelakkoord wordt voorgesteld dat alle steden met universiteiten en grote hogescholen in 2021 plannen ‘Alcoholpreventie & Studie’ uitvoeren. De Vereniging van Samenwerkende Universiteiten (VSNU) en Vereniging Hogescholen (VH) werken hierin samen met maatschappelijke partners, waaronder instellingen voor verslavingszorg, studie- en studentenverenigingen en de onderwijsinstellingen. Hieronder worden de aanknopingspunten besproken.

3.4.1 Beïnvloeden sociale norm

Training van mentoren tijdens de studenten introductietijd

Zoals hierboven al is genoemd, is de waargenomen sociale norm een belangrijke factor in het beïnvloeden van gedrag van studenten. De eerste kennismaking van een student met de studentencultuur is veelal de introductieweek. Studenten worden in groepen geplaatst (in Groningen bv. de ‘KEI-groep’) die gedurende de week worden begeleid door mentoren. Deze mentoren, die als rolmodellen kunnen dienen, vormen zo een goede ingang om een gezonde norm uit te dragen aan de aspirant student. Meestal krijgen de mentoren voor de introductietijd een training. Het is een idee om een gedeelte over alcohol- en drugsgebruik in de training mee te nemen. Zo zijn in de laatste jaren tijdens de Utrechtse en Groningse introductieweken mentoren getraind door de verslavingsinstellingen Jellinek en Verslavings-

zorg Noord Nederland. Hierbij stond kennisoverdracht omtrent risico's en de bewustwording van de voorbeeldfunctie van de mentoren centraal. Dit voorbeeld laat zien dat een training kan worden geïmplementeerd tijdens een algemene introductieperiode (zoals de KEI-week in Groningen), maar dit kan ook worden gedaan bij introductieweken van specifieke opleidingen en studenten- en sportverenigingen.

Buddyprojecten / betrekken van sociale omgeving

Als we kijken naar wie in de sociale omgeving de meeste invloed uitoefenen op denkbeelden en gedrag tijdens jongvolwassenheid, blijken dit leeftijdsgenoten (*peers*) te zijn. Dit gegeven kan ook buiten de introductieperiode worden benut voor gedragsbeïnvloeding en sociale steun aan studenten. Een voorbeeld hiervan is het project 'Unity' waarbij vrijwilligers worden getraind om zelfstandig voorlichting te geven aan hun leeftijdgenoten tijdens festivals en grote feesten, met het doel de risico's van druggebruik zoveel mogelijk te beperken.

Corrigeren van foutieve normen

Een overschatting van de inschatting van de acceptatie en/of de mate van gebruik van genotsmiddelen (een zogenaamde vertekende norm) in iemands omgeving kan leiden tot meer eigen gebruik (Nieuwenhuis & Postmes, 2010). Naast het veranderen van bestaande normen, kan het corrigeren van zulke vertekende normen daarom een zeer vruchtbare ingang bieden om middelengebruik terug te dringen. Uit onderzoek onder internationale studenten in Groningen blijkt dat er met name onder internationale studenten een positieve norm heerst omtrent cannabisgebruik en dat internationale studenten de acceptatie van dagelijks gebruik in de Nederlandse samenleving overschatten (Van den Bos, Nijkamp & Bieleman, 2015). De introductieweek van internationale studenten, waarbij nieuwelingen wegwijs worden gemaakt door getrainde vrijwilligers, vormt dan ook – analoog aan het hierboven genoemde training van mentoren – een uitgelezen kans om deze normen te corrigeren. Zo kunnen mentoren meer vertellen over het drugsbeleid in Nederland en dat het feit dat men softdrugs in coffeeshops kan kopen, niet betekent dat men in Nederland meer cannabis gebruikt dan in omringende landen, waar cannabis niet is gedoogd. Ook kunnen massacampagnes lonen, waarbij posters worden verspreid met accurate informatie omtrent de impliciete norm / acceptatie van middelengebruik (Berkowitz, 2005).

Alcoholvrij-vriendelijke omgeving creëren

Op studentenverenigingen voelen studenten vaak sociale druk om te drinken. Daarom kan het helpen om alcohol niet centraal te stellen in de promotie en communicatie rond feesten, leden niet te verplichten om alcohol te drinken en goede alcoholvrije alternatieven te bieden. Dit geldt ook voor de leeromgeving van de studenten; de faculteiten en campussen en de bibliotheken. Ook kan men ervoor zorgen dat geen alcohol wordt geschonken tijdens activiteiten die op deze locaties plaatsvinden.

Wet en regelgeving

De wet en regelgeving omtrent alcohol- en drugsgebruik en de beschikbaarheid ervan zijn effectieve manieren om het gebruik te beïnvloeden. Drugs zijn illegaal, dus daarvan is de beschikbaarheid moeilijk direct te beïnvloeden. Met betrekking tot alcohol valt hier nog veel te bereiken. Bij activiteiten op de opleiding of tijdens introductieactiviteiten is het is in ieder geval van belang dat alcohol niet goedkoper is dan frisdrank en is het aanbieden van alcoholvrij bier ook een goede optie. Ook kan rekening worden gehouden met de tijd op de dag; bij activiteiten in de ochtend past bijvoorbeeld geen alcohol.

Studentenverenigingen kunnen hierin ook een belangrijke rol spelen. Prijsafspraken, schenktijden en afspraken omtrent dronken personen en drugsgebruik op de sociëteit kunnen worden aangescherpt. In juni 2019 is een convenant getekend tussen de gemeente Groningen, de Rijksuniversiteit Groningen, de Hanzehogeschool en acht studentenverenigingen. Daarin is vastgelegd dat bij het lid worden van een studentenvereniging, het verplicht is om een online alcoholcursus te volgen. Verder behoort er volgens het convenant ook een nuchter persoon aanwezig te zijn bij borrels op de sociëteit. Tevens dient het vrijwillig barpersoneel de Instructie Verantwoord Alcohol-schenken (IVA) te volgen, die in Groningen wordt gefaciliteerd door Verslavingszorg Noord Nederland.

3.4.2 Kennis verspreiden

Met betrekking tot kennis omtrent risico's van bepaalde typen partydrugs, verslavingsproblematiek en de hoge prevalentie van alcohol- en druggerelateerde problematiek is nog veel onbekend bij gebruikende studenten en bestaan er veel misverstanden (van den Bos et al., 2017) die kunnen leiden tot gezondheidsrisico's. Het is dus van belang om relevante kennis laag-

drempelig beschikbaar te maken op verschillende plekken. Een belangrijk moment voor implementatie hiervan, is de transitieperiode die studenten doormaken in het eerste studiejaar, aangezien men dan het meest ontvankelijk is voor nieuwe informatie (Scott-Sheldon, Demartini, Carey, & Carey, 2009). Naast een indirecte vorm van voorlichting door middel van buddy's en mentoren (zie hierboven), kan ook worden gekozen voor een meer centrale vorm van voorlichting. De afdeling voorlichting en preventie van Verslavingszorg Noord Nederland maakt hiervan bijvoorbeeld gebruik door jaarlijks voorlichting te geven tijdens de KEI-week in Groningen. Ook online loont het om hierop in te springen. Het Trimbosinstituut heeft bijvoorbeeld een factsheet 'Feiten en fabels over ecstasygebruik' als gratis download beschikbaar (Niesink, 2016).

Hiernaast is het zaak om het mogelijk te maken om extra informatie in te winnen op plekken waar studenten veel komen. Een voorbeeld hiervan is een spreekuur waarbij studenten, maar ook docenten en andere professionals, binnen kunnen lopen om vragen te stellen of zorgen te uiten. De inzet van een preventiemedewerker die structureel aanwezig is om anoniem gesprekken te voeren, biedt een laagdrempelige en effectieve manier om middelenproblematiek zo vroeg mogelijk te signaleren en hiernaar te handelen.

3.4.3 Gepersonaliseerde feedback binnen studentenwelzijn

Internet interventies lijken geschikt voor studenten (van der Heijde, Vonk, & Meijman, 2015), waarbij gepersonaliseerde normatieve feedback, laagdrempeligheid en goede aansluiting bij de leefwereld van studenten en matigingsstrategieën belangrijke voorwaarden zijn. Voorbeelden hiervan zijn de ontwikkelingen bij de Hanzehogeschool Groningen en Hogeschool Windesheim, waar in samenwerking met studenten interventies worden ontwikkeld (oa. apps) op dit gebied. Binnen het project E-mental health voor studenten (Hanzehogeschool) is een app ontwikkeld die *blended* kan worden ingezet bij bijvoorbeeld verslavingsproblematiek van studenten. Zo zijn er in de app oefening beschikbaar voor het doorbreken van ongezonde leefgewoontes en is er een 'treksurf' meditatie-oefening beschikbaar in de app. Het project FIVE (Fit en Veilig Windesheim) heeft een web portal voor studenten met informatie over studievaardigheden en over o.a. alcohol- en cannabisgebruik. Ook zijn er verwijzingen naar eHealth modules, (zelf)hulp en advies.

3.4.4 Vroegsignalering potentiële probleemstudenten en stepped care

Uit de literatuur blijkt dat met betrekking tot alcohol- en drugsproblematiek bij studenten wellicht de meeste winst te behalen is uit de preventie van ontsprekend gebruik bij de hoog-risicogroepen (de Gee, Verdurmen, Bransen, de Jonge, & Schippers, 2014). Een voorbeeld van een veelbelovend programma dat hierop inspringt is 'Preventure'. Dit programma richt zich specifiek op het identificeren van – op persoonlijkheid gebaseerde – risicogroepen met betrekking tot drugs- en alcoholproblematiek in het middelbaar onderwijs. Het Trimbos instituut is bezig met de implementatie van dit programma op middelbare scholen en dit blijkt succesvol te zijn (Lammers et al., 2017). Momenteel wordt gekeken naar mogelijkheden om dit programma aan te passen aan de studentendoelgroep. Het idee van dit programma is om eerst via vragenlijsten verschillende typen risicostudenten te identificeren, die vervolgens een programma (twee workshops) aangeboden krijgen dat past bij hun specifieke profiel. In deze workshops worden verschillende tools aangereikt om de specifieke emotionele en gedragsmatige problemen het hoofd te bieden en wordt gestimuleerd om deze in praktijk te brengen. Deze programma's worden gefaciliteerd door docenten die hiervoor een korte cursus hebben gevolgd.

Een andere ingang is de individuele studieloopbaanbegeleiding die de meeste hogescholen en universiteiten aanbieden. Het blijkt dat daar kennis ontbreekt omtrent alcohol- en drugsgebruik en dat er dikwijls sprake is van handelingsverlegenheid (Dopmeier, Schoorel, & Schwartz, 2013). Ook blijkt dat meer handvatten kunnen worden geboden omtrent de rolverdeling tussen de studieloopbaanbegeleiders, decanaten, (studenten)psychologen en instellingen voor verslavingszorg. De afdeling voorlichting en preventie van Verslavingszorg Noord Nederland springt hierop in door middel van de training 'vroegsignalering in het hoger onderwijs' waarbij studieadviseurs op de Rijksuniversiteit Groningen kennis en inzichten opdoen over alcohol, cannabis en partydrugs. Het eindresultaat is dat de studieadviseurs bij het signaleren van problematiek altijd rekening kunnen houden met overmatig alcoholgebruik of ander middelengebruik en dit bespreekbaar kunnen maken. De ervaring heeft geleerd dat de mogelijkheid voor een studieadviseur om een student door te verwijzen naar een spreekuur of een kosteloos en anoniem adviesgesprek, de handelingsverlegenheid verlaagt bij het signaleren en bespreekbaar maken van gebruik.

3.5 Ten slotte

Resumerend zien we dat er veel alcohol en drugs worden gebruikt tijdens de studententijd en dat dit als relatief normaal wordt gezien. De studentencultuur, introductietijd en onderwijslocaties bieden een goede mogelijkheid om normen omtrent alcohol en drugs te beïnvloeden en op laagdrempelige wijze accurate kennis omtrent gebruiksrisico's aan te bieden. Een integrale aanpak waarbij ook vroegsignalering van probleemgevallen een plek heeft en concrete handvaten aan risicogroepen en studentbegeleiders worden aangeboden, biedt een goede ingang om alcohol- en drugsgebruik en de negatieve effecten daarvan bij studenten terug te dringen.

3.6 Referenties

- Berkowitz, A. (2005). An Overview of the Social Norms Approach. In: *Challenging the Culture of College Drinking: A Socially Situated Health Communication Campaign* (eds. L. Lederman & L. Stewart). Hampton Press.
- Bos, A. van den, Sijstra, M.S., & Bieleman, B. (2017). Partydrugs en studenten: gebruik en kennis van de risico's. *Tijdschrift verslaving*, 13, 226-238.
- Bos, A. van den, Nijkamp, R., & Bieleman, B. (2015). Klompen, tulpen en nederwiet: onderzoek naar de veronderstelde acceptatie en gebruik van cannabis onder internationale en Nederlandse studenten die in Nederland studeren. *Tijdschrift Verslaving*, 11, 119-129.
- Bovens, R. (2018). *Niets nieuws onder de zon. Maar gaat ie nu schijnen? Inspiratiedag studenten AD en T. 28 november 2018*. Opgevraagd van <https://as-sets-sites.trimbos.nl/docs/def50740-7c7e-4230-9b97-5528b498270a.pdf>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor*. Den Haag: CBS.
- Dorsselaer, S. van & Goosens, F.X. (2015). *Alcohol-tabaks- en drugsgebruik door studenten; inventarisatie van prevalentieschattingen onder mbo- hbo- en wo-studenten in Nederland*. Trimbosinstituut. Opgevraagd van <https://www.trimbos.nl/docs/f5a4716f-a658-4a45-81ff-ac1682139a4e.pdf>.
- Dopmeijer, J.M., Schoorel, B., & Schwartz, D.C.M. (2013). *Project #FIVE Studentenonderzoek 2012. Feiten en cijfers over uitval, vertraging, gezondheid en veiligheid*. Interne rapportage Hogeschool Windesheim.
- EMCDDA (2018). *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Opgevraagd van <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2018>.
- Gee, E.A. de, Verdurmen, J.E.E., Bransen, E., Jonge, J.M. de, & Schippers, G.M. (2014). A randomized controlled trial on a brief motivational enhancement for non-treatment-seeking adolescent cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47, 181-188.
- Hamming, D., & Roufs, K. (2017). *Gebruik jij ook? Een kwantitatief onderzoek naar het gebruik van partydrugs onder Groningse studenten*. Afstudeerscriptie. Groningen: Hanzehogeschool Groningen, Toegepaste Psychologie.

- Heijde, C.M. van der, Vonk, P., & Meijman, F.J. (2015) Selfregulation for the promotion of student health. Traffic lights: the development of a tailored webbased instrument providing immediate personalized feedback. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 3(1), 169-189.
- Ladis (2015). *Kerncijfers verslavingszorg 2015*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.
- Lameijer, M., Wijers, L., Croes, E., de Ruiter, N., & Valkenberg, H. (2018). *Monitordrugsincidenten factsheet 2017*. Trimbosinstituut. Opgevraagd van <https://www.trimbos.nl/docs/92d66803-a73a-4f8e-9834-9a6e65cefb25.pdf>.
- Lammers, J., Goossens, F., Conrod, P., Engels, R., Wiers, R.W., & Kleinjan M. (2017). Effectiveness of a selective alcohol prevention program targeting personality risk factors: results of interaction analyses. *Addictive Behaviors*, 71, 82-88.
- Li, T.K., Hewitt, B.G., & Grant, B.F. (2004). Alcohol use disorders and mood disorders: National institute on alcohol abuse and alcoholism perspective. *Biological psychiatry*, 56, 718-720.
- Maalsté, N. (2000). *Ad Fundum! Een blik in de gevarieerde drinkcultuur van het Nederlandse studentenleven*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- Ministerie van VWS (2018). *Nationaal Preventieakkoord*. Opgevraagd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>.
- Niesink, R.J.M. (2016). *Factsheet 'Feiten en fabels ecstasygebruik'*. Opgevraagd van <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1482-feiten-en-fabels-over-ecstasygebruik>.
- Nieuwenhuis, M., & Postmes, P. (2010). *Grensoverschrijdend gedrag onder Groningse studenten. Een onderzoek naar omvang, trends en verklarende factoren*. Groningen: Instituut voor Integratie en Sociale Weerbaarheid.
- Peters, G.Y. (2019). *Normalisering van middelengebruik in Nederland*. Opgevraagd van <https://psyarxiv.com/7md48/>.
- Rijksoverheid (2019). *Staatssecretaris Blokhuis: "Zorgen om normalisering xtc-gebruik"*. Nieuwsbericht. Opgevraagd van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/02/14/staatssecretaris-blokhuis-%E2%80%9CZorgen-om-normalisering-xtc-gebruik%E2%80%9D>.

- RIVM (2018). *Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen RIVM Rapport 2018-0146 Herziene versie van RIVM rapport 2016-0133*. Opgevraagd van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0146.pdf>.
- Sannen, A.M.L., Voorham L., & Goossens F.X. (2015). *Preventie van alcohol-, tabaks-, en drugsgebruik onder studenten: Inventarisatie van preventieve interventies voor MBO-, HBO- en WO-studenten in Nederland*. Trimbos-instituut, Utrecht. Opgevraagd van <https://www.trimbos.nl/docs/d31b09db-5801-4118-97ff-5416caa8aba6.pdf>.
- Scott-Sheldon L.A., DeMartini, K.S., Carey, K.B., & Carey, M.P. (2009). Alcohol interventions for college students improves antecedents of behavioral change: Results from a meta-analysis of 34 randomized controlled trials. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(7), 799-823.
- Valkenberg, H. & Nijman, S. (2018). *Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol*. VeiligheidNL, Amsterdam. Opgevraagd van <file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/alcoholvergiftigingen-en-ongevallen-met-alcohol.pdf>.
- Win, M. de, Jager, G., Booij, J., Reneman, L., Schilt, T., Lavini, C., . . . van den Brink, T.(2008). Sustained effects of ecstasy on the human brain: a prospective neuroimaging study in novel users. *Brain*, 131, 2936-2945.

Het Familiegesprek; gezamenlijke ondersteuning van client en familie in de verslavingszorg

Marie-Louise Luttik

Samenvatting

Wanneer een gezin of familie te maken krijgt met ernstige en langdurige gezondheids-problemen, zeker als het gaat om psychische en/of verslavingsproblematiek, heeft dat per definitie ingrijpende gevolgen voor het functioneren van een familie; er is vaak veel angst en onzekerheid, verdriet en machteloosheid; onderlinge relaties komen vaak onder druk te staan, iedereen moet leren omgaan met de nieuwe situatie.

Het familiegesprek is een krachtige interventie om families hierin gezamenlijk te begeleiden; het betreft een systemische benadering van de zorgsituatie. Het familiegesprek is een gesprek dat wordt gevoerd met de patiënt, een of meer familieleden (naasten) en een zorgprofessional. Het concept van het familiegesprek kent een aantal belangrijke kerncomponenten, gebaseerd op de theoretische kaders van *Family Nursing*, waarbij de focus ligt op het versterken en ondersteunen van het familiesysteem door open communicatie te faciliteren en te komen tot optimale samenwerkingsafspraken tussen de cliënt, zijn familie en de zorgprofessional.

Onderzoek laat zien dat families zich beter ondersteund voelen door deze interventie, waardoor mag worden aangenomen dat zij daardoor ook op de langere termijn beter in staat blijven elkaar te ondersteunen in het omgaan met gezondheidsproblemen in de familie.

4.1 Familiezorg

Goede ondersteuning en begeleiding van mensen met bijvoorbeeld een verslaving en/of psychiatrische aandoening vraagt in ons huidige gezondheidszorgsysteem in toenemende mate om een benadering die plaatsvindt in samenhang met zijn of haar familie of sociale netwerk, een zogenaamde systeembenadering van zorgsituaties.

Het concept Familiezorg refereert naar familie die voor elkaar zorgt. Families zorgen voor elkaar van de wieg tot aan het graf; ouders zorgen voor hun pasgeborenen en uiteindelijk zorgen kinderen in toenemende mate weer voor hun ouders. De term 'familie' wordt daarbij simpelweg gedefinieerd als 'diegene die de patiënt als familie beschouwt' (Kaakinen et al., 2015). Daarmee kunnen dus ook niet-bloedverwanten zoals burens en vrienden onderdeel zijn van de familie. De term familiezorg onderscheidt zich van de term mantelzorg doordat familiezorg verwijst naar een benadering die de familie als interacterend systeem in zijn geheel centraal stelt, waarbij de term mantelzorg in de praktijk vooral betrekking heeft op de individuele mantelzorger die zorgdraagt voor een naaste. Ondersteuning van familiezorg vraagt dan ook om andere kennis en vaardigheden van zorgprofessionals dan ondersteuning van mantelzorg.

Over het algemeen wil familie graag betrokken zijn bij de zorg voor een familielid; de familieband is vaak simpelweg de belangrijkste motivatie om te zorgen voor een hulpbehoevend familielid. Ernstig en/of langdurig ziek zijn van een familielid heeft echter effect op het hele familiesysteem en op de onderlinge relaties daarbinnen. Onderzoek laat zien dat familie en naasten van mensen met verslavings- en of psychisch problemen zich zwaar belast voelen en daardoor zelf een verhoogd risico hebben voor het ontwikkelen van psychische problemen zoals depressieve klachten of angststoornissen (Nuijen et al., 2016). Een groot deel van deze naasten geeft aan te weinig steun te ervaren vanuit zijn of haar omgeving en heeft het gevoel er alleen voor te staan.

Een familiegerichte of systeemgerichte benadering van zorg stelt de behoefte van een familie centraal, in plaats van alleen de behoeften van de patiënt; de familie is de klant en gezondheid en welzijn van het familiesysteem staat centraal.

Aandacht voor familie is op dit moment vaak nog eenzijdig gericht op het herstel van de individuele patiënt en te weinig op behoud van gezondheid en welzijn van de familie, patiënt en zijn naasten in zijn geheel (Nuijen et al., 2016).

4.2 Het Familiegesprek

Het familiegesprek is een belangrijke en krachtige interventie om families die te maken krijgen met ernstige gezondheidsproblemen, zoals verslaving en/of psychische problemen, te ondersteunen en dient bij voorkeur zo vroeg mogelijk in het ziekteproces te worden ingezet. Een familiegesprek is een *gepland* gesprek tussen een zorgvrager, een of meer familieleden en een zorgprofessional. Het familiegesprek onderscheidt zich van systeemtherapie; systeemtherapie is gericht op behandeling van verstoorde familierelaties of disfunctionerende families, terwijl het familiegesprek bedoeld is ter ondersteuning en versterking van het familiesysteem rondom de patiënt in het omgaan met de dagelijkse gevolgen van de aandoening of gezondheidsproblemen van de patiënt. Het familiegesprek kan worden gevoerd door daartoe getrainde zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen of sociaal werkers.

De interventie is in feite tweeledig en bestaat allereerst uit het samenbrengen van de familie aan de gesprekstafel, waarna vervolgens het goede gesprek gevoerd moet worden zodanig dat familie zich als geheel ondersteund voelt en gezondheid en welzijn van het gehele familiesysteem centraal staat. Meer concreet heeft een familiegesprek tot doel:

- Open communicatie en het uitspreken van wensen en verwachtingen tussen familieleden onderling en tussen de familieleden en de zorgprofessional te faciliteren;
- De kracht en kwaliteiten van het familiesysteem of sociaal netwerk te versterken
- Te komen tot de formulering van een gezamenlijke vraag of gezamenlijk doel en mogelijke oplossingsrichtingen;
- Overbelasting van het familiesysteem te voorkomen door de balans tussen draaglast en draagkracht in het familiesysteem bespreekbaar te maken.

Het familiegesprek dient onderdeel te zijn van een methodisch zorgproces, dat wil zeggen dat het familiegesprek plaatsvindt op basis van een indicatie (vraag of diagnose) en gericht is op een doel en daarmee als zodanig geëvalueerd kan worden. Gebaseerd op de verpleegkundige classificatiestructuur van verpleegkundige diagnoses (Herdman & Kamitsuru, 2014) kunnen bijvoorbeeld de volgende verpleegkundige diagnoses een indicatie voor een familiegesprek zijn; risico op overbelasting, reeds aanwezige overbelasting van een individueel familielid (mantelzorger) of een verstoord familie functioneren. Een meer multidisciplinaire classificatie die kan worden gebruikt voor indicatiestelling is de International Classification of Functioning, de ICF (ten Napel & de Kleijn-Vrankrijker, 2018). De ICF beschrijft het menselijk functioneren vanuit drie verschillende perspectieven; de mens als organisme (lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen), het menselijk handelen (activiteiten) en participatie in het maatschappelijk leven. Functioneren van mensen wordt opgevat als een wisselwerking tussen de verschillende aspecten van gezondheid en externe en persoonlijke factoren waarbij familie en naasten worden gezien als een 'externe' factor die van invloed is op het functioneren. Het Familiegesprek kan geïndiceerd zijn om familie en naasten van belang zijn als het gaat om het bijvoorbeeld het bevorderen van maatschappelijke participatie of het ondersteunen bij bepaalde activiteiten.

4.3 Componenten van het Familiegesprek

Het concept van het familiegesprek is gebaseerd op theorieën vanuit het kennisgebied *Family Nursing*. Aan dit kennisgebied liggen twee cruciale assumpties ten grondslag; zie kader 1.

1. Grondslagen Familiezorg

Familie beïnvloedt het proces en de uitkomsten van zorg

Ziekte en gezondheid zijn van invloed op alle leden van een familie

– Kaakinen et al, 2015

Het familiegesprek is ontwikkeld op basis van de theoretische modellen van twee Canadese verpleegkundigen Lorraine Wright en Maureen Leahey (2013); het zogenaamde Calgary Family Assessment Model (CFAM) en het Calgary Family Assessment model (CFIM). Het CFAM is een multi-dimensioneel raamwerk voor zorgprofessionals om families in kaart te brengen. Het assessment heeft altijd betrekking op drie aspecten;

- De structuur, dat wil zeggen wie behoren tot de familie of het netwerk?
- De ontwikkelingsfase waarin het gezin of de familie verkeert; gaat het om een gezin met jonge kinderen of een ouder echtpaar met volwassen kinderen. Bij elke fase horen andere taken die mensen willen/kunnen vervullen
- Het functioneren, daarbij gaat vooral over de onderlinge relaties (hoe liggen de onderlinge verhoudingen van families) en communicatie.

Op basis van het assessment van families biedt het CFIM een raamwerk voor interventies gericht op ondersteunen en versterken van de (veer)kracht van families, waarbij interventies zich kunnen richten op cognitieve, emotionele en gedragsmatige aspecten van familie functioneren.

Daarnaast wordt gebruikt gemaakt van het Illness Belief Model van Wright en Bell (2009). In het Illness Belief Model ligt de focus op 'beliefs' ofwel overtuigingen die we allemaal hebben als het gaat over ziekte en gezondheid (zie kader 2.). Deze overtuigingen beïnvloeden de manier waarop we individueel en als familie gezamenlijk omgaan met ziekte en gezondheid. Bewust worden en bespreekbaar maken van deze overtuigingen is dan ook een belangrijk onderdeel van het familiegesprek.

2. Overtuigingen

'je bent zelf verantwoordelijk voor je eigen gezondheid'

'mijn kinderen hebben het al zo druk, ik wil ze niet belasten'

'ziekte is een straf van god'

'niemand is te vertrouwen'

De praktische uitwerking van het familiegesprek wordt in de wetenschappelijke literatuur (Östlund et al., 2015; Broekema et al., in review) beschreven aan de hand van 12 kerncomponenten (zie kader 3).

3. Kerncomponenten van het Familiegesprek

Kerncomponent	Inhoud en doel
Gezamenlijk het doel en de verwachtingen van het gesprek bespreken	De gespreksleider nodigt alle deelnemers uit zijn/haar verwachtingen met betrekking tot het gesprek uit te spreken. Dat is belangrijk omdat daarmee een beeld wordt verkregen over wat kan worden verwacht en bereikt
Kennismaking; wie zijn aanwezig en wie niet	Een korte kennismaking; wie zitten er aan tafel, waarbij het belangrijk is om ook vast te stellen wie niet aanwezig is en waarom niet
Het verkennen van de familiestructuur en onderlinge relaties binnen de familie (genogram)	Aansluitend op deze korte kennismaking wordt de familie-structuur verder verkend; wie behoren tot de familie en hoe liggen de onderlinge relaties. Deze structuur kan, met de familie, worden vastgelegd in een genogram.
Exploreren van andere belangrijke relaties of hulpbronnen (personen of organisaties) buiten de familie (ecogram)	Behalve de familie wordt ook verkend wie nog meer een belangrijke rol spelen in het systeem rondom de patiënt, daarbij gaat het om mensen of organisaties buiten de familie om. Dit kan worden vastgelegd met een ecogram. Het optekenen van een genogram en/of ecogram nodigt mensen uit om te vertellen en geeft daarmee veel inzicht in de zorgsituatie
Elk gezinslid uitnodigen om zijn verhaal te delen en verwachtingen, behoeften en emoties met betrekking tot de zorgsituatie te uit te spreken	De gespreksleider nodigt alle deelnemers uit hun verhaal te doen in relatie tot de zorgsituatie; hoe kijken zij daar naar? wat zijn hun wensen en verwachten zij van elkaar? Hiermee wordt iedere deelnemer erkend, ieders verhaal en mening doet er toe

Formuleren van een gezamenlijk gedeelde vraag/probleem en/of doelstelling	De gespreksleider nodigt de familie uit om aan te geven wat zij zien als een gezamenlijke vraag of probleem; wat willen zij vooral bespreken; hiermee wordt de eigen regie van patiënt en familie gestimuleerd
Signaleren en bespreken van 'beliefs' of overtuigingen van familieleden met betrekking tot de zorgsituatie	Iedere familie en ieder familielid heeft (bepaalde) overtuigingen als het gaat om ziekte en gezondheid. Het is belangrijk deze te signaleren en bespreekbaar te maken
Stimuleren van open communicatie tussen familieleden, ook over moeilijke onderwerpen	Door familieleden uit te nodigen om op elkaar te reageren en door het stellen van circulaire vragen kan de gespreksleider open communicatie binnen de familie faciliteren, stimuleren en begeleiden
De kwaliteiten, sterke punten, competenties van de familie benoemen.	De gespreksleider kan het familiesysteem versterken door gesignaleerde kracht, kwaliteiten en (veer)kracht binnen een familie te benoemen
Pijnlijke ervaringen en gebeurtenissen en gerelateerde emoties erkennen	Gedurende het gesprek is het belangrijk dat pijnlijke ervaringen, emoties en gebeurtenissen die naar boven komen worden erkend en gerespecteerd
Een samenvatting van de centrale kwesties die in het gesprek aan de orde zijn gesteld.	Afsluitend geeft de gespreksleider zijn reflecties op het gesprek; hij of zij vat het gesprek samen, reflecteert op uitgesproken verwachtingen en benoemd gesignaleerde kracht, kwaliteiten, overtuigingen en erkend het 'lijden' van de familie
Vaststellen van gezamenlijke doelen en afspraken met betrekking tot de zorgsituatie	Tot slot worden gezamenlijk vervolgstappen besproken en afspraken gemaakt met betrekking tot de gezamenlijk geformuleerde vraag, de voortgang en evt vervolggesprekken

4.4. Ervaringen in de praktijk

Het ontwikkelen, implementeren en onderzoeken van het familiegesprek als *evidence-based* interventie voor zorgprofessionals is de primaire focus van de Innovatie Werkplaats (IWP) Familiezorg en de programmalijn Familiezorg, beide onderdeel van het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek, Hanze-hogeschool Groningen. Vanuit met name deze IWP Familiezorg zijn ervaringen opgedaan binnen de verpleegkundige beroepsgroep en binnen de algemene gezondheidszorg. Er is een training ontwikkeld en getoetst op effectiviteit (Broekema et al., 2018). Verpleegkundigen die de training hebben gevolgd benoemen dat zij veel waardevolle kennis hebben opgedaan; *'ik zie nu duidelijk welke patronen er ontstaan binnen familie, verschuivingen in rollen en relaties. Ik zie het eerder en ik weet hoe ik daarop kan reageren'*. Daarnaast hebben zij de vaardigheden ontwikkeld om familiegesprekken daadwerkelijk te organiseren en te structureren; *'ik heb geleerd hoe ik het gesprek zo kan begeleiden dat iedereen aan bod komt en dat mensen zich vrij voelen om ook over de moeilijkheden in het zorgproces of in de familie te praten'*

Families geven aan deze gesprekken als zeer waardevol te hebben ervaren. Een zoon verwoordde dat als volgt; *"Als dit gesprek eerder was geweest, had het niet zolang hoeven duren. Dan was meteen duidelijk geweest dat het te zwaar werd voor [mantelzorger], dat er meer hulp nodig was. Dan was ze niet zo overbelast geraakt"*

Daarnaast zijn de ervaringen van families met het familiegesprek geëvalueerd. Een familielid verwoordde het als volgt: *'alles met elkaar doorspreken op een gestructureerde manier deed ons realiseren waar we vandaan komen, wat er allemaal is gebeurd, hoe het met iedereen is en wat we hebben gedaan om de zorg te organiseren. En ook het netwerk dat we om ons heen hebben ... je ziet steeds maar een of twee mensen, maar als je op een rijtje zet wie er betrokken zijn! Dat waren er best veel ... Het gaf ons kracht en vertrouwen om door te gaan'* (Broekema et al., 2019 in review).

4.5 Onderzoek naar effecten

Met name in de Scandinavische landen is inmiddels veel onderzoek gedaan naar de opbrengsten van familiegesprekken bij families rondom bijvoorbeeld kinderen met een oncologische aandoening (Svavarsdottir & Sigurdardottir, 2013), patiënten met een CVA (Östlund et al., 2016; Lämås et al., 2016) en ouderen opgenomen in een verpleeghuis (Dorell & Sundin, 2016; Dorell et al., 2017).

De studie van Sveinbjarnarsdottir, Svavarsdottir en Wright (2013) beschrijft dat met name familie van patiënten in een acute psychiatrische setting baat hebben bij familiegesprekken; familieleden die een of meerdere familiegesprekken ontvingen, voelden zich beter ondersteund in vergelijking met families die dit soort gesprekken niet aangeboden kregen. In een recent artikel beschrijven Sveinbjarnarsdottir en Svavarsdottir (2019) aan de hand van een casestudie hoe dit therapeutische proces kan verlopen. Deze casestudie beschrijft het verhaal van John, een 26-jarige jongeman opgenomen met zowel psychiatrische alsook verslavingsproblemen, en de daardoor verbroken relaties met zijn familie. Met behulp van drie (familie)gesprekken met John en zijn vader, waarin de beschreven kerncomponenten van het familiegesprek worden toegepast, lukt het om dit contact te herstellen (Sveinbjarnardottir & Svavarsdottir, 2019).

4.6 Ten slotte

Hoewel onderzoek naar de effecten van het familiegesprek binnen de doelgroep van families die te maken krijgen met verslavingsproblematiek nog beperkt is, lijkt het concept zeker waardevol, juist voor deze doelgroep. Ernstige en langdurige psychische en/of verslavingsproblematiek heeft bij uitstek ingrijpende gevolgen voor het functioneren van een familie en daarmee voor de gezondheid en het welzijn van deze families. In het familiegesprek staan heel expliciet de behoeften, de gezondheid en het welzijn van de familie centraal, zij worden gezamenlijk ondersteund waardoor zij, naar het zich laat aanzien, ook op de langere termijn beter in staat blijven elkaar te ondersteunen.

4.7 Referenties

- Broekema, S., Luttik, M.L.A, Steggerda, G.E, Paans, W., Roodbol, P.F. (2018). Measuring Change in Nurses' Perceptions About Family Nursing Competencies Following a 6-Day Educational Intervention. *Journal of Family Nursing* 19:1074840718812145. doi: 10.1177/1074840718812145. [Epub ahead of print]
- Broekema, S., Paans, W., Roodbol, P. F., & Luttik, M. L. A. (2019). Nurses' application of the components of family nursing conversations in home health care: A qualitative content analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, [Early view]. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/scs.12731>

- Broekema, S., Paans, W., Oosterhoff, B., Roodbol, P.F., & Luttik M.L.A. (2019 in review). Patients' and family members' perspectives on the benefits and working mechanisms of family nursing conversations in Dutch home health care. *Health and Social Care in the Community*.
- Dorell, Å., & Sundin, K. (2016). Becoming visible – Experiences from families participating in Family Health Conversations at residential homes for older people. *Geriatric Nursing, 37*(4), 260–265. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.015>
- Dorell, Å., Isaksson U., Östlund, U., & Sundin K. (2017). Family Health Conversations have positive outcomes on Family; A Mixed Method Research Study. *Open Nursing Journal, 28*(11), 14-25. doi: 10.2174/1874434601711010014. eCollection 2017.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Kaakinen J.R., Padgett-Coehlo D., Steele R., Tabacco A., & Harmon-Hanson S.M. (2015). *Family Health Care Nursing; Theory, Practice and Research*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Lämås K., Sundin K., Jacobsson C., Saveman B.-I., & Östlund U. (2016). Possibilities for evaluating cost-effectiveness of family system nursing: An example based on Family Health Conversations with families in which a middle-aged family member had suffered stroke. *Nordic Journal of Nursing Research, 36*(2); 74-81 <https://doi.org/10.1177/0107408315610076>
- Napel ten, H., & de Kleijn – Vrankrijker M.W. (2018). *Nederlandse vertaling van de InterantionalClassification of Functioning, Disability & Health*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Nuijen J., van Dorsselaer S., Dekker N., Ehrlich E., de Graaf R., Ten Have M. (2016). *De ervaren belasting van naasten van personen met verslavingsproblemen; een verkennend onderzoek*. Trimbos Instituut, 2016 <https://www.trimbos.nl/docs/8e0363f8-29ea-4a66-8184-5744a6cbb86b.pdf>
- Östlund, U., Bäckström, B., Lindh, V., Sundin, K., & Saveman, B. I. (2015). Nurses' fidelity to theory-based core components when implementing Family Health Conversations - a qualitative inquiry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29*(3), 582–590. <https://doi.org/10.1111/scs.12178>

- Östlund, U., Bäckström, B., Saveman, B.-I., Lindh, V., & Sundin, K. (2016). A Family Systems Nursing Approach for Families Following a Stroke: Family Health Conversations. *Journal of Family Nursing, 22*(2), 148–171. <https://doi.org/10.1177/1074840716642790>
- Svavarsdottir, E., K., Sigurdardottir, A., O. (2013) Benefits of a brief therapeutic intervention for families of children and adolescents in active cancer treatment. *Oncology Nursing Forum, 40*(5), E346-357. doi: 10.1188/13.ONF.E346-E357.
- Sveinbjarnarsdottir, E.K., Svavarsdottir, E.K., & Wright, L.M. (2013), What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies, 50*(5), 593-602.
- Sveinbjarnarsdottir, E., K., & Svavarsdottir, E., K. (2019). Drawing forward family strengths in short therapeutic conversations from a psychiatric nursing perspective. *Perspectives in Psychiatric Care, 55*, 125-131.
- Wright, L., M., & Bell, J., M. (2009). *Beliefs and Illness; a model for healing*. Calgary: 4th Floor Press.
- Wright, L., M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention. Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis. https://doi.org/10.1207/s15327655jchn0101_10



Gedeeld eigenaarschap van ouders en belangrijke naasten bij de verslavingsbehandeling van jongeren; 'van meekijken naar meedoen'.

Janneke Bandringa en Douwe Nauta

Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd hoe ouders en naasten als de sleutelfiguren in de omgeving van jongeren een belangrijke invloed op de psychosociale ontwikkeling van jongeren hebben. Bij de preventie en behandeling van jongeren met verslavingsproblematiek is het integreren van familie/naasten-interventies dan ook van belang. Door het verhogen van ouder- en naastenparticipatie kunnen negatieve gezinspatronen die in stand houdend en/of een gevolg zijn van de verslavingsproblematiek worden aangepakt. Ook zorgen deze interventies ervoor dat de problematiek eerder kan worden behandeld (motivatie van jongeren versterken), de interactie tussen gezinsleden verbetert en dat na afronding van behandeling de effecten van de behandeling aanhouden (doordat jongeren en hun ouders/naasten beter toegerust zijn om nazorg te verlenen).

“From knowing comes caring, from caring comes change”

– Bustelo, 2019

5.1 Inleiding

Kwetsbare jongeren worden gekenmerkt doordat ze op een of meer leef-domeinen problemen hebben. Het gaat dan vooral om leren, werken, sociale relaties en zelfredzaamheid. Deze jongeren schieten sneller dan andere jongeren van ‘middelengebruik’ naar problematisch middelengebruik. Dit komt doordat middelengebruik bij deze jongeren vaak wordt gebruikt als coping om de invloed van een negatieve omgeving en of onderliggende psychische problemen te hanteren. Echter het middelengebruik versterkt juist meestal psychische problemen. Onderwijs, werk en sociale contacten raken verstoord of komen zelfs helemaal stil te liggen. Een gevolg op langere termijn kan zijn dat de participatie in de maatschappij negatief wordt beïnvloed (door stigmatisering en het ervaren van weinig aansluiting). De maatschappelijke uitval die dit tot gevolg heeft, zorgt voor veel kosten zoals overlast, geweld, criminaliteit, verkeersongevallen en verhoging van zorgconsumptie (Hammink, Altenburg, & Schrijvers, 2012).

Jeugdverslavingszorg richt zich op het voorkomen en/of hulp en behandeling bieden bij (dreigende) verslavingsproblematiek van jongeren tussen de 12 en 24 jaar. Uit onderzoek is bekend dat hoe vroeger jongeren in aanraking komen met verslavende middelen, hoe meer risico er is tot het ontwikkelen van een verslaving op latere leeftijd (Wijngaarden-Cremers, 2010). Daarnaast blijkt uit de praktijk dat jongeren vaak pas bij de verslavingszorg worden aangemeld voor een behandeling op het moment dat ze al wat ouder zijn en de problemen zich hebben ontwikkeld tot stoornissen die een chronisch karakter kunnen hebben. Het is dus belangrijk initiatieven te ontplooiën waarbij gezamenlijk wordt gezocht naar het op een juiste manier inzetten van hulpbronnen. Dit alles om een gezonde ontwikkeling van de jongeren op gang te brengen, zodat jongeren zich kunnen ontplooiën en kunnen participeren in de maatschappij. In dit hoofdstuk wordt daarom gepleit voor het intensiveren van de inzet van ouders en andere belangrijke naasten. Een aantal belemmerende en bevorderende factoren wordt beschreven, waarna wordt afgesloten met een aantal praktijkvoorbeelden.

5.2 Vroeger is beter

Werken aan een gezonde toekomst begint bij de jeugd, want jongeren die opgroeien in een gezonde omgeving met een gezonde leefstijl zijn fysiek, psychisch en sociaal beter toegerust voor de toekomst. Daarom is het van belang om kwetsbare jongeren die kampen met verslavingsproblematiek voor te bereiden op de wereld van morgen. Belangrijk hierbij is om hun veerkracht te versterken en de kracht van sociale relaties met naasten te benutten. Vanuit de overheid is er veel aandacht voor vroeg-signalering, zoals de beleidsnotitie over een kansrijke start (Jonge & Dekker, 2018) en het Nationale Preventie-akkoord (Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport, 2018). Hierin wordt bijvoorbeeld gesteld dat gemeenten een lokale of regionale aanpak formuleren voor de ambities uit het Nationale Preventieakkoord. In de praktijk gaat het hierbij om de thema’s en de achterliggende oorzaken van roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht. Voorbeelden hiervan zijn het aanpakken van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, armoede, eenzaamheid en stress. Door samen te investeren in vroeg-signalering, ondersteuning van mantelzorg en bevordering van vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid kan de inzet van duurdere vormen van zorg worden voorkomen en/of verkort. Vanuit de verslavingszorg is het van belang dat kennis wordt overgedragen aan de wijkteams, wat kan bijdragen aan vroeg-signalering, waardoor jongeren en hun ouders/naasten eerder in beeld komen en vroeger kan worden gestart met preventieve maatregelen of juist tijdig kan worden opgeschaald naar specialistische zorg bij een verhoogd risicoprofiel.

5.3 De ontwikkeling van jongeren

Adolescenten zijn extra gevoelig voor de mogelijkheid dat er een beloning aankomt. Daarom zijn ze geneigd om spannende situaties op te zoeken. Het levert immers een aantrekkelijke opbrengst op (korte-termijn behoeftebevrediging). Ze hebben ook nog onvoldoende ervaringen opgedaan met de (langere termijn) consequenties van hun gedrag. Dit maakt hen in deze levensfase dan ook extra gevoelig voor het experimenteren met verslavende middelen. Verder treden veel ernstige psychiatrische stoornissen (schizofrenie, autisme, ADHD) op in de adolescentie (Gerritsen, Dieleman, Beltman, Tangenbergh, & Maras, 2017). Dit komt doordat de hersenen zich juist in deze levensfase ontwikkelen. In psychosociaal opzicht doen zich in deze periode ook grote

veranderingen voor. In die zin is de adolescentie een erg risicovolle levensfase. Hoewel de ontwikkeling van kinderen tot jong volwassenen wordt gekenmerkt door grote biologische veranderingen en intellectuele en psychosociale uitdagingen, doorlopen de meeste adolescenten hun jeugd succesvol.

Niet alleen de jongere zelf, maar ook de sociale omgeving speelt een belangrijke rol bij het gezond en veilig opgroeien. Ook al ontwikkelen jongeren zich meer en meer zelfstandig, en onder invloed van leeftijdgenoten, toch blijven ouders ook in deze ontwikkelingsfase belangrijk. Niet alleen vanwege de afhankelijkheid, maar ook omdat ouders beschikken over belangrijke kennis van de gehele context: dag-en-nacht ritme, de familiegeschiedenis en ontwikkeling vanaf de geboorte, de buurt enzovoort. Dit perspectief zorgt, tezamen met het perspectief van de jongere en de hulpverleners voor belangrijke input voor de behandeling.

Een stimulerende sociale omgeving kan jongeren helpen om gezonde keuzes te (blijven) maken. Ouders spelen hierbij een belangrijke rol, maar ook vrienden, leerkrachten en andere belangrijke leeftijdgenoten en volwassenen. Vanuit een omgeving waarin zij steun vanuit familie en hun sociale leven ervaren, doen de meeste jongeren het goed op school en vermijden zij negatieve ervaringen en risico's die kunnen leiden tot lange-termijn gezondheidsproblemen. De meeste jongeren zien een toekomstbeeld voor zich met kansen om hun dromen en plannen waar te kunnen maken en de meeste jongeren voelen zich actief betrokken bij de maatschappij.

Bij sommige jongeren verloopt de route naar volwassenheid echter moeilijker en worden de jongeren geconfronteerd met meer uitdagingen dan hun leeftijdgenoten. Voor deze jongeren is de route naar volwassenheid gevuld met omstandigheden en stressoren die hun gezonde ontwikkeling kunnen verstoren, waardoor zij kwetsbaar worden voor een slechtere gezondheid en verminderde prestaties. Kwetsbare jongeren schieten daarom sneller door van 'middelengebruik' naar problematisch middelengebruik. Het middelengebruik wordt daarbij vaak ingezet als coping om de invloed van een negatieve omgeving, onbehandelde trauma's en andere onderliggende psychische condities te hanteren. Echter het middelengebruik versterkt juist ook psychische klachten. Lange-termijn gevolgen kunnen zijn dat de participatie in de maatschappij negatief wordt beïnvloed (door stigmatisering en het ervaren van weinig aansluiting). Dit maakt weer dat zij vaak meer aansluiting vinden bij leeftijdgenoten die dezelfde opvattingen hebben over middelengebruik.

Bij verslaafde jongeren is een goede naastenbetrokkenheid geen vanzelfsprekendheid, omdat de interactie tussen de jongeren en hun naasten vaak verstoord is geraakt met een gebrek aan vertrouwen en conflicten. Vaak gaan deze verstoorde relaties gepaard met een gebrek aan ouderschapsvaardigheden (of juist handelingsverlegenheid), inadequate monitoring vanuit ouders, een gebrekkige band tussen ouders en kind en misbruik. Vaak gaat dit gepaard met negatief voorbeeldgedrag van de ouders zelf (bijvoorbeeld in de vorm van problematisch middelengebruik door de ouders zelf).

5.4 Potentie van gedeeld eigenaarschap

Goede samenwerking tussen behandelaren en naasten is nodig om kwetsbare jongeren te ondersteunen in hun herstel en regie over hun eigen leven. In de behandeling vraagt dit dan ook om een integrale aanpak door hulpbro-

nnen, zoals ouders en naasten, op een juiste manier in te zetten. Essentieel hierbij is dat dit samen met hen wordt bedacht, in plaats van voor hen, omdat dit de kans vergroot dat uitkomsten beter aansluiten bij de wensen en behoeften van de jongeren en hun omgeving. De kwaliteit van de zorg kan hiermee worden verhoogd, omdat rekening gehouden wordt met de mening van alle betrokkenen. Dit creëert een 'gedeeld eigenaarschap' voor beslissingen die in samenspraak worden genomen. Gedeeld eigenaarschap (zie colofon) is een middel om dit te bereiken, omdat hiermee de interactie tussen de gezinsleden kan verbeteren én tevens de motivatie van de jongere voor zijn behandeling kan toenemen omdat de jongere meer steun ervaart.

Gedeeld eigenaarschap is 'een gezamenlijk proces van een jongere die, samen met zijn behandelaren en zijn ouders/ naasten werkt met gezondheids- en behandeldoelen, waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende rollen, verantwoordelijkheden en perspectieven van de betrokkenen' (Carpenter, 2013).

Ouders vormen een belangrijke factor bij gedeeld eigenaarschap, omdat zij verantwoordelijk zijn voor het welzijn en de ontwikkeling van hun kinderen. Ouders hebben een belangrijke rol in het signaleren van problemen in de ontwikkeling van jongeren. Deze verantwoordelijkheid stopt niet bij de leeftijd van 18 jaar, maar loopt door totdat kinderen voldoende zelfstandig zijn om als volwaardig lid aan de samenleving te kunnen deelnemen. Daarbij laten recente cijfers van het CBS zien dat de huidige twintigers een aantal belangrijke 'mijlpalen' later bereiken dan de twintigers van tien jaar geleden.

Het duurt langer voordat zij hun studie afronden, een vaste baan krijgen, hun ouderlijk huis verlaten, gaan samenwonen, kinderen krijgen en een huis kopen.

Bij gedeeld eigenaarschap gaat het erom de betrokkenen hun autonomie te laten behouden of versterken, maar ook om een sterke verbondenheid door het werken aan gemeenschappelijke doelen. Belangrijke elementen hierbij zijn: herstel, actief geïnformeerde betrokkenen, zelfmanagement/empowerment, zorg op maat, gezamenlijke besluitvorming en de betrokkenheid van belangrijke naasten.

Er zijn veel positieve geluiden rond gedeeld eigenaarschap. Zo stelt het Nederlands Jeugd Instituut dat gedeeld eigenaarschap er enerzijds voor zorgt dat behandelaren en ouders/naasten elkaar, ieder vanuit hun eigen rol, wederzijds ondersteunen door hun bijdrage aan de opvoeding en zorg voor de jongere op elkaar af te stemmen, met als doel de motivatie en de ontwikkeling te bevorderen. Er is bewezen dat behandelingen door gedeeld eigenaarschap vaker worden afgemaakt, zodat behandeltrajecten korter worden en de kans op terugval wordt verkleind (Allen, et al., 2016). Anderzijds betreft het een alliantie waarbij er niet over de jongere wordt beslist, maar juist samen met hem *en* zijn belangrijkste naasten, zodat het belang van de jongere steeds voorop staat en de bindende factor vormt (Nederlands Jeugd instituut, 2008).

Er zijn echter ook kritische geluiden. Ouders en naasten kunnen betrokken zijn bij de samenwerking zonder dat ze daadwerkelijk ‘verbonden’ zijn. Ze kunnen bijvoorbeeld op alle afspraken verschijnen zonder dat ze daadwerkelijk een actieve rol aannemen in de behandeling van de jongere. Met name laag geschoolde ouders/naasten willen vaak een meer passieve rol. Hierbij is dan vaak sprake van een mismatch in de mate van verantwoordelijkheid die ouders wensen en de mate van verantwoordelijkheid die zij krijgen of aankunnen. Dat maakt het noodzakelijk dat hierover zeer zorgvuldig met ouders wordt gecommuniceerd. Ontevredenheid, mijden van contact en ‘tegenwerking’ van ouders in een zorgtraject ontstaan vooral doordat ouders/naasten vinden dat zij te weinig of te laat worden betrokken. Verder vormt de moeizame werving van ouders en gezinnen een belemmering.

5.5 Gedeeld eigenaarschap in verslavingszorg

Jongeren worden vaak bij de verslavingszorg aangemeld voor een behan-

deling op het moment dat ze al wat ouder zijn en problemen zich hebben ontwikkeld op meerdere levensgebieden. De onderliggende problematiek (zoals verslaving) wordt vaak onvoldoende of te laat (h)erkend door informele hulpverleners, zoals leerkrachten, vrienden en familieleden waardoor slechts een fractie van de jeugdigen met problemen in een vroegtijdig stadium bij de huisarts of de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) komt. Het behandelen van kwetsbare jongeren vergt afstemming met alle relevante betrokken partijen, om recht te doen aan ieders context, deskundigheid, belangen en perspectief. De samenwerking met ouders en andere belangrijke naasten in de vorm van gedeeld eigenaarschap is van belang voor alle jongeren die in behandeling zijn voor verslavingsproblematiek. Hoewel dit voor de hand lijkt te liggen, is dit in de praktijk niet altijd vanzelfsprekend. Dit hangt samen met het feit dat er vaak veel crisissituaties aan de aanmelding bij een verslavingszorginstelling zijn voorafgegaan en ouders behoefte hebben aan wat afstand.

Het is van belang de zorg zo in te richten dat de jongere centraal staat, omdat jongeren zich hierdoor vrij kunnen voelen om hun verhaal te doen. Vanaf 16 jaar worden jongeren volgens de wet in toenemende mate geacht zelfstandig beslissingen te kunnen ondernemen. Ze moeten dan ook zelf toestemming geven voor behandeling en er geldt dan een beroepsgeheim voor hulpverleners ten opzichte van hun ouders/vertegenwoordigers. Als jongeren 18 worden, dan zijn zij voor de wet volwassen en handelingsbekwaam. Behandelaren kunnen dan alleen contact met ouders/naasten leggen als de jongere daarin toestemt. Deze focus kan in de praktijk echter ertoe leiden dat ouders wat afstand ervaren en hierdoor onvoldoende worden betrokken in de behandeling. Hoewel dit bedoeld is als bescherming voor de jongere, kan dit als een belemmering werken voor het betrekken van ouders. Van belang is het dus om zowel de jongeren als de ouders goed te informeren over hun rechten, plichten en mogelijkheden.

Het betrekken van ouders of naasten vraagt een zogenoemde meervoudige partijdigheid. Dit begrip is uitgewerkt door de Hongaarse psychiater Nagy (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1994). Meervoudige partijdigheid kenmerkt zich door het in gesprek gaan met elke belanghebbende partij, waarbij elke zienswijze serieus wordt genomen zonder dat partij wordt gekozen. Er wordt gesproken en geluisterd op een manier dat iedere andere partij dit mag horen. Door bijvoorbeeld met ouders te kijken naar welke signalen zij bij hun kinderen zien (gedragsveranderingen, sociale activiteiten en gezondheid) en na te gaan wat zij daarbij nodig hebben en of wat ze kunnen/willen bieden,

kunnen belemmeringen worden weggenomen. Als alle partijen hun zienswijze hebben ingebracht, kan worden gewerkt naar een weg die recht doet aan de diverse belangen, zodat er ruimte kan ontstaan bij de ouders/naasten om als hulpbron te fungeren door een gezamenlijk plan te maken met daarin afspraken en rollen van de betrokkenen hierin. Dit principe is ook in behandelsettings toepasbaar, door het inzetten van meerdere hulpverleners (een behandelaar voor de jongeren en een behandelaar voor de ouders) en op instellingsniveau (bijvoorbeeld dat de verslavingszorg een behandeling uitvoert bij een ketenpartner als onderdeel van het overkoepelende behandelplan).

5.6 Optimale (verslavings-)zorg voor jongeren

De vraag doet zich voor wat te doen als het netwerk zelf zorgbehoevend is, in plaats van een bron van kracht voor de jongere. Bij gezinnen met problemen op meerdere levensgebieden hebben de problemen vaak een negatieve invloed op de sfeer thuis en op de opvoeding. Zo worden in Nederland ruim 118.000 kinderen van 0-18 jaar verwaarloosd, mishandeld of misbruikt. Ouders kunnen zich hierdoor handelsverlegen voelen en vaak vinden ze via het eigen netwerk geen antwoorden om hiermee adequaat om te gaan. Juist als er sprake is van een zorgelijke thuissituatie, kan het gevoelig liggen om ouders te mobiliseren, omdat er sprake kan zijn van wantrouwen en negatieve ervaringen met eerdere hulpverlenerstrajecten, maar ook omdat deze ouders zelf instabiel kunnen zijn. Bij de zorg voor jongeren zijn veel mensen en partijen betrokken. De betrokken partijen willen en moeten samenwerken, maar doen dit vanuit hun eigen context, deskundigheid, belangen en perspectief. Een overkoepelende visie en aanpak ontbreekt veelal. De opgave dat de zorg met de jongeren en naasten wordt bedacht en niet voor hen houdt in dat er heel specifiek moet worden gekeken naar de verschillende behoeften en mogelijkheden binnen de diverse doelgroepen. Hierbij dienen vragen te worden gesteld als: wat werkt voor jou, waar word je blij van, wat heb je nodig? Door het betrekken van de personen en instanties die dichtbij de jongeren en naasten staan (bijv. vanuit scholen of wijken), kan met elkaar in gesprek worden gegaan over het versterken en aanboren van interne en externe hulpbronnen in de nabije omgeving van de jongeren. Vereist daarbij is een multidisciplinaire aanpak, waarbinnen korte lijnen bestaan en gezinnen snel naar de juiste hulp kunnen worden verwezen. Hierbij is het van belang dat de netwerken rond de jongere en ouders worden geactiveerd (wat kan iemand zelf en/of wie kan ondersteunen?).

Er zijn voorbeelden van gedeeld eigenaarschap in de praktijk, waarbij reken-

ing wordt gehouden met zowel belemmerende als bevorderende factoren. Een bruikbaar instrument voor het bepalen van de mate van participatie is de participatieladder van Roger Hart (zie figuur 9). Bij level een tot en met drie krijgen jongeren en naasten het idee dat ze participeren, maar worden zij alleen ingezet in het belang van de hulpverlener en is er eigenlijk geen sprake van echte participatie. Bij level vier en hoger is er wel sprake van echte participatie. Hierbij is de ene trede niet per definitie beter dan de andere, maar is de ene trede wel meer passend dan een andere trede. In een jongerenteam van Verslavingszorg Noord Nederland in Friesland is ervaring opgedaan met de participatieladder door het verhogen van de mate van participatie van jongeren en hun naasten in de behandeling. Er werd met ouders/naasten en de jongeren zelf een aantal maatregelen in de praktijk uitgetoetst door middel van interventies, benadering of het anders organiseren van de zorg. Zo werd in de intakefase extra aandacht besteed aan het inventariseren van potentiële hulpbronnen en motiveren van ouders en/of belangrijke andere naasten voor betrokkenheid tijdens de behandeling. Tijdens belangrijke zorgmomenten (start, evaluatie en afsluiting) werden deze betrokkenen met de jongere uitgenodigd om wederzijdse verwachtingen, bevindingen en afspraken te bespreken. Hiermee werd een aantal privacy -en of cultuur issues ondervangen, bijvoorbeeld door afspraken te maken over het delen van informatie over jongeren met ouders. Ook kwamen hierbij 'praktische' belemmeringen naar voren, zoals het oog hebben voor dat ouders de juiste hulp krijgen (bijvoorbeeld bij schulden), zodat ouders ook de ruimte kunnen ervaren om verantwoordelijk te kunnen zijn. Hierbij werd geconcludeerd dat middels gezamenlijk eigenaarschap bij de behandeling van deze jongeren zowel jeugd- als ouder/naastenperspectieven, voorkeuren en doelen gecoördineerd konden worden wat weer bijdroeg aan dat er een gezamenlijk gedragen plan kon ontstaan. De belangrijkste bevorderende factor die werd ervaren was erkenning van ieders (on)deskundigheid. Tevens als belangrijk punt werd aangemerkt dat de zorg niet stopt als de behandeling vanuit de verslavingszorg stopt, wat vraagt om tijdig aandacht te besteden aan nazorg. Een andere bevorderende factor vormde de input van jongeren en naasten, wat ervoor zorgde dat er niet over hen werd beslist, maar met hen.

Mate van participatie	Participatie van de jongere bij de behandeling	Mate van GE van ouders/ naasten bij de behandeling	Participatie van jongeren en ouders/ naasten bij onderzoek
Level 8	Jongeren en volwassenen nemen gezamenlijk besluiten	Sprake van gedeeld eigenaarschap	Er is sprake van co-creatie met alle betrokkenen
Level 7	De behandelaren informeren, de jongere bepaalt zelf wat te doen	Beperkt GE: Actieve betrokkenheid wordt goed gefaciliteerd,	Jongeren nemen zelf het initiatief en leiding in het onderzoek
Level 6	Het behandelplan wordt samen met de jongere opgesteld (gedeelde besluitvorming)	Minimaal GE: Jongeren worden gestimuleerd om betrokken te zijn tijdens belangrijke momenten in de behandeling	Jongeren en ouders in de rol als mede-onderzoekers
Level 5	Jongeren worden gestimuleerd om mee te denken, maar het behandelteam bepaalt	Ouders worden geconsulteerd	Jongeren en ouders/ naasten worden geconsulteerd
Level 4	Er wordt informatie geboden en instemming gevraagd met het zorgplan	Jongeren worden geïnformeerd conform WGBO en privacy reglement	De betrokkenheid bestaat met name eruit dat ze geïnformeerd worden

Figuur 1: Mate van participatie, vrij naar Hart (1997).

Een ander inspirerend voorbeeld van gedeeld eigenaarschap is het IJslandse model. Het IJslandse model is een *evidence based* interventie waarbij een gemeente samen met belangrijke stakeholders (waaronder verslavingszorg en onderzoekers) in gesprek gaat met ouders en jongeren in een specifiek gebied waar veel (dreigende) problemen zijn, zoals rondhangen, schoolverzuim en middelengebruik. Met alle betrokkenen worden de belangrijkste risicofactoren voor middelengebruik en beschermende factoren voor school, opvoeding en gemeenschap specifiek voor hun lokale situatie onderzocht. Vervolgens worden deze bevindingen vertaald in een aantal concrete maatre-

gelingen, afspraken en interventies (Kristjansson, et al., 2015). Te denken valt aan het faciliteren van sportmogelijkheden voor jongeren en vaardigheidstraining voor ouders. Samen met het Trimbos instituut, het Nederlands Jeugdinstituut en een aantal verslavingszorginstellingen wordt deze methodiek middels een lerend netwerk al in diverse gemeentes in praktijk gebracht, bijvoorbeeld in de gemeente Súdwest-Fryslân

Een derde goed voorbeeld van gedeeld eigenaarschap is de JIM (Jouw Ingebrachte Mentor) methodiek van JIMwerkt (JIMwerkt, 2018). Hierbij vervullen personen buiten de professionele zorg en vanuit het eigen netwerk van de cliënt in hun rol als JIM als bemiddelaar tussen de cliënt en de zorg. De JIM fungeert als vertrouwenspersoon voor de jongere en als vertegenwoordiger richting ouders en professionals. Het idee van de JIM is dat de vriendin, nicht, buurman, oom, tante of ander belangrijke naaste vanaf het eerste gesprek met de hulpverleners aan tafel zit. De JIM krijgt daarmee een sleutelrol. De aanpak wordt ingezet bij jongeren die in aanraking zijn gekomen met politie, verslavingsproblemen hebben, overlast veroorzaken, uitvallen op school en/ of problemen hebben thuis. De aanpak is gebaseerd op de kracht van informele hulp. Gezinnen krijgen zo meer regie en hulpverleners worden gestimuleerd om samen te werken met het netwerk en collega's van andere zorginstellingen. Onderzoek laat zien dat deze interventie leidt tot meer verbondenheid, sociale ondersteuning en ondersteuning van autonomie van betrokkenen en dat de aanpak goed werkt bij tienermoeders, dakloze jeugd, jeugd in pleeggezinnen en jeugd van alcoholische ouders (Van Dam, et al., 2018).

5.7 Ten slotte

Bij complexe veranderopgaven, zoals de zorg voor kwetsbare jongeren, is intensieve samenwerking tussen de belangrijkste betrokkenen een vereiste. Bij de transitie van traditionele ouderbetrokkenheid naar een intensievere vorm van samenwerking vormt gedeeld eigenaarschap van ouders/naasten bij de behandeling van jongeren met verslavingsproblematiek een belangrijk middel. Bij gedeeld eigenaarschap wordt samen met jongeren, naasten en andere belangrijke betrokkenen middels kleinschalige (lokale) interventies de samenwerking tussen de betrokkenen actief beïnvloed. Op microniveau gaat het hierbij het stimuleren van vroegtijdige en proactieve betrokkenheid van ouders/naasten gedurende de hele behandeling. Op Mesoniveau houdt dit in dat gebruik wordt gemaakt van een brede disciplinemix waarin professionals

elkaar aanvullen met expertise en ervaring. Op macroniveau houdt dit in dat instellingen actief samenwerken met ketenpartners en voorzieningen in het sociaal domein. Het is cruciaal om zowel de ontwikkeling als de uitvoering van beleid en interventies niet alleen op de jongeren zelf te richten, maar vooral ook de ouders en andere belangrijke naasten erbij te betrekken. Het vergt lef, creativiteit en een lange-termijnblik om daarbij verder te kijken dan bestaande wegen en (instellings-)grenzen. Dit alles kan leiden tot kortere behandeltrajecten en het voorkomen van de ontwikkeling van chronische problematiek.

5.8 Referenties

- Allen, J., Garcia-Huidobro, D., Porta, C., Curran, D., Patel, R., Miller, J., & Borowsky, I. (2016). Effective Parenting Interventions to Reduce Youth Substance Use: A systematic Review. *Pediatrics*, 138(2).
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. (1994). *Tussen geven en nemen, over contextuele therapie*. Haarlem: Toorts b.v. uitgeverij.
- Bustelo, M. (2019, november 18). *plasticoceans.uk*. Opgehaald van plastic oceans: <https://plasticoceans.uk/>
- Gerritsen, S., Dieleman, G., Beltman, M., Tangenbergh, A. & Maras, A. (2017). Transitiepsychiatrie in Nederland: ervaringen en opvattingen van GGZ-professionals. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 59 (6), 341-349.
- Hart, R. A. (1997). *Childrens's Participation: From Tokenism to Citizenship*. Florence: Innocenti Essays, Unicef.
- JIMwerkt*. (2018, 5 20). Opgehaald van www.jimwerkt.nl
- Jonge, H. d., & Dekker, S. (2018). *Evaluatie Jeugdwet*. Den Haag: Eerste Kamer der Staten-Generaal.
- Kristjansson, A., Sigfusdottir, I., Thorlindsson, T., Mann, J., Sigfusson, J., & Allegrante, P. (2015). Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland. *Addiction research report*(111), 645-652.
- Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport. (2018). *Actieprogramma Zorg voor de Jeugd*. Den Haag: Rijksoverheid.

Nederlands Jeugd instituut. (2008). *Handreiking samenwerken met ouders in zorgtrajecten*. Utrecht: NJI Onderwijs & Jeugdzorg / LCOJ.

Van Dam, L., Smit, D., Wildschut, B., Branje, S., Rhodes, J., Assink, M., & Stams, G. (2018). Does Natural Mentoring Matter? A Multilevel Meta-analysis on the Association Between Natural Mentoring and Youth Outcomes. *American Journal of Community Psychology*(62), 203-220.

Wijngaarden-Cremers, P. (2010, 4). Verslaving als ontwikkelingsstoornis, een andere kijk op neurobiologie en comorbiditeit. *Kind en Adolescent*, 174-187.

Programma's binnen een verslavingszorginstelling

Meine Bosma, Martin Eissens en Renate Doff

Samenvatting

Verslaving wordt al lange tijd gezien als een probleem dat invloed heeft op veel aspecten in ons leven. Denk hierbij aan de cirkels van Van Dijk (1979). Hij maakte destijds inzichtelijk hoe een zichzelf in standhoudend patroon ontstaat; hoe meer verslavende middelen worden gebruikt, hoe meer dit leidt tot een toename van conflicten in de *sociale cirkel*, wat vervolgens weer leidt tot een toename van het gebruik. Binnen de verslavingszorg wordt het beleid rondom naasten steeds beter beschreven. Hierbij gaat het om een breed aanbod aan verschillende interventies en behandelprogramma's die zowel insteken op voorlichting en preventie als op behandeling. Daarbij is het de klinische ervaring dat het betrekken van de omgeving een positieve bijdrage levert aan het herstel van cliënten die in zorg zijn. Dit hoofdstuk biedt een inzicht in een belangrijk deel van het zorgaanbod binnen de verslavingszorg in Nederland dat zich richt op naasten.

6.1 Inleiding

Verslaving is een ernstige stoornis, die alle levensgebieden raakt. Mensen zijn afhankelijk geworden van een psychoactieve stof of bepaalde gedragingen en kunnen daar niet goed uit zichzelf mee stoppen. Mensen gebruiken vaker en meer dan ze van plan zijn en hebben ook steeds grotere hoeveelheden nodig om hetzelfde effect te voelen. Het verkrijgen, gebruiken en bijkomen van de effecten van het middel neemt het gehele leven in beslag met als gevolg dat hobby's, sociale activiteiten en/of werk worden opgegeven (American Psychiatric Association, 2014). Ook andere taken en verantwoordelijkheden, zoals het ouderschap en het werk, komen onder druk te staan door de verslavingsproblematiek. De omgeving van de cliënt krijgt daarmee ook last van het overmatige middelengebruik en de gevolgen daarvan. Verslaving van een naaste beïnvloedt deze persoon en vraagt aanpassing van de naasten. Matthys (2000) geeft aan hoe dicht er bij een persoon met verslavingsproblematiek wordt geleefd, hoe groter de invloed. Het betrekken van de omgeving bij de behandeling van een persoon met een stoornis in het gebruik van het middel is dan ook onvermijdelijk. Binnen de verslavingszorg in Nederland zijn verschillende programma's beschikbaar voor het betrekken van naasten bij de geïndiceerde patiënt, zowel op het gebied van preventie als vanuit behandeloogpunt. Hierop wordt in het navolgende ingegaan.

6.2 Voorlichting- en preventieprogramma's

6.2.1 Informatiebronnen

Naasten van mensen met een verslavingsprobleem ervaren vaak een hoge mate van psychische klachten (Muijen & Van Dorselaer, 2016). Zij zoeken informatie en steun op verschillende manieren en bij diverse instanties. Informatie over verslaving en het omgaan met een verslaafd iemand kan bij instellingen voor verslavingszorg en het Trimbosinstituut worden verworven onder andere met behulp van telefonische en digitale informatieservices, literatuur, folders en brochures. Ook is veel informatie verkrijgbaar via het internet (websites, YouTube), televisieprogramma's en films. Daarnaast worden er regionaal en landelijk voorlichtingen, cursussen en workshops georganiseerd door diverse instellingen, zoals Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en de Stichting Naast.

Een voorbeeld van literatuur is *Een verslaving in huis; Zelfhulpboek voor naastbetrokkenen* van Meyers en Wolfe (2012). Dit boek kan worden gebruikt als

zelfhulpboek vanwege de informatie over verslaving en de tips voor het omgaan met diverse aspecten van het hebben van een naaste met verslaving. Het is ontwikkeld voor de CRAFT-methode, een behandeling voor partners van mensen met een verslaving en wordt door diverse instellingen voor verslavingszorg aangeboden. Deze methode wordt in hoofdstuk 7 besproken.

Het Trimbosinstituut en Jellinek hebben folders met informatie over middelen gepubliceerd, bijvoorbeeld "Wat iedereen moet weten over alcohol" en "Stoppen met roken, Cannabis, Speed, XTC, Cocaine, GHB, Benzodiazepinen, Doping, Gokken". Daarnaast bestaan diverse websites met informatie over middelengebruik, verslaving en hulpverlening zoals de website van het Trimbosinstituut en die van verslavingszorginstellingen zoals VNN en Jellinek. Deze instellingen beheren ook de drugsinfolijn, de alcoholinfolijn, en chatserVICES.

Bij enkele regionale instellingen voor verslavingszorg bestaat de mogelijkheid voor een telefonisch of face-to-face adviesgesprek, waarin de naaste de ruimte heeft om te vertellen en vragen te stellen en waarbij tips en mogelijkheden worden besproken. Op YouTube zijn webinars van VNN en andere instellingen voor verslavingszorg te vinden over middelengebruik en verslaving, maar ook over het omgaan met het gebruik van ander (<https://www.youtube.com/watch?v=vhzJU862E7o>). Een voorbeeld van een televisieprogramma over verslaving is het RTL4-programma *Verslaafd*. Voorbeelden van films over verslaving zijn *Beautiful boy* (2018), *Ben is back* (2018).

Stichting Naast is een organisatie die inspelt op de behoeften van naasten van verslaafden, met onder andere met een online platform (www.helpmijn-dierbareisverslaafd.nl), informatiemiddagen, workshops, individuele programma's en counseling.

6.2.2. Kinderen van ouders met psychische problemen en/of een verslaving

Kinderen die opgroeien met één of twee ouders met psychische problemen en/of verslaving (kortweg KOPP/ KOV) hebben een grotere kans op het ontwikkelen van problematiek, zoals angst, slaap-, eet- en/of zindelijkheidsproblematiek, middelenproblematiek en eenzaamheid (Van Doesum & Koster, 2008). Voor deze kinderen en hun ouders bestaan preventieve activiteiten, die in een samenhangend programma zijn ontwikkeld door het Trimbosinstituut. Hieronder vallen onder andere een ouder-kind-interventie, preventieve huisbezoeken en een preventieve gezinsinterventie van Beardlee en anderen

(2003). In deze interventie vinden gesprekken plaats met de ouders, kind(e)ren en het gezin (Boel & Van Doesum, 2002). Daarnaast worden door onder andere instellingen voor verslavingszorg, ggz-instellingen en CJG's groepen voor kinderen en hun ouders georganiseerd. Dit zijn onder andere:

- 'Piep zei de muis' (4-7 jaar);
- 'Doe-Praatgroep' (8-12 jaar);
- 'Pubergroep/Jongerengroep' (12-16 jaar);
- 'Jongvolwassenengroep' (16-23 jaar).

Voor jongeren bestaat een website met informatie en een chatcursus (www.kopstoring.nl) en voor ouders is er online ondersteuning (www.kopopou-ders.nl). Bovenstaande interventies hebben onder andere tot doel het voorkomen dat kinderen zelf psychische of verslavingsproblemen ontwikkelen. Dit wordt gedaan door:

1. Het stimuleren van de communicatie in het gezin en daardoor het wederzijds begrip over de ziekte vergroten en vroegtijdige onderkenning van problemen bij kinderen;
2. Het verhogen van de veerkracht bij kinderen;
3. Het vroegtijdig signaleren van problemen van kinderen;
4. Het bieden van advies voor verdere hulp en ondersteuning.

6.2.3 Cursus Motiverende Gespreksvoering voor familie en naasten

Voor familie en naasten is een training motiverende gespreksvoering ontwikkeld door de Divisie Psychiatrie van het Amsterdams Medisch Centrum (Smeerdijk et al., 2012). De training bestaat uit zes bijeenkomsten. In de training wordt het trans-theoretisch model van verandering vereenvoudigd behandeld met de gewenste benaderingswijze per stadium. Het vereenvoudigde model, gebaseerd op de cirkel van Prochaska, DiClemente en Norcross (1992), wordt "Het wiel van verandering" genoemd. Hierin worden de volgende vijf stadia onderscheiden: niet denken, denken, doen, volhouden en terugval (zie figuur 1).



Figuur 1: Het wiel van verandering (Smeerdijk et. al., 2012, blz 6)

Bij ieder stadium worden de meest effectieve benaderingswijzen besproken en worden communicatievaardigheden getraind op basis van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick 2014).

6.2.4 Gespreksgroepen voor naasten

Enkele instellingen voor verslavingszorg, zoals VNN, bieden gespreksgroepen aan voor familie en andere naastbetrokkenen. Voorbeelden van gespreksgroepen zijn: partnergroepen, oudergroepen (voor ouders van niet-volwassen kinderen en voor volwassen kinderen) en volwassen kinderen van verslaafde ouders. Zowel naasten van cliënten als naasten van niet-clieënten kunnen deze open groepen bezoeken en er zijn geen kosten aan verbonden. Deelname is vrijwillig en er wordt geen maximum (termijn) gesteld aan het aantal bezoeken. Lotgenotencontact en psycho-educatie staan centraal in deze groepen. De groepen van VNN worden begeleid door systeemtherapeuten, MDFT-therapeuten en preventiemedewerkers. Uit onderzoek (Oudenampsen et al., 2007) is gebleken dat (door professionals begeleid) lotgenotencontact vier hoofdeffecten heeft:

- een beter zelfgevoel
- wederzijdse ondersteuning
- opdoen van kennis en vaardigheden
- preventieve werking in het gebruik van gezondheidszorg.

6.3 Behandelprogramma's

6.3.1 Aanmelding en intake

De aanmelding van een patiënt bij de verslavingszorg dient door de huisarts en/of medisch specialist gedaan te worden. In sommige gevallen kan een patiënt ook worden verwezen door de reclassering. Het is in sommige instellingen voor verslavingszorg inmiddels gebruikelijk om de patiënt te vragen om iemand vanuit het netwerk mee te nemen naar het intakegesprek, zodat er meer informatie beschikbaar komt ten behoeve van het stellen van de juiste indicatie voor zorg. Tevens biedt dit de mogelijkheid om het netwerk direct te betrekken bij de behandeling van de patiënt. Het is echter niet noodzakelijk. In het geval de patiënt ervoor kiest om niet iemand vanuit de omgeving mee te nemen naar het intakegesprek, kan de probleeminventarisatie nog altijd plaatsvinden. Eventueel wordt in het zogeheten behandelplan opgenomen dat het netwerk in een later stadium zal worden benaderd voor aanvullende (hetero) anamnestiche informatie. In sommige gevallen wordt, op basis van de eerste probleemanalyse, een systeembehandeling geïndiceerd.

De meeste verslavingszorg instellingen in Nederland gebruiken de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie; Schippers, Broekman & Buchholz, 2011) als gestandaardiseerd instrument voor de diagnostiek van de verslavingsproblematiek en indicatie voor zorg. De MATE is opgebouwd uit tien onderdelen, waaronder het middelengebruik, screening lichamelijke en psychische co-morbide problematiek, trek, activiteiten en participatie in de samenleving. Bij het onderdeel 'Activiteiten en participatie' van de MATE wordt eveneens gevraagd naar het netwerk van de patiënt. Er wordt onder andere gevraagd naar de aan- en afwezigheid van een relatie en of de patiënt problemen hiermee ervaart. Ook wordt gevraagd naar eventuele problemen binnen formele en informele relaties. Mede op basis van deze modules wordt een maat voor sociale integratie bepaald, welke eveneens van invloed is op de uiteindelijke behandelintensiteit. De MATE bepaalt de behandelintensiteit of zorgzwaarte op basis van vier dimensies; ernst van verslavingsproblematiek, ernst van co-morbide psychopathologie, mate van sociale integratie en verslavingsbehandelingsgeschiedenis. De score op deze dimensies komen weer voort uit de informatie vanuit de tien onderdelen van de MATE. Op die manier kan de MATE uitspraken doen over welke intensiteit van zorg wenselijk is, bijvoorbeeld ambulante of klinische zorg. Voor wat betreft de triage naar behandelintensiteit baseert de MATE zich op het protocol voor intake en indicatiestelling ontwikkeld door De Wildt en anderen (2002) (Schippers,

Broekman & Buchholz, 2011).

Naast de MATE wordt in een beperkt aantal instellingen de EuropAsi (Kokkevi & Hartgers, 1995) gebruikt als screeningsinstrument ten tijde van de intake. De EuropAsi is een gestandaardiseerd screeningsinstrument waarin zeven levensdomeinen aan bod komen: lichamelijke gezondheid, arbeid/opleiding/inkomen, alcoholgebruik, drugsgebruik, justitie/politie, familiale en sociale relaties en psychisch-emotionele gezondheid (Kokkevi & Hartgers, 1995). Evenals bij de MATE is de inventarisatie van de verschillende domeinen vanuit het perspectief van de patiënt. Via die weg wordt een inschatting gemaakt in hoeverre het netwerk nader te betrekken bij de behandeling van de patiënt. Zo vraagt de EuropAsi naar verschillende relaties, de frequentie en tijd die iemand met bepaalde mensen doorbrengt en hoe de persoon de relatie ervaart. Er wordt zowel gekeken naar relaties die middelengebruik stimuleren en/of eveneens een probleem met middelengebruik kennen, als naar relaties die hier geen problemen mee hebben. Op basis hiervan krijgt men een eerste indruk van het netwerk om de patiënt heen en in hoeverre deze van invloed is (positief en negatief) op de problematiek van de patiënt. Het is dan aan de intaker en/of behandelaar om te bepalen op welke wijze het netwerk binnen de behandeling betrokken wordt.

6.3.2.1. Cognitieve gedragstherapie

De voorgeschreven behandeling voor een stoornis in het gebruik van een middel is volgens de richtlijnen motiverende gespreksvoering en cognitief gedragstherapeutische interventies. Het protocol 'cognitieve gedragstherapie voor problematisch middelengebruik en gokken' combineert beide behandelvormen (Schippers, Smeerdijk & Merckx, 2014). Het protocol schrijft voor om de patiënt te informeren over het belang van het betrekken van de omgeving bij de behandeling. Daarbij wordt in de tweede bijeenkomst van de behandeling uitgelegd dat de kans van slagen wordt vergroot als de patiënt hulp heeft van anderen, met name van personen die verandering van het middelengebruik ondersteunen. In dezelfde sessie wordt tevens gevraagd of de cliënt iemand in zijn omgeving heeft die hem kan ondersteunen bij het veranderen en of hij/zij bereid is deze persoon uit te nodigen voor de volgende bijeenkomst. Tijdens de derde sessie wordt nadruk gelegd op het belang van steun vanuit de omgeving. Als een ondersteunende persoon aanwezig is, wordt deze ingelicht over de (middelen)problematiek en wordt deze persoon actief betrokken bij de sessie, onder andere door deze te vragen wat hij/zij

merkt van de verandering en mee te denken ten aanzien van welke zelfcontrolemaatregelen kunnen worden aangescherpt. In de derde bijeenkomst wordt ook een zogenaamde functie-analyse gemaakt. Dit betreft een analyse-schema om de uitlokkende als de in standhoudende factoren van het problematische middelengebruik in kaart te brengen. De ondersteunende persoon wordt gevraagd mee te denken in het opstellen van deze functie-analyse.

Vanuit het protocol wordt de ondersteunende persoon uitgenodigd om wederom mee te komen bij bijeenkomst negen, de tussenevaluatie van de behandeling. Ook in deze sessie wordt de ondersteunende persoon actief betrokken bij de behandeling en gevraagd naar onder andere diens ervaringen ten aanzien van de verandering van de patiënt. Voor een meer inhoudelijke beschrijving van het protocol cognitieve gedragstherapie voor problematisch middelengebruik en gokken wordt verwezen naar Schippers, Smeerdijk en Merckx (2014).

6.3.2.2 CRA en CRAFT

Het interventieprogramma Community Reinforcement And Family Training (CRAFT) is voortgevloeid uit de Community Reinforcement Approach (CRA), een gedragstherapeutische behandeling die zich onder andere erop richt om het leven zonder middelen meer belonend te laten zijn dan met middelen (Roozen et al., 2009). De omgeving heeft hierin een belangrijke rol, omdat bijvoorbeeld activiteiten met naasten doorgaans als belonend en waardevol worden ervaren.

CRAFT is ontwikkeld voor mensen uit de directe omgeving van de verslaafde. Het richt zich op drie punten: het begeleiden van de omgeving bij het motiveren van de verslaafde, het gebruik minderen van de verslaafde en de naaste zelf helpen positieve veranderingen aan te brengen in diens eigen leven. Met behulp van de training zouden verslaafden, wanneer er sprake is van zorgmijding, in 64-86 procent van de gevallen toch met behandeling starten (Smith & Meyers, 2004).

6.3.2.3 Detoxificatie

Wanneer iemand een langere periode een bepaalde hoeveelheid van een verslavend middel gebruikt, is het stoppen niet meer zonder risico's. Er is dan sprake van ontwenningverschijnselen die risico's met zich meebrengen.

Voor een verantwoorde detoxificatie hebben Dijkstra et al. (2017) in opdracht van Verslavingskunde Nederland (voormalig Resultaten Scoren) de richtlijn Detoxificatie van Psychoactieve Middelen geschreven. Zo kan men klinisch en ambulante detoxificeren. De eerste vorm betreft een opname in een kliniek, met 24-uurs begeleiding en eventueel met ondersteuning van medicatie. Deze opnames variëren van één week tot twee weken. Onder bepaalde voorwaarden voldoet de tweede, minder intensieve vorm; de ambulante detoxificatie. Er is dan dagelijks face-to-face contact met een verpleegkundige en er is een verslavingsarts bij betrokken die eventueel medicijnen kan voorschrijven. Wanneer er een ambulante detoxificatie geïndiceerd is, moet er wat betreft omgevingsfactoren minimaal sprake zijn van een veilige thuisomgeving én er moet minimaal één persoon dagelijks beschikbaar zijn voor ondersteuning en monitoring van de patiënt. De omgeving wordt dus actief betrokken bij het voorbereiden en uitvoeren van de behandeling.

6.3.2.4 Deeltijdbehandeling

Bijna alle verslavingszorginstellingen bieden naast poliklinische, ambulante en klinische zorg ook deeltijdbehandelingen. Enkele aanbieders noemen dit dagbehandelingen. Er zijn verschillende interventies bedacht om meer systemisch te werken. Zo bieden enkele instellingen standaard systeemtherapie ten tijde van de behandeling en zijn er deeltijdbehandelingen die regelmatig een middag of een avondbijeenkomst organiseren, waarbij vrienden en familie worden uitgenodigd. Het is voor families en vrienden waardevol om met elkaar in gesprek te komen. Het met en van elkaar leren leidt tot (h)erkenning, een verhoging van de oplossingsvaardigheden en de betrokkenheid en werkt anti-stigmatiserend. Aspecten hieruit komen voort uit principes van Multi Familie Therapie (zie hiervoor paragraaf 6.3.2.8).

6.3.2.5 Systeembehandeling

Systeembehandeling of systeemtherapie is een vorm van psychotherapie waarbij de therapeut doorgaans niet alleen met de cliënt spreekt, maar ook samen met een partner, familie of vrienden. Het is gericht op de onderlinge relaties en interactie die zich tussen mensen afspeelt. Deze worden bekeken binnen in de verschillende contexten. Hierop zicht krijgen is van meerwaarde, omdat dit betekenis geeft aan het gedrag dat we van mensen zien. Binnen de verslavingszorginstellingen wordt systeembehandeling doorgaans aangeboden in de vorm van relatietherapie en gezinsbehandeling. Daarnaast

wordt op de jeugdafdelingen van verschillende instellingen Multi Dimensionale Familie Therapie (MDFT) ingezet.

Relatie- en gezinstherapie kan worden gegeven in de vorm van gedragstherapeutische relatie-/gezinstherapie. Deze vorm van therapie richt zich onder andere op de gedachten, herinneringen en opvattingen (cognities). De therapeut kiest hierbij een directieve rol. Op dit moment is deze vorm het meest onderzocht en ligt hier de meeste evidentie (Langeland, 2019; NVP, 2008). Een andere therapievorm, ontwikkeld door Sue Johnson (2004, 2019) is Emotionally Focused Therapy (EFT) of Emotionally Focused Family Therapy (EFFT). EFT is ontwikkeld vanuit de hechtingstheorie en focust zich op het herstellen van een veilige emotionele verbinding met partner of gezinsleden. De ander is dan nodig als ‘veilige haven’. De pogingen die mensen ondernemen om deze verbinding te herstellen leidt soms tot een negatieve interactie. Kritiek, boosheid en ogenschijnlijke onverschilligheid kunnen dan op de voorgrond treden. EFT richt zich op het zicht krijgen en doorbreken van deze negatieve interactiecirkel en het hervinden van de verbinding tussen partners en gezinsleden.

Systeemtherapie kent meerdere therapievormen. Het komt van oorsprong voort uit verschillende systeemtherapeutische stromingen ofwel theorieën. De ervaring leert dat menig systeemtherapeut integraal werkt. De therapeut stemt de therapievorm af met en op de betreffende cliënt en zijn of haar systeem. Systeeminterventies hebben evidentie bij jeugd, adolescenten en volwassenen en ook bij mensen die problemen hebben met of door midde-
lengebruik (Langeland, 2019).

6.3.2.6 Relatie en gezinstherapie

Bij de start van een relatie- of gezinstherapie wordt doorgaans een systeemintake gedaan. Het wordt ook wel systeemdiagnostiek of systeemtaxatie genoemd. Hierbij worden bij voorkeur partners, ouders en/ of kinderen betrokken door middel van (gezamenlijke) gesprekken met de systeemtherapeut.

Systeemtaxatie is bedoeld om de informatie van en met de cliënt te ordenen. Hierin wordt onderzoek gedaan en gekeken naar de context, de patronen en de betekenissen die de verschillende mensen aan bepaald gedrag toekennen. Het doel is niet om een probleemdefinitie te geven, omdat deze doorgaans

naar een lineaire verklaring neigt. Binnen het systemisch werken heeft het de voorkeur om circulaire hypothesen te vormen. Dit zijn hypothesen waarin de wederzijdse beïnvloeding naar voren komt. Het doel van de systeemtaxatie is om een werkhypothese te vormen, waar de cliënt en zijn betrokken naasten mee verder kunnen werken binnen de systeemtherapie. Zoals Reijmers (2014) mooi verwoordt: “Diagnostiek is voor de systeemtherapeut anders dan meten is weten. Systemische diagnostiek wordt beschouwd als een ‘ingreep’ in de werkelijkheid die therapeutisch kan worden aangewend.”

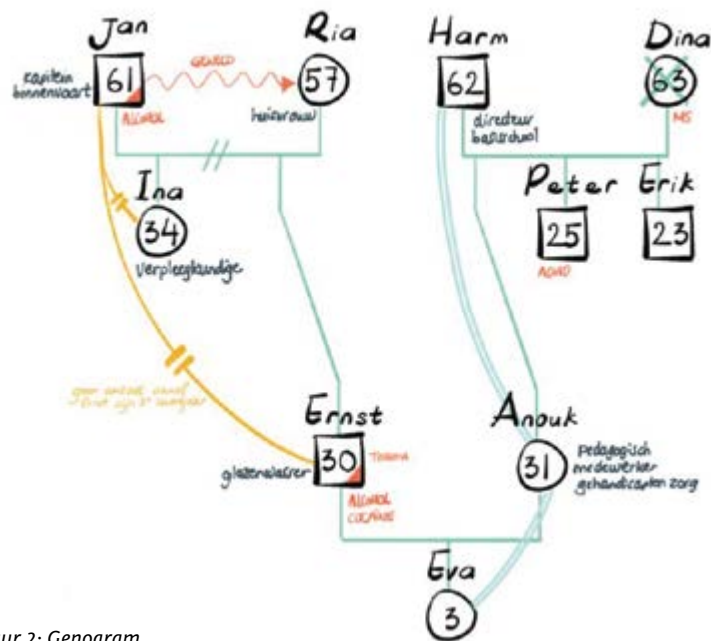
*Bij de systeemtaxatie van Ernst en Laura, verweet Ernst Laura dat ze controle-
rend was en hem geen kans gaf. Laura verweet Ernst dat hij niks van zich liet
horen en hij schittert in afwezigheid/zwijgzaamheid op de momenten dat het
nodig is. Het gesprek heeft hen geholpen in te zien dat ze vastzitten in een
patroon. Hoe meer Laura zich er alleen voor voelt staan, hoe meer ze dingen
gaat overnemen en Ernst verwijten geeft. Hoe meer Ernst het gevoel heeft het
niet goed te kunnen doen, hoe meer hij zich terugtrekt. Een belangrijke start
met het te krijgen op het destructieve patroon waarin zij vastzitten; hun ge-
zamenlijke vijand.*

Bij het kennismaken met een nieuw partnerstel of gezin kan het helpen te richten op de zorgen die de partners/gezinsleden hebben. Richten op wat ze zien als het ‘probleem’ is doorgaans rigide geworden en dit geeft weinig ruimte voor andere perspectieven of verandering. Zo kunnen partners/gezinsleden bijvoorbeeld alle problemen toeschrijven aan de alcoholprobleem. Ze zien dan niet meer hoe andere factoren (bijvoorbeeld financiële problemen, trauma en/ of relatieproblemen ook invloed hebben op de huidige situatie. De Vlaamse Rober (2017) noemt dit het verkennen van de bezorgdheden en werkt met de *bezorgdheden vragenlijst* die hij samen met van Tricht heeft ontwikkeld. De vragenlijst richt zich voornamelijk op twee vragen. “1. Volgens jou, wie in het gezin is het meest bezorgd, waarover is deze persoon bezorgd en hoe bezorgd is deze persoon? en 2. Hoe bezorgd ben jij, en waar ben je bezorgd over?” (p.79). Een waardevolle manier om ruimte te maken voor en in dialoog te komen met de verschillende gezinsleden.

Bij de systeemtaxatie kan gebruik worden gemaakt van een genogram. Dit is een soort familiestamboom waarbij veel informatie van de verschillende familieleden, gebeurtenissen en onderlinge relaties schematisch worden weergegeven. Wanneer er vanuit een nieuwsgierige en niet-oordelende houding vragen gesteld worden, kan deze interventie op verschillende manieren voor de hulpverlener, de cliënten, echtparen en gezinnen van betekenis zijn (Sa-

venije & Lawick, 2017). De hulpverlener laat merken dat hij/zij oog heeft voor de manieren en gewoontes van het gezin en staat stil bij voor hen belangrijke gebeurtenissen. Het samen construeren van een genogram helpt hulpverleners kennis te maken met en aan te sluiten bij het gezin. Dit aansluiten bij het gezin (ook wel invoegen genoemd) is belangrijk om tot een goede samenwerkingsrelatie te komen. Deze samenwerkingsrelatie geeft vervolgens een basis om (later in het proces) andere perspectieven aan te dragen. Dit wordt ook wel herkaderen genoemd. Middels een genogram werken kan de hulpverlener helpen om: het gezin/de familie te leren kennen, de context te verhelderen, beladen situaties te bespreken en te normaliseren en gebeurtenissen te herkaderen (McGoldrick, Gerson & Petry, 2008).

Bij het maken van het genogram van Ernst en Laura (zie figuur 2) werd hen duidelijk hoe hun ervaringen vanuit hun gezin van herkomst invloed hebben op het hier-en-nu. Ernst, die door het vertrek van zijn vader een voorbeeld gemist heeft en Laura die al op jonge leeftijd door de ziekte van haar moeder taken en verantwoordelijkheden op zich heeft genomen. Laura leerde haar eigen behoeften opzij te zetten en heeft zich ingezet voor het reilen en zeilen in het gezin. Ernst herkent vanuit dit verhaal ook zijn gevoel het niet goed te kunnen doen en Laura herkent haar gevoel er alleen voor te staan. Duidelijke pijnpunten en aanjagers van hun patroon.



Figuur 2: Genogram

Het genogram kan in verschillende sessies worden gebruikt en bijvoorbeeld worden besproken vanuit een thema, zoals afstand en nabijheid, betekenis van geld en emotionele verbondenheid. Het helpt mensen wanneer het genogram op een bord of een flap-over wordt getekend, omdat het 'samen naar het genogram kijken' ordent, ruimte geeft en minder confronterend is dan in het directe contact met de hulpverlener.

6.3.2.7 Multidimensionale Familie Therapie (MDFT)

MDFT is een systeemtherapeutisch ambulante behandelprogramma voor jongeren van 12 tot 23 jaar. Het programma staat bekend om haar goede resultaten en lage drop-out (Schaub et al., 2014). Het richt zich niet alleen op de jongere, maar op het hele systeem. Hierbij worden alle facetten betrokken (gezin, ouders, school, werk, vrienden, verenigingen, enz.). Naast een belangrijke rol in de behandeling, echter een actieve rol van bijvoorbeeld ouders is geen voorwaarde om een MDFT-behandeling te starten. De therapeut heeft een actieve rol richting de jongere en zijn systeem en komt bijvoorbeeld ook bij het gezin thuis en zo nodig op school. De methode kent zijn meerwaarde met name bij jeugdigen met meervoudige problematiek (Hendriks, Schee & Blanken, 2013). De Richtlijnen Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming (Wits et al., 2016) geeft de voorkeur aan MDFT ten opzichte van vergelijkbare programma's (bijvoorbeeld Multi Systeem Therapie), omdat MDFT breed toepasbaar is.

6.3.2.8 Multi Familie Therapie

Multi Familie Therapie (MFT) is een behandelvorm waarin meerdere gezinnen samen in behandeling zijn. De gezinnen gaan samen aan het werk. Het voordeel is dat mensen andere gezinnen treffen met soortgelijke problemen en er getuige van zijn hoe andere gezinnen manieren hebben gevonden om met bepaalde thema's om te gaan. Asen en Scholz (2009) geven mooi aan wat werkzame elementen zijn voor deze therapievorm. Een eigen selectie en vertaling vanuit hun werk is: het creëren van solidariteit, het tegengaan van stigmatisering en sociale isolatie, het stimuleren van nieuwe perspectieven, het leren van elkaar en het versterken van zelfreflectie (p.5). MFT is toepasbaar bij verschillende psychiatrische stoornissen.

6.3.2.9 Gezinskliniek De Borch (VNN)

De gezinskliniek De Borch van VNN biedt specialistische klinische behandeling aan gezinnen met kinderen van 0-12 jaar, waarbij er bij de ouders sprake is van complexe verslavingsproblematiek. Ook biedt de gezinskliniek behandeling aan zwangere vrouwen met een verslavingsprobleem, met of zonder partner. Bij de gezinnen spelen al langer tijd disfunctionele patronen die van grote invloed zijn op de ouder-kindrelatie en daarmee een groot risico vormen voor de ontwikkeling van het kind. Er is vaak sprake van een (dreigende) uithuisplaatsing, een ondertoezichtstelling of betrokkenheid van Veilig Thuis of vanuit Centra voor Jeugd en Gezin.

Het gehele gezin wordt opgenomen in de kliniek. VNN biedt hiermee als enige instelling in Nederland een klinische verslavingsbehandeling voor gezinnen. Gezins- en familieleden die niet mee opgenomen zijn, worden wel actief bij de behandeling betrokken, waarmee het een ultiem voorbeeld is van het betrekken van de omgeving bij de behandeling van een persoon met een probleem met middelengebruik.

Het gezamenlijk behandelen van een ouder en kind kan bijdragen aan het doorbreken van de intergenerationele overdracht van (verslavings)problematiek. Daarnaast staat het ouderschap onder druk door de verslaving. Onrust, chaos en onvoorspelbaarheid van ouders met een verslaving kenmerken vaak de gezinnen en de opvoedingssituatie is veelal problematisch. Ouders zijn emotioneel minder beschikbaar, er is weinig warmte en steun, onvoldoende zorg en stimulatie, en onvoldoende verantwoordelijkheid van de kant van de ouders (Van der Meer, Lamberts, & van Ooyen-Houben, 2019). Dit leidt er toe dat de ontwikkeling van het kind negatief wordt beïnvloed door de problemen van de ouder of dat het kind zelf problematiek ontwikkelt ten gevolge van de verslaving van de ouder. Het doel van de opname is het doorbreken van deze problematiek en een veilige situatie voor de kinderen te creëren, zodat zij zich goed kunnen ontwikkelen.

Bij de ouders is veelal sprake van zowel verslavingsproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek. Er vindt een geïntegreerde behandeling plaats voor deze stoornissen, waarbij de basis voor de behandeling van de persoonlijkheidsproblematiek de Mentaliseren Bevorderende Therapie (MBT). MBT vindt haar oorsprong in de hechtingstheorie (Bales, 2012; Bateman & Fonagy, 2004). Mentaliseren is de capaciteit om jezelf en anderen te begrijpen in termen van gedachten, gevoelens, verlangens, intenties, wensen, overtuigingen en waarden (mentale toestanden). Problemen in de emotie-regulatie,

relaties, identiteit en op het vlak van impulsief en destructief gedrag, wat veelal ook gezien wordt bij verslavingsproblematiek, wordt gezien als de gevolgen van falend mentaliserend vermogen (Smits, Luyten & Bales, 2015). Het doel van de behandeling is om de cliënt te leren beter te mentaliseren over zichzelf, maar ook om de emoties en acties van anderen te leren begrijpen, waardoor de emotie-regulatie verbetert en interpersoonlijke problematiek afneemt. De behandeling beïnvloedt hiermee niet enkel de cliënt en zijn problematiek, maar ook diens relaties met naasten. Het heeft daarmee ook overlap met systeembenadering.

Binnen de behandeling in De Borch wordt naast de groepstherapieën en individuele therapie aan de ouder ook systeemtherapie geboden aan de ouders en partners. Tevens wordt actief ingezet om de ouder-kind relatie te optimaliseren vanuit de visie dat hoe beter de kwaliteit van de relatie met ouders (verzorgers), hoe beter het kind beschermd is tegen moeilijkheden in het leven en tegen mogelijke psychopathologie.

6.3.2.10 Flexibele Assertive Community Treatment (FACT)

Wanneer er sprake is van chroniciteit van verslavingsproblematiek worden patiënten veelal verwezen naar een FACT-team. Een dergelijk team biedt zorg vanuit een multidisciplinair team met een psychiater, psycholoog, ervaringsdeskundige, arbeidstoeleider, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en casemanager. De zorg is outreachend en vindt plaats in de directe omgeving van de patiënt. FACT biedt ACT-zorg aan de 20 procent meest zorgmijdende patiënten in een wijk en aan de andere 80 procent wordt een minder intensieve vorm van zorg geboden in de vorm van individueel casemanagement (Roozen & Blaauw, 2019).

Binnen deze vorm van zorg wordt veel gebruik gemaakt van netwerkbijeenkomsten en eigen kracht conferenties, zoals beschreven door van Beek en Muntendam (2011). Naasten en familieleden worden vooral ingezet om motivatie tot verandering te vergroten en/of verslechtering van de problematiek te voorkomen. Zo kunnen er verschillende afspraken worden gemaakt met naasten en familieleden en kunnen zij bijvoorbeeld worden betrokken bij het opstellen van een signaleringsplan of crisisplan en de uitvoering van dit crisisplan.

6.4 Ten slotte

In dit hoofdstuk hebben we een weergave -geen volledige- gegeven van hoe de omgeving van een persoon met verslavingsproblematiek kan worden betrokken binnen de verslavingszorg. Het nut en de noodzaak om systemisch te werken binnen de verslavingszorg staat daarbij buiten kijf. Er is een toename van het aanbod voor naasten, zowel vanuit voorlichting- en preventieprogramma's als binnen behandelprogramma's voor mensen met een verslaving. Toch is er nog winst te behalen. Ondanks het bestaande aanbod voor bijvoorbeeld kinderen van ouders met verslavingsproblematiek, blijkt het soms moeilijk deze kinderen daadwerkelijk aan deze programma's deel te laten nemen (Van der Meer & Anthonio, 2019). Het vraagstuk is dan hoe de verbinding kan worden gelegd tussen hulpverlener, cliënt en omgeving, zodat deze elkaar zien, begrijpen en betrekken. Het verder professionaliseren van het systemisch handelen van hulpverleners in de verslavingszorg levert hierin een belangrijke bijdrage. We zien hoe maatschappelijke ontwikkelingen hierop aansluiten. Er is meer aandacht voor het Systemisch werken en we zien nieuwe opleidingen die leiden tot de erkende titel 'Systeemtherapeutisch werker' bij de Nederlandse Vereniging van Relatie- en Gezinstherapie (Maters & Hermsen, 2018). Meer kennis over en vaardigheid in het systeemgericht werken dragen eraan bij dat mensen worden gehoord en zich gehoord voelen. De steunbronnen en veerkrachten uit ontmoetingen en verhalen vormen een belangrijke bijdrage in het hulpverleningsproces (Lawick, Reijmers en Savenije, 2018). Immers: Een verslaving heb je nou eenmaal niet alleen...

6.4 Referenties

- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Asen, E., & Scholz, M., (2009). *Multi-Family Therapy: Concepts en Techniques*. Londen: Routledge
- Bales, D., (2012). Mentalization-Based Treatment voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In: T.J.M. Ingenhoven, A.C. van Reekum, J.B. van Luyn, en P. Luyten (Red.) *Handboek borderline persoonlijkheidsstoornis (pp. 111-127)*. Amsterdam: Uitgeverij De Tijdstroom.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36 - 51. doi: 10.1521/pedi.18.1.36.32771
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in chil-

- dren at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112, 119-131.
- Beek, F. van, & Muntendam, M. (2011). *De Kleine Gids. Eigen Kracht-Conferentie 2011* [The Little Guide Book. Family Group Conferencing 2011]. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Dijk, W.K. van (1979). De miskende alcoholist. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 123, 1228-1236.
- Dijkstra, B., Oort, M. van, Schellekens, A., Haan, H. de, & Jong, C. de (2017). *Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren
- Erp, N. van, & Meulen, A. van der, (2017) *Factsheet Stigma en Verslaving*. Amersfoort: Verslavingskunde Nederland.
- Hendriks, V.M., Schee, E. van, & Blanken, P. (2013). Multidimensionale Gezinstherapie bij Adolescenten met een Stoornis in het gebruik van Van-nabis; een gerandomiseerd onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55(10), 747-759.
- Johnson, S.M. (2017). *Veilig Verbinden: Emotionally Focused Therapie in de Praktijk*. 3^e herziene druk. Utrecht: EFT Nederland
- Johnson, S.M. (2019). *Attachment Theory in Practice: Emotionally Focused Therapy (EFT) with Individuals, Couples, and Families*. New York: Guilford Press.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1(4), 208-210.
- Langeland, W. (2019). *Systeemtherapie wetenschappelijke evidentie: De stand van zaken in wetenschap en praktijk met betrekking tot het effect van systeemtherapie, oftewel relatie- en gezinstherapie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.
- Lawick, J. van, Reijmers, E., & Savenije, A., (2018) *Systemisch Werken: een Relationeel Kompas voor Hulpverleners*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Matthys, F. (2000). *Leven met een verslaafde*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Maters & Hermsen (2018) *Folder: Systemisch kijken, werken en (be)handelen: De systeemtherapeut en de systeemtherapeutisch werker*. Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008) *Genograms: assessment and intervention (3e ed.)*. New York: Norton & Company.
- Meyers, R.J., & Wolfe, B.L. (2012) *Een verslaving in huis, Zelfhulpboek voor naastbetrokkenen*. Nederlandse bewerking: Greeven, P., & Roozen, H. G.. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2014) *Motiverende Gespreksvoering (Derde editie), Mensen helpen veranderen*. Gorinchem: Ekklesia.

- Muijen, J., & Dorsselaer, S. van (2016). *De ervaren belasting van naasten van personen met verslavingsproblemen*, Utrecht: Trimbosinstituut.
- Oudenampsen, D., Nederland, T., Kromontono, E., Pepels, R., Sonneveld, R., E., & Stukstette, M. (2007). *Patiënten- en Consumentenbeweging in beeld. Brancherapport 2006*. Utrecht: Nederlandse Patiënten- en consumenten federatie.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1112-1114.
- Savenije, A., & Lawick, J. van, (2017). Methoden en Technieken. In: *Handboek Systeemtherapie (2^e druk, pp. 223-255)*. Amsterdam: De Tijdstroom.
- Schaub M.P., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C., & Rigter, H. (2014). *Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial*. *BMC Psychiatry*; 14: 26
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., & Buchholz, A. (2011). *MATE 2.1. Handleiding & protocol*. Nijmegen: Beta Boeken.
- Schippers, G.M., Smeerdijk, M., & Merckx, M. (2014). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Utrecht: Perspectief Uitgevers.
- Smeerdijk, M., Keet, R., Merckx, M. Hulstijn, K., Krikke, M., Linszen, D., & Schippers, G. (2012). *Training motiverende gespreksvoering voor familieleden met een psychiatrische stoornis: Handleiding voor de trainer*. Amsterdam: AMC, Divisie Psychiatrie, Zorglijn Vroege Psychose.
- Smits, M., Luyten, P., & Bales, D. (2015). Ontdekken 'how the mind works'. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 41(4), 253 - 270. doi: 10.1007/s12485-015-0038-3
- Smith, J.E., & Meyers, R.J. (2004) *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment: Working with Family Members*. New York: The Guilford Press.
- Reijmers, E. (2014) Systemische Diagnostiek. In: Savenije, A., Lawick, M.J., & Reijmers, E.T.M. (red.), *Handboek Systeemtherapie (2^e druk, pp. 187-202)*. Amsterdam: De Tijdstroom.
- Rober, P. (2017). Samen in gezinstherapie: over afstemming en dialoog in de gezinstherapeutische praktijk. Kalmthout: Pelckmans Pro.
- Rozen, H., & Blaauw, E., Sociaal-maatschappelijke interventies voor chronisch verslaafden. In: Franken, I., Brink, W., van den, & Schellekens, A., (Red.) *Handboek verslaving (pp. 301-330)*. Amsterdam: Uitgeverij De Tijdstroom.
- Rozen, H., Kroon, H., Pree-van der Slik, A. du, & Wetering, B. van de (2009) *Ambulante behandeling van chronisch verslaafden*. In: Franken, I., & Brink, W., van den, *Handboek verslaving (pp. 411-431)*. Amsterdam: De Tijdstroom.
- Van der Meer, M. & Anthonio, G.(2019). Belemmerende factoren in de hulpverlening aan kinderen van ouders en ouders met verslavingsproblematiek. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 29(3), 86-90
- Van der Meer, M., Lamberts, L., & Ooyen-Houben, van (2019). Gezinnen met ouders met een verslaving – kwetsbare kinderne in multiprobleemsituaties. In: J. Knot-Dickscheit en E.J. Knorth (Red). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen (pp. 94 – 102)*. Rotterdam: Lemniscaat
- Van Doesum, K. & Koster, C. (2008). *KOPP, Praten met ouders en kinderen. Handleiding preventieve huisbezoeken voor ouders met psychiatrische problemen en hun kinderen*. Deventer: Dimence instelling voor geestelijke gezondheidszorg
- Wildt, W.A., De, Schramade, M., Boonstra, M., & Bachrach, C. (2002). *Module indicatiestelling & trajecttoewijzing*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Wits, E. Doreleijers, T., van den Brink, W., Meije, D., van Wijngaarden, B., & van de Glind, G. (2016). *Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Terugdringen van problematisch alcohol- en druggebruik door het sociale netwerk van alcohol- en druggebruikers: Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)

Hendrik G. Roozen en Hans Wiersema¹

Samenvatting

Het arsenaal aan interventies om de vroegtijdige signalering van problematisch middelengebruik te bevorderen richt zich meestal op de individuele gebruikende persoon, terwijl onderzoek uitwijst dat juist aanwezige vrienden en familieleden een belangrijke bijdrage kunnen leveren om de stap naar de hulpverlening te zetten. De in Amerika ontwikkelde Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) richt zich op familieleden en goede vrienden, die individuen met een alcohol en/of drugprobleem kunnen motiveren om hulp te zoeken. Ook kunnen deze familieleden door deel te nemen aan CRAFT hun eigen klachten verminderen en daarnaast een belangrijke rol spelen in de aansluitende behandeling. Diverse studies tonen aan dat CRAFT in staat is om in tweederde deel van de gevallen individuen met problematisch middelengebruik in behandeling te krijgen. Dikwijls lukt dit al na 4 tot 6 sessies met hun familieleden en/of vrienden. Daarnaast blijkt dat deze familieleden, onafhankelijk of het lukt om de gebruiker in behandeling te krijgen, zelf verbeteren in termen van fysieke gesteldheid en depressie-/angstklachten. De rol van CRAFT wordt in deze bijdrage verder toegelicht en zowel klinische als onderzoeksbevindingen worden besproken.

¹ Tevens dank aan R. Schoen en N. Ormskerk voor suggesties naar aanleiding van een eerdere versie.

7.1 Inleiding

In de Westerse wereld komt problematisch alcohol- en druggebruik frequent voor. Het blijkt bijvoorbeeld dat Europeanen globaal tweeënhalve keer zoveel alcohol drinken als inwoners van andere werelddelen (Kuunders & Van Laar, 2009). Het totaal aantal overmatige drinkers in Nederland wordt geschat op circa 1 miljoen, hetgeen neer komt op ongeveer 8 procent van de Nederlandse bevolking boven 18 jaar (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2018).

Nederlanders behoren ook tot de top van de grootste drugsgebruikers van Europa, waarbij met name het gebruik van cannabis, MDMA, cocaïne- en amfetamines opvalt (EMCDDA, 2015). Prevalentiecijfers geven aan dat 19 procent van de bevolking ooit in het leven een stoornis in het middelengebruik heeft en ondanks dat dit percentage zakt tot bijna 6 procent wanneer het wordt gemeten in de afgelopen 12 maanden, blijkt dat een substantieel deel van de bevolking langdurig kampt met problematisch middelengebruik (Graaf et al., 2012). Echter, slechts een kleine minderheid – zo'n 30.000 cliënten – wordt daadwerkelijk behandeld voor een primair alcoholprobleem en een vergelijkbare groep qua grootte meldt zich aan voor een (illegaal) primair drugsprobleem (Ladis, 2016).

Uit onderzoek blijkt dat veel mensen met problematisch alcohol- en druggebruik weerstand voelen om in behandeling te gaan (Compton, Thomas, Stinson, & Grant, 2007). Eerder is er een grote behandelingskloof van bijna 80 procent - met name voor mensen met een stoornis in het alcoholgebruik - gesuggereerd, die wordt omschreven als een verschil tussen het aantal mensen dat zorg nodig heeft en het aantal mensen die het daadwerkelijk krijgen (Kohn et al., 2004). Nederlandse cijfers (67%) vallen iets lager uit (ten Have et al., 2013). Meer recentelijk is weliswaar een kleinere behandelingskloof waargenomen dan eerder gemeld, maar toch wordt geschat dat in Nederland een kwart van de mensen die problematisch alcohol gebruiken geen behandeling krijgen (Tuithof et al., 2016).

Deze gegevens illustreren dat slechts een klein deel van de populatie met problematisch alcohol- en druggebruik aanklopt bij de hulpverlening. Het blijkt dat zij lang uit het zicht van hulpverlening kunnen blijven en pas na een periode van 6 tot 10 jaar formele hulp zoeken (Joe, Simpson & Broome, 1999). Dus er kan worden gesteld dat alcohol- en drugsproblemen doorgaans in een laat stadium worden opgemerkt en kunnen worden gediagnosticeerd, ofschoon een lange gebruikersduur geassocieerd lijkt te zijn met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een verslaving (Dennis & Scott, 2007;

Schippers & Broekman, 2006). Deze situatie is zorgelijk, want individuen die vroegtijdig worden gesignaleerd en vervolgens overgaan tot het zoeken van hulp voor hun middelengebruik en/of gerelateerde problemen hebben meestal al een gunstiger behandelbeloop (e.g. McLellan et al., 1983; Scott, Dennis & Foss, 2005). Ook wordt het belang van een vroegtijdige behandeling in toenemende mate erkend door het veld en is deze opgetekend in de vorm van de wetenschapsagenda GGZ, waarin een pijler de preventie en vroegtijdige behandeling van psychische stoornissen omvat (Sommer & Beekman, 2016).

Evenwel, niet alleen het leven van de gebruiker zelf, maar ook de levens van familie en vrienden kunnen worden ontwricht door het gebruik van drugs of alcohol (Hussaarts et al., 2011; Copello & Orford, 2002; Velleman et al., 1993; Romijn, Platt, Schippers, & Schaap, 1992; Collins, Leonard, & Searles, 1990). Recentelijk is becijferd dat jaarlijks een op de vijf Amerikaanse volwassenen schadelijke gevolgen ervaart door andermans gebruik van alcohol (Nayak et al., 2019). Voorts is gevonden dat voor ieder individu met alcohol- en/of drugsproblemen vijf directe anderen te maken hebben met de schadelijke gevolgen van alcohol- en/of druggebruik (Hussaarts et al., 2011; Daley & Raskin, 1991; Paolino & McCrady, 1977). Onderbelicht is gebleven dat kinderen van verslaafde ouders een sterk verhoogde kans hebben om zelf ook een verslaving te ontwikkelen (Van Meer-Jansma, Jansen, Willems, & Anthonio, 2016). Ondanks de problemen waarmee familieleden en vrienden kampen, blijkt ook voor deze groep het hulpverleningsaanbod doorgaans beperkt (Copello & Orford, 2002).

Onder de bevolking, maar ook in de hulpverlening, wordt vaak verondersteld dat een alcohol- en/of drugprobleem probleem pas effectief kan worden aangepakt als het individu zelf het probleem herkent en uiteindelijk bereid is om hulp te gaan zoeken. Een belangrijk kenmerk is dat deze individuen doorgaans een gebrek aan motivatie wordt aangerekend, omdat ze hun alcohol- en/of druggebruik ontkennen of bagatelliseren. Bij deze heersende opvattingen over de behandeling van ongemotiveerde middelengebruikers is vooral aandacht voor de confrontatie van de patiënt met de negatieve consequenties van zijn gebruik: "hit rock bottom" (e.g. White & Miller, 2007). Dit confrontatie aspect wordt ook al verschillende jaargangen geïllustreerd op de nationale televisie door het televisieprogramma 'Verslaafd!'.

Alternatieve strategieën die in de praktijk worden toegepast zijn eenmalige of kortdurende psychosociale interventies, zoals motiverende gespreksvoering, psycho-educatie over middelengebruik en adviesgesprekken, om bij

mensen die ambivalent of onwillig staan tegenover een bepaalde gedragsverandering, het proces van hulp zoeken te bespoedigen. Desalniettemin blijkt dat veel gebruikers weigeren om überhaupt een gesprek aan te gaan met een hulpverlener. In Nederland is er weinig onderzoek voorhanden wat ingaat op de redenen om niet in behandeling te gaan. Amerikaans onderzoek laat zien dat het moeten stoppen met gebruik, stigmatisering en kosten die in rekening worden gebracht de drie belangrijkste oorzaken zijn die het hulp zoeken verhinderen (National Survey on Drug Use and Health, SAMHSA, 2007).

In de recent uitgekomen Zorgstandaarden “Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving” en “Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines” wordt het onderzoek naar de positieve invloed aangehaald, invloed die familieleden en vrienden kunnen uitoefenen op de motivatie van alcohol- en druggebruikers (zie hier ook hoofdstuk 1).

Toch is het relatief laat dat er aandacht is voor belangrijke naasten, omdat al veel eerder het belang werd ingezien van het betrekken van de directe omgeving (Grella & Joshi, 1999; Copello & Orford, 2002; McGrady, 2004). Betrokken personen uit het sociale netwerk onderhouden vaak intensief contact met de gebruiker en ze hebben tevens toegang tot bekrachtigers in de thuissituaties (Stanton & Heath, 1997). Hoewel een minderheid van deze familieleden en vrienden zelf contact legt met zorginstellingen, zijn er de afgelopen jaren ontwikkelingen gaande op basis van het inzicht dat niet hulpverleners, maar juist familieleden en goede vrienden de gebruiker kunnen motiveren om hulp te zoeken. Door belangrijke anderen te betrekken bij het motiveren, kan er ook aandacht zijn voor klachten die zij hebben, als gevolg van het verslavingsgedrag van de geïdentificeerde patiënt. Via deze weg kan er ook rechtstreeks een bijdrage worden geleverd om klachten te verminderen bij deze belangrijke anderen en lijken zij bovendien een belangrijke rol kunnen spelen in een aansluitende behandeling.

Dit hoofdstuk gaat in op de rol van de *evidence-based* Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) gericht op belangrijke naasten die op hun beurt de gebruiker positief kunnen beïnvloeden. Dit wordt ook wel aangeduid als unilaterale familie therapie (Unilateral Family Therapy, UFT: Thomas & Santa, 1982). Na een korte klinische uiteenzetting van de CRAFT methode, wordt de stand van zaken omtrent onderzoek besproken om vervolgens aanbevelingen te doen voor de Nederlandse situatie.

7.2 Community Reinforcement and Family Training

CRAFT is een training die primair ontwikkeld is om 1) alcohol- en/of druggebruikers (*‘identified patients’*; IPs) in behandeling te krijgen via de belangrijke anderen, zoals betrokken familieleden en vrienden (*‘concerned significant others’*; CSOs), alsmede 2) klachten te verminderen en welbevinden te verbeteren van CSOs en 3) vermindering te realiseren van alcohol- en/of druggebruik bij de IP (Smith & Meyers, 2004). CRAFT hanteert specifieke procedures. Iedere procedure kan persoonlijk worden gemaakt aan de hand van de wensen en problemen van de familieleden die in behandeling zijn. Ook het aantal sessies is variabel. Er is geen maximum aan het aantal behandel-sessies.

CRAFT is voortgekomen uit Skinner’s operante leerprincipes (Skinner, 1938) en kan worden beschouwd als een afgeleide en doorontwikkeling van de Community Reinforcement Approach (CRA; Hunt & Azrin, 1973; Meyers & Smith, 1995; Meyers, Roozen & Smith, 2011). Consistent met CRA, is CRAFT gebaseerd op de assumptie dat omgevingsfactoren een belangrijke rol kunnen spelen in het aanmoedigen of ontmoedigen van alcohol- en/of druggebruik. De werkwijze is ook in het Nederlands in boekvorm uitgegeven voor hulpverleners (Roozen, Meyers, & Smith, 2015) en als zelfhulpboek voor CSOs (Meyers & Wolfe, 2012).

In Tabel 1 worden de doelstellingen van CRA weergegeven. De ‘unilaterale’ CRAFT gedachte is om door middel van positieve verandering het gedrag van de IP te veranderen via de CSO. Deze benadering kan op weerstand van de CSO stuiten, bijvoorbeeld omdat de CSO al geruime tijd rekening heeft gehouden met het gedrag van IP en zelf uitgeblust en uitgeput is geraakt. In de eerste sessie wordt daarom ruimschoots gelegenheid gegeven voor het uiten van frustraties, klachten, onwelbevinden en aspecten van negatieve communicatie gerelateerd aan het gedrag van - of interactie met - de IP. Vervolgens wordt de focus van de sessie verlegd naar de toekomst, waarbij informatie wordt gegeven over de wetenschappelijke aangetoonde resultaten van CRAFT, vertrouwelijkheid rondom deelname van de CSO, effecten van middelengebruik op het leven van de CSO en dat er geduld vereist is voor blijvende gedragsverandering.

Een belangrijk onderdeel van CRAFT is het onderzoeken van het risico op huiselijk geweld. Er is stevig bewijs dat middelengebruik gepaard kan gaan met agressief gedrag, waaronder huiselijk geweld (Foran & O’Leary, 2008; Leonard, 2001). Met behulp van een functieanalyse gericht op agressief ge-

Tabel 1**Doelstellingen CRAFT**

-
1. Het ontwikkelen van een vertrouwelijke, therapeutische relatie met de CSO en identificeren van bekrachtigers van de CSO.
 2. De CSO voorbereiden om situaties die kunnen leiden tot huiselijk geweld te herkennen en op een alternatieve manier hierop te reageren.
 3. Het maken van functionele analyses: situaties die leiden tot middelen gebruik en de consequenties hiervan én situaties waarin de IP niet gebruikt en gevolgen hiervan.
 4. Verbeteren van de communicatie met de IP, door middel van rollenspellen waarin de communicatie tussen CSO en IP wordt geoefend.
 5. De CSO leren effectief gebruik te maken van positieve bekrachtiging en negatieve consequenties om het ongewenst en schadelijke gedrag van de gebruiker te ontmoedigen.
 6. De CSO methodes leren om stress in het algemeen te verminderen, en het belang van positieve beloningen in hun eigen leven te onderstrepen.
 7. De CSO assisteren in de meest effectieve strategie om behandeling voor te stellen bij de IP en helpen met het uitzoeken van de meest geschikte momenten voor het voorstellen van in behandeling gaan door IP.
 8. Voorbereidingen treffen, zodat de IP zo spoedig mogelijk in behandeling kan op het moment dat deze dit besluit neemt.
-

drag, kunnen CSOs voorafgaande aan interventies voor gedragsverandering, patronen leren herkennen en kan men nieuwe, veiligere reacties op deze patronen ontwikkelen en aanleren (zie ook Roozen, Blaauw, Meyers, 2009).

Een belangrijk uitgangspunt van CRAFT is dat CSOs leren om hun gedrag te veranderen, zodanig dat het de IP zal helpen om het gebruik te verminderen. Met behulp van een CRAFT functieanalyse wordt onderzocht, op welke manier problematisch gedrag van de IP negatief of positief wordt bekrachtigd. Het doel is om met de toediening van zowel positieve bekrachtiging,

alsmede het laten optreden van natuurlijke en of negatieve consequenties het problematische gedrag te veranderen. CSOs leren vooral (weer) om systematisch positieve consequenties te laten volgen als de IP geen middelen gebruikt of ander gewenst gedrag vertoont. Binnen CRAFT is het van belang voor de gedragsverandering dat CSOs leren om positieve bekrachtiging te gebruiken, omdat vaak in de context van middelengebruik gedragingen veelal negatief kunnen worden getypeerd of dat de motivatie van de CSO om iets te doen voor de IP ontbreekt. Het is belangrijk dat de nieuwe positieve bekrachtigers intrinsiek voldoende belonende waarde hebben om met het gebruikersgedrag te concurreren.

Dat een IP de natuurlijke consequenties van zijn of haar ongewenst gedrag ervaart is belangrijk. Dit, om onbedoelde bekrachtiging zo veel mogelijk teniet te doen. Na oefenen van op welke wijze, naast natuurlijke consequenties, ook negatieve consequenties kunnen worden geïntroduceerd, (bijvoorbeeld het communiceren aan de IP dat de auto niet meer kan worden gebruikt) middels rollenspellen, kunnen deze direct in de praktijk worden toegepast

Een ander doel van CRAFT is om de CSO te helpen de kwaliteit van zijn of haar eigen leven te verbeteren, ongeacht of de gebruiker in behandeling gaat. Familieleden en partners worden aangemoedigd om onafhankelijk van de IP de eigen levensstijl positief te veranderen, bijvoorbeeld door het doen van activiteiten die voor henzelf plezierig zijn en het hernieuwd contact leggen met het sociaal netwerk.

Een ander onderdeel van CRAFT is het voorbereiden en daadwerkelijk de IP meevragen om in behandeling te gaan. Als de IP op eigen verzoek – of na verzoek van de CSO – besluit hieraan gehoor te geven, is het van groot belang dat de patiënt zo snel mogelijk een kennismakingsgesprek krijgt. De kansen op het starten van een behandeling dalen als een IP op een lange wachtlijst wordt geplaatst.

7.3 Alternatieve interventies

CRAFT verschilt van andere interventies, omdat het gebruik maakt van de omgeving van een gebruiker en zich richt op positieve verandering om het gedrag van een behandelresistente of ongemotiveerde IP te veranderen. Andere interventies gericht op familieleden en vrienden van de IP focussen vaak vooral op de negatieve gevolgen van het middelengebruik. Typische

interventies die in de Verenigde Staten, maar ook in Nederland worden gehanteerd zijn: Al-Anon/Nar-Anon en de Johnson Interventie:

- De Al-anon/Nar-anon 12-stappen familie model is in de Verenigde Staten ontwikkeld als zelfhulpinterventie voor gebruikers. Dit model is aangepast om ondersteuning te geven aan CSOs. De belangrijke kernboodschap is dat de CSO machteloos is ten aanzien van het middelengebruik van de IP en dit dient te accepteren. Er wordt een *'loving detachment'* gepromoot. Uit onderzoek blijkt dat het percentage koppels dat uit elkaar gaat aanzienlijk is (Dittrich & Trapold, 1984). Op 17 augustus 2019 is in Trouw een dergelijke aanpak opgetekend door Beatrijs Ritsema naar aanleiding van een partner (CSO) die een echtgenoot (IP) heeft die overmatig alcohol drinkt onder het kopje "Als mijn man drinkt, ben ik doodsbang." Het advies dat wordt gegeven omvat het stellen van een ultimatum, dat de IP erkent een alcoholprobleem te hebben en daarvoor onmiddellijk in behandeling moet. Als hij dit zou weigeren dan zou de CSO hem moeten verlaten en een advocaat in de arm nemen, zo luidt het advies. In tegenstelling tot CRAFT en de hieronder beschreven Johnson Interventie (Johnson, 1986), wordt niet erkend dat de omgeving in staat blijkt te zijn om invloed uit te oefenen die er op gericht is om de IP in behandeling te krijgen.
- De Johnson Interventie is gebaseerd op het idee dat de IP de problemen gerelateerd aan middelengebruik ontkent. Familie en vrienden confronteren de probleemgebruiker met zijn of haar gedrag en de problemen die het middelengebruik veroorzaakt door middel van een soort "surprise party" (Johnson, 1986; Liepman, Nirenberg, & Begin, 1989). In deze confrontatie kan de IP zijn problemen niet ontkennen en de bezorgde omgeving laat de gebruiker zien dat hij hulp moet zoeken. Echter, een meerderheid van de CSOs vindt de familieconfrontatie niet acceptabel en laat deze derhalve vaak niet doorgaan. Dit model wordt ook gehanteerd in het eerder genoemde televisieprogramma "Verslaafd!"

Wanneer we kijken naar de Nederlandse situatie dan zijn er op dit moment, naast de drie voorgenoemde varianten, vijf veelvoorkomende strategieën: 1) motiverende gespreksvoering direct gericht op de IP, 2) adviesgesprekken en psycho-educatie over middelengebruik voor CSOs (bijv. via preventie- of aanmeldingsteams van GGD/VZ), 3) de CSO kan zelf naar de huisarts (POH) of eerstelijnspraktijk gaan voor vermindering van eigen klachten, 4) wijk- of buurtteams kunnen consulteren (zowel IP als CSO), of 5) niets.

7.4 Resultaten van effectstudies

Inmiddels zijn er in Nederland studies afgerond naar de effecten van CRAFT. Echter de resultaten zijn helaas nog niet opgetekend. Van de verrichte studies komt het merendeel uit de Verenigde Staten. Tabel 2 geeft een overzicht van de belangrijkste Westerse effectstudies. Met name de eerste en oorspronkelijke Amerikaanse studies worden hier besproken.

De eerste CRAFT-studie is ontwikkeld door Meyers en getest door Sisson en Azrin (1986). Oorspronkelijk werd de interventie nog Community Reinforcement Training genoemd. Twaalf vrouwelijke CSO's werden willekeurig toegewezen aan deze training (n = 7) of individuele Al-Anon counseling met daarnaast verwijzingen (n = 5). Zes van de zeven vrouwen in de CRAFT groep (86%) slaagden erin hun IP's in behandeling te krijgen, waarbij er geen enkele van de IP's in de controlegroep in zorg gingen.

De tweede CRAFT-studie was een gecontroleerd experiment dat zich richtte op IP's met alcoholproblemen aan de hand van een *randomized clinical trial* project, dat at random 130 CSO's in één van drie verschillende behandelingsgroepen plaatste: CRAFT, Al-Anon Facilitatietherapie (een individuele therapieversie van Al-Anon; Nowinski et al. 1992), of de Johnson interventie. Gevonden werd dat in de CRAFT-groep 64 procent van de geïdentificeerde patiënten in behandeling ging, terwijl CSO's in de Al-Anon (13%) en Johnson-interventie (30%) condities veel lager scoorden. Tevens verbeterde het functioneren van de belangrijke anderen (Miller, Meyers & Tonigan, 1999).

Het succes van CRAFT is ook vastgesteld om individuen met drugsproblemen in zorg te krijgen. In een studie met een ongecontroleerd design (*demonstratiestudie*) ontvingen 62 CSO's met verschillende etnische achtergronden CRAFT. De CSO's bleken in staat om een hoog percentage IP's (74%) in behandeling te krijgen. Ook werden klachten van depressie, angst en agressie bij de CSOs verminderd (Meyers, Miller, Hill & Tonigan, 1998).

Ook aan de Oostkust van de Verenigde Staten werden de effecten van CRAFT en een Nar-Anon interventie onder 32 CSOs onderzocht. Het bleek dat 64 procent van de IPs binnen 10 weken in behandeling ging in de conditie waarbij de CSOs waren toegewezen aan CRAFT en 17 procent van de IP waarbij de CSOs waren toegewezen aan een Nar-Anon conditie (Kirby et al. 1999). Ook het functioneren van de CSOs verbeterde (in beide condities).

In een Amerikaanse studie werden 90 CSOs van illegale drug gebruikende IPs willekeurig toegewezen aan CRAFT, CRAFT + Nazorg of Al-Anon / Nar-Anon.

Tabel 2
Een overzicht van CRAFT studies.

Studie	CSOs					Middelen	Condities	% in behandeling	Funtioneren van CSOs
	Aantal	Etniciteit CSOs	Geslacht	Leeftijd (jaren)	Relatie tussen CSOS en IP				
Sisson & Azrin(1986)	12	-	100% vrouw	28-62	75% partner 25% familie	100% alcohol	CRAFT vs. Ala-non	86% vs. 0%	
Meyers et al. (1998)*	62	80% Spaans	97% vrouw 3% man		34% partner 56% ouders 10% familie	cannabis, stimulanten, opiaten en benzo's	CRAFT	74%	Verbeteringen in functioneren CSOs.
Miller et al. (1999)	130	53% Engels 39% Spaans 6% Inheems 2% Anders	91% vrouw 9% man	21-81	67% partner 30% ouders 3% familie (b.v. kind)	100% alcohol	CRAFT vs. Johnson Interventie vs. Al-Anon	64% vs. 30% vs. 13%	Verbeteringen in functioneren CSOs.
Kirby et al. (1999)	32	75% Westers 22% Afro-Amerikaans 3% Anders	94% vrouw 6% man	20-70	56% partner 38% ouders 6% familie	56% cocaine 22% heroïne 22% anders	CRAFT vs. Nar-Anon	64% vs. 17%	Verbeteringen in functioneren CSOs.
Makarchuk et al. (2002)	31	77% Canadees 23% Anders	87% vrouw 13% man		71% partner 13% ouder 16% familie	100% gokken	zelfhulp vs. controle	23% vs. 20%	Verbeteringen in functioneren CSOs.
Meyers et al. (2002)	90	48% Westers 50% Spaans 2% Anders	88% vrouw 12% man	19-76	53% ouders 29% partner 18% anders	41% cocaïne 27% cannabis 16% heroïne 16% anders marihuana alcohol	CRAFT vs. Nar-Anon	67% vs. 29%	Verbeteringen in functioneren CSOs.
Waldron et al. (2007)*	42	48% Spaans 48% Westers 4% Inheems	83% vrouw 7% man		100% partner (and family)		CRAFT	71%	Verbeteringen in functioneren CSOs.
Hodgins et al. (2007)	186	67% Canadees 27% Anders 6% Inheems/ Métis	82% vrouw 18% man		62% partner 6% ouders 27% familie 5% vriend	100% gokken	Zelfhulp CRAFT vs. Zelfhulp + telefonische hulp vs. Control	15% vs. 14% vs. 17%	Verbeteringen in functioneren CSOs.
Dutcher et al. (2009)*	99	77% Westers (Spaans) 21% Anders 2% Inheems				alcohol stimulanten opioïden	CRAFT	55%-65%	Verbeteringen in functioneren CSOs.

Tabel 2 (vervolg)

Een overzicht van CRAFT studies.

Studie	CSOs					Middelen	Condities	% in behandeling	Functioneren van CSOs
	Aantal	Etniciteit CSOs	Geslacht	Leeftijd (jaren)	Relatie tussen CSOS en IP				
Manual et al., 2012	40	65% Westers 30% Spaans 2,5% Inheems. 2,5% Anders	85% vrouw 15% man	26-76	63% ouders 20% partner 10% familie 10% overig	alcohol drugs	CRAFT in groep vs. CRAFT zelf-hulp	60%-71% vs. 40%	Verbetering in functioneren CSOs.
Brigham et al., 2014#	52	90% Westers 6% Afro-Amerikaans 4% Anders	83% vrouw 17% man		56% ouders en familie 38% partner 6% overig	100% opioïden	CRAFT-T vs. Controle	- (HR= 57%)	
Bischof et al., (2016)	94	-	92% vrouw 8% man		80% partners 6% ouders 14% overig	alcohol	CRAFT vs. Wacht-lijst	41% vs. 14% 1	Verbetering in functioneren CSOs.
Nayoski & Hodgins (2016)	31	84% Canadees 13% Europees 3% Chinees	90% vrouw 10% man		68% partners 13% ouders 16% kind 3% overig	100% gokken	CRAFT vs. CRAFT zelfhulp	7% vs. 17%	Verbetering in functioneren CSOs.
Bisetto Pons et al. (2016)	50	100% Spaans	76% vrouw 24% man		Ouders (88% samenwonend, 12% gescheiden)	56% marihuana 28% cocaïne 12% alcohol 4% opioïden	CRAFT vs. Controle	60%	Verbetering in functioneren CSOs.
Kirby et al. (2017)†	115	57% Westers 39% Afro-Amerikaans 4% Anders	77% vrouw 23% man		-	alcohol stimulanten opioïden	CRAFT vs. TEnT vs. Al/Nar-Anon	62% vs. 63% vs. 37%	Verbetering in functioneren CSOs..

Opmerking: De studie van Viets (2007) is niet opgenomen in deze overzichtstabel, omdat deze een dataset gebruikte van Miller et al., 1999. De studie van Osilla et al., 2018 is een haalbaarheidsstudie en derhalve niet opgenomen.

* Ongecontroleerde studie.

CRAFT-T studie had een alternatieve focus: gericht op in behandeling blijven.

† TEnT: Treatment Entry Training (CRAFT engagement procedure)

Een CRAFT nazorg-component werd toegevoegd aan een van de CRAFT condities, om het effect van nazorg te identificeren. De resultaten toonden aan dat het percentage van de IPs die in behandeling gingen van de gecombineerde CRAFT-condities (67%) statistisch significant hoger was dan Al-Anon / Nar-Anon (29%). Er werd bovendien geen statistisch verschil gevonden tussen de twee CRAFT-condities, waardoor de meerwaarde van het verlengen van CRAFT in de vorm van nazorg slechts betrekkelijk lijkt (Meyers et al. 2002).

Waldron et al. (2007) onderzochten aan de hand van een praktijkonderzoek de effecten van CRAFT in een op een ongecontroleerde groep van 42 familieleden van alcohol- en cannabisgebruikers. In 71 procent van de gevallen ging de geïdentificeerde patiënt in behandeling.

Ook zijn de effecten van CRAFT onderzocht in een groep van 99 CSOs van drug gebruikende IPs met veelal comorbide problemen. Van de 99 IPs ging 55 procent in behandeling. Tevens verbeterde het functioneren van CSOs (Dutcher et al., 2009).

CRAFT aangeboden als groepsvorm is ook onderzocht. In deze studie ging 60 procent van de alcohol- en drugsgebruikers in behandeling. Het bleek zelfs dat 71 procent van de CSO's die waren toegewezen aan de CRAFT-groepsconditie en minstens één sessie bijwoonden hun IP in behandeling kregen. Tevens werden verbeteringen gevonden in het functioneren van de belangrijke anderen. In dezelfde studie is het effect van alleen het zelfhulpboek van CRAFT onderzocht. In de zelfhulpgroep gingen 40 procent van de IPs in behandeling. (Manuel et al., 2012)

7.5 Implicaties

CRAFT is een wetenschappelijk bewezen effectieve behandelingsmethode voor belangrijke personen in het leven van een ontkennende, ongemotiveerde of behandeling weigerende individu met verslavingsproblemen. In een meta-analyse is de effectiviteit van CRAFT aangetoond (Roozen, de Waart, & van der Kroft, 2010). Het bleek dat CRAFT drie keer meer IPs in behandeling krijgt dan Al-Anon / Nar-Anon en tweemaal meer dan de Johnson Institute-interventie. Daarnaast verbeterden de CSOs hun geestelijke gezondheid en functioneren, ongeacht of de IP in behandeling ging.

CRAFT is effectief gebleken voor mensen met verschillende etnische achtergronden (zie in dit kader bijvoorbeeld Viets, 2007 die de effecten van CRAFT toepast bij Latijns-Amerikanen, met zowel drugs- als alcoholproblemen). De

relatie tussen de IP en CSO is van ondergeschikt belang gebleken, mits het een CSO uit de directe omgeving van de IP betreft.

Inmiddels zijn ook buiten de Verenigde Staten gunstige CRAFT resultaten waargenomen, in vergelijking met een wachtlijstconditie (Bischof et al., 2016). Drie Canadese studies hebben CRAFT onderzocht waarbij CSO's van probleemgokkers betrokken waren (Hodgins et al. 2007; Makarchuk et al. 2002; Nayoski & Hodgins 2016). De resultaten waren enigszins teleurstellend (14% en 23% van de IPs gaan in behandeling), maar vermeld moet worden dat het onduidelijk is of het een feitelijke CRAFT interventie betrof. De onderzoekers hebben zich namelijk gebaseerd op materialen verkregen via een expert panel; niet zozeer op CRAFT boeken.

CRAFT is aangepast en uitgebreid tot "Community Reinforcement and Family Training for Treatment Retention (CRAFT-T)", zodat het gericht kan worden toegepast om gebruikers in behandeling te houden. Dit is onderzocht in een groep van 99 CSOs van druggebruikers met veelal comorbide psychiatrische problemen. Hieruit bleek dat er in de CRAFT-T conditie gebruikers 57 procent meer kans hadden om in behandeling te blijven dan in de controleconditie. Ook verbeterde het functioneren van de belangrijke naasten (Brigham et al., 2014).

In Nederland is de toepassing van CRAFT verbreed om deze te kunnen richten op andersoortige diagnostische groepen, zoals CSOs van patiënten die al in behandeling zijn gegaan (Markus & Roozen, in voorbereiding), Japanse ouders van personen met autismespectrumstoornissen (Yamamoto, & Roozen, 2019) en familieleden van individuen van Hikikomori (individuen leven sociaal teruggetrokken; Sakai et al., 2015). In Amerika is een onderzoek naar de rol van CRAFT bij familieleden van een IP met psychotische stoornis in voorbereiding. Daarnaast heeft CRAFT waarde in een forensische omgeving (Roozen et al., 2009; Miller, Miller & Barnes, 2016). Ook is de praktische toepasbaarheid van een web-based CRAFT onderzocht bij veteranen en militair service personeel (Osilla et al., 2018). Onlangs is in de Verenigde Staten en Spanje een CRAFT project gericht op het trainen van ouders van adolescenten afgerond om deze ook in behandeling te krijgen (Kirby et al., 2015; Bisetto Pons et al., 2016). Ook is er een online CRAFT variant beschikbaar op de markt gebracht door Cadence (<https://www.cadenceonline.com/>). Recent is er ook een specifieke CRAFT procedure toegevoegd, gericht op ernstige en recidiverende alcohol verkeersovertreeders, met als opdrachtgever o.a. Regionaal Orgaan verkeersveiligheid Fryslân (ROF). Verder zijn er CRAFT-compo-

nentanalyses uitgevoerd om de belangrijkste componenten/procedures bloot te leggen, zoals de procedure om de IP gericht in behandeling te krijgen (Kirby et al., 2017).

7.6 Ten slotte

De huidige onderzoeken laten een consistent beeld zien dat CRAFT zowel effectief kan zijn voor de CSO als voor de IP. In Nederland is meer aandacht nodig voor CRAFT. Echter, de financiering van CRAFT is in het huidige DBC-systeem een probleem. Focus op de patiënt in plaats van op de omgeving belemmert het om CRAFT breed geïmplementeerd te krijgen in de reguliere verslavingszorg, Geestelijke Gezondheidszorg en forensische zorg. Hiervoor moet een oplossing worden gevonden, bijvoorbeeld door een gealloceerde gemeentelijke financiering.

CRAFT wint terrein in Europa. Inmiddels is de methode geïntroduceerd in Nederland, Duitsland, Engeland, Wales, Schotland, Ierland, Denemarken, Finland en Zweden. Recentelijk blijkt uit het Nederlandse rapport “Verslavingszorg levert baten op voor de samenleving” dat potentieel meer IPs kunnen worden bereikt die naar zorg kunnen worden toegeleid (RIVM, 2016). In dit rapport wordt aanbevolen om zorgprofessionals te scholen/trainen die met potentiële patiënten (IPs) in contact kunnen komen, zoals de huisarts, de schoolarts, het wijkteam en medewerkers van de spoedeisende hulp.

Nederland heeft helaas geen langdurige traditie die is gericht op substantieel zorgaanbod om familie en naasten van individuen met verslavingsproblemen bij te staan. Preventie- en wijk/ buurtteams hebben deze leemte enigszins ingevuld de afgelopen jaren. Desalniettemin krijgen telefoon- en aanmelding-/intaketeams nog steeds geregeld te maken met soms schrijnende situaties en kan het netwerk ernstig vermoeid raken doordat zij dagelijks geconfronteerd worden met lastige dilemma's en onverantwoordelijk gedrag door een individu met verslavingsproblemen. Op maat toegesneden laagdrempelig zorg, die snel kan worden ingezet, is dan onontbeerlijk. Een logische volgende stap zou kunnen zijn dat CRAFT via zorgpartijen zoals verslavingszorg, Geestelijke Gezondheidszorg en forensische zorg ook toegankelijk wordt gemaakt voor ketenpartners die met patiënten in contact komen, zoals teams van begeleid wonen, scholen, werkplaatsen voor dagbesteding, nachtopvang, enzovoort. Daarmee biedt CRAFT tevens handvatten om de vroegtijdige signalering en het terugdringen van verslaving in een breder maatschappelijk perspectief daadwerkelijk te realiseren.

7.7 Referenties

- Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H.-J. (2016). Efficacy of the reinforcement community and family training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, *163*, 179-185 <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.015>
- Bisetto Pons, D., González Barrón, R., & Botella Guijarro, Á. (2016). Family-Based Intervention Program for Parents of Substance-Abusing Youth and Adolescents. *Journal of Addiction*, *2016*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2016/4320720>
- Brigham, G.S., Slesnick, N., Winhusen, T.M., Lewis D.F., Guo, X., & Somoz, E. (2014). A randomized pilot clinical trial to evaluate the efficacy of Community Reinforcement and Family Training for Treatment Retention (CRAFT-T) for improving outcomes for patients completing opioid detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, *138*, 240-243.
- Collins, R.L., Leonard, K.E., & Searles, J.S. (1990). *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives*. New York, VS: Guilford Press.
- Compton, W.M., Thomas, Y.F., Stinson, F.S., & Grant, B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 566-576.
- Copello, A., & Orford, J. (2002). Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, *97*, 1361-1363.
- Daley, D. C., & Raskin, M. S. (1991). *Treating the chemically dependent and their families*. Newbury Park, VS: Sage Publications.
- Dennis, M. & Scott, C.K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science & Clinical Practice*, *4*(1), 45-55.
- Dittrich, J.E., & Trapold, M.A. (1984). A treatment program for the wives of alcoholics: an evaluation. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *3*, 91-102.
- Dutcher, L. W., Anderson, R., Moore, M., Luna-Anderson, C., Meyers, R. J., Delaney, H. D., & Smith, J. E. (2009). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): An effectiveness study. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, *2*(1), 80-90. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100376>

- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2015). European Drug Report 2015 geraadpleegd van <http://www.emcdda.europa.eu/edr2015>.
- Foran, H.M., & O'Leary, K.D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1222-1234
- Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (2018). CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut. Geraadpleegd van <https://expertisecentrumalcohol.trimbos.nl/items/details/cijfers-alcoholgebruik-volwassenen>
- Graaf, R. de, ten Have, M., van Gool, C., van Dorsselaer, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van nemesi-21. *Tijdschrift voor psychiatrie 54*(1), 27-38.
- Grella, C.E., & Joshi, V. (1999). Gender differences in drug treatment careers among clients in the national drug abuse treatment outcome study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*(3), Pages 385-406
- Hodgins, D.C., Toneatto, T., Makarchuk, K., Skinner, W., & Vincent, S. (2007). Minimal treatment approaches for concerned others of problem gamblers: a randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies, 23*, 215-230.
- Hunt, G.M., & Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy, 11*, 91-104.
- Hussaarts, P., Roozen, H. G., Meyers, R. J., van de Wetering, B. J. M., & McCrady, B. S. (2011). Problem Areas Reported by Substance Abusing Individuals and Their Concerned Significant Others. *The American Journal on Addictions, 21*(1), 38-46. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00187.x>
- Joe G.W., Simpson, D.D., & Broome, K.M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*(2), 113-125. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00088-5](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00088-5)
- Johnson, V.E. (1986). *Intervention: How to help someone who doesn't want help?* Minneapolis, VS: Johnson Institute Books.
- Kirby, K.C., Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Garvey, K.A., & LaMonaca, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: a unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence, 56*, 85-96.

- Kirby, K. C., Benishek, L. A., Kerwin, M. E., Dugosh, K. L., Carpenedo, C. M., Bresani, E., Haugh, J.A., Washio, Y., & Meyers, R. J. (2017). Analyzing components of Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Is treatment entry training sufficient? *Psychology of Addictive Behaviors, 31*(7), 818-827. <https://doi.org/10.1037/adb0000306>
- Kirby, K. C., Versek, B., Kerwin, M. E., Meyers, K., Benishek, L. A., Bresani, E., Washio, Y., Arria, A., & Meyers, R. J. (2015). Developing Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) for Parents of Treatment-Resistant Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 24*(3), 155-165. <https://doi.org/10.1080/1067828x.2013.777379>
- Kohn, R., Saxena, S, Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization, 82*, 858-866.
- Kuunders, M.M.A.P. & Van Laar, M.W. (2009). Wat zijn de mogelijke oorzaken van alcoholgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM (www.nationaalkompas.nl).
- Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). (2016). *Kerncijfers Verslavingszorg 2015*. Geraadpleegd van <https://www.ladis.eu/nl/over-ladis/kerncijfers>
- Leonard, K. (2001). Domestic violence and alcohol: what is known and what do we need to know to encourage environmental interventions? *Journal of Substance Use, 6*(4), 235-247. <https://doi.org/10.1080/146598901753325075>
- Liepman, M.R., Nirenberg, T.D., & Begin, A.M. (1989). Evaluation of a program designed to help family and significant others to motivate resistant alcoholics into recovery. *The American journal of drug and alcohol abuse, 15*, 209-221.
- Makarchuk, K., Hodgins, D.C., Peden, N. (2002). Development of a brief intervention for concerned significant others of problem gamblers. *Addictive Disorders & Their Treatment, 1* (4), 126-134.
- Manuel, J. K., Austin, J. L., Miller, W. R., McCrady, B. S., Tonigan, J. S., Meyers, R. J., Smith, J.E., Bogenschutz, M. P. (2012). Community Reinforcement and Family Training: A pilot comparison of group and self-directed delivery. *Journal of Substance Abuse Treatment, 43*(1), 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.020>
- Markus, W. Ormskerk, N., Schoen, R., & Roozen, H.G. (in voorbereiding). CRAFT: Improvements in Quality of Life of Concerned Significant Others

- of Treatment Seeking Individuals with Substance Use Disorders.
- McGrady, B.S. (2004). To have but one true friend: implications for practice of research on alcohol use disorders and social networks. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 113-121.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Luborsky, L., O'Brien, C. P., & Druley, K. A. (1983). Increased Effectiveness of Substance Abuse Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(10), 597-605. <https://doi.org/10.1097/00005053-198310000-00002>
- Meer-Jansma, M. van der, Jansen, D., Willems, I., & Anthonio, G. (2016). Verslaafde ouder is risico voor kind. *Medisch Contact*, 38, 34-36.
- Meyers, R.J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach*. New York, VS: Guilford Publications.
- Meyers, R.J., & Wolfe, B. L. (2012). *Een verslaving in huis: Zelfhulpboek voor naastbetrokkenen (Dutch Edition)* (2012de editie). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291-308. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(99\)00003-6](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(99)00003-6)
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E., & Tonigan, J. S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1182-1185. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.5.1182>
- Meyers, R. J., Roizen, H. G., & Smith, J. E. (2011). The community reinforcement approach: An update of the evidence. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 380-388.
- Miller, J. M., Miller, H. V., & Barnes, J. C. (2015). Outcome Evaluation of a Family-Based Jail Reentry Program for Substance Abusing Offenders. *The Prison Journal*, 96(1), 53-78. <https://doi.org/10.1177/0032885515605482>
- Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 688-697. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.67.5.688>

- Nayak, M. B., Patterson, D., Wilsnack, S. C., Karriker-Jaffe, K. J., & Greenfield, T. K. (2019). Alcohol's Secondhand Harms in the United States: New Data on Prevalence and Risk Factors. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 80(3), 273-281. <https://doi.org/10.15288/jasad.2019.80.273>
- Nayoski, N., & Hodgins, D. C. (2016). The Efficacy of Individual Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) for Concerned Significant Others of Problem Gamblers. *Journal of Gambling Issues*, (33), 189. <https://doi.org/10.4309/jgi.2016.33.11>
- Nowinski, J., Baker, S., & Carroll, K. (1992). *The Twelve Step Facilitation Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Project MATCH Monograph Series, Vol. 1.
- Osilla, K. C., Trail, T. E., Pedersen, E. R., Gore, K. L., Tolpadi, A., & Rodriguez, L. M. (2017). Efficacy of a Web-based Intervention for Concerned Spouses of Service Members and Veterans with Alcohol Misuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(2), 292-306. <https://doi.org/10.1111/jmft.12279>
- Paolino, T.J., Jr., & McCrady, B.S. (1977). *The alcoholic marriage: alternative perspectives*. New York, VS: Grune & Stratton.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2016, 7 december). *Verslavingszorg levert baten op voor de samenleving | RIVM*. Geraadpleegd van <https://www.rivm.nl/nieuws/verslavingszorg-levert-baten-op-voor-samenleving>
- Ritsema, B. (2019, 17 augustus). *Als mijn man drinkt, ben ik doodsbang*. Geraadpleegd op 8 januari 2020, van <https://www.trouw.nl/leven/als-mijn-man-drinkt-ben-ik-doodsbang~b5474a08/>
- Romijn, C. M., Platt, J. J., Schaap, C. P., & Schippers, G. M. (1991). Family Therapy for Dutch Drug Users: The Relationship between Family Functioning and Success. *International Journal of the Addictions*, 27(1), 1-14. <https://doi.org/10.3109/10826089109063458>
- Roizen, H. G., Blaauw, E., & Meyers, R. J. (2009). Advances in Management of Alcohol Use Disorders and Intimate Partner Violence: Community Reinforcement and Family Training. *Psychiatry, Psychology and Law*, 16(sup1), S74-S80. <https://doi.org/10.1080/13218710802549456>

- Roozen, H.G., Meyers, R. J., & Smith, J. E. (2015). *Community Reinforcement and Family Training - Craft: Klinische Procedures Voor Het Trainen Van Famileleden Van Problematisch Alcohol- En Druggebruikers*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Roozen, H. G., De Waart, R., & Van Der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, *105*(10), 1729–1738. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03016.x>
- Sakai M., Nonaka S. (2013). *CRAFT Hikikomori no Kazoku-Shien workbook (CRAFT workbook for supporting family members of hikikomori)*. Tokyo, Japan: Kongoshuppan.
- Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2006). *The course of Alcohol Dependence; the course of alcohol dependence. The State of the Art*. Den Haag, Nederland: ZonMw.
- Scott, C. K., Dennis, M. L., & Foss, M. A. (2005). Utilizing Recovery Management Checkups to shorten the cycle of relapse, treatment reentry, and recovery. *Drug and Alcohol Dependence*, *78*(3), 325–338. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.12.005>
- Sisson, R. W., & Azrin, N. H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *17*(1), 15–21. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(86\)90005-4](https://doi.org/10.1016/0005-7916(86)90005-4)
- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York, VS: Appleton-Century.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2004). *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment: Working with Family Members*. New York: Guilford Publications.
- Sommer, I. E. & Beekman, A. T. F. (2016). De wetenschapsagenda GGZ, een gezamenlijke inzet. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *58*, 67-69.
- Stanton, M. D. & Heath, A. W. (1997). Family and marital treatment. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), *Substance Abuse: A comprehensive textbook* (3^{de} editie, pag. 448-454). Baltimore, VS: Williams & Wilkins.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2008). Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings

(Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343). Rockville, MD. Geraadpleegd van <http://oas.samhsa.gov>.

- Ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., & Beekman, A. (2013). Lifetime Treatment Contact and Delay in Treatment Seeking After First Onset of a Mental Disorder. *Psychiatric Services*, *64*(10), 981–989. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200454>
- Thomas, E. J., & Santa, C. A. (1982). Unilateral family therapy for alcohol abuse: A working conception. *The American Journal of Family Therapy*, *10*(3), 49–58. <https://doi.org/10.1080/01926188208250088>
- Tuithof, M., ten Have, M., van den Brink, W., Vollebergh, W., & de Graaf, R. (2016). Treatment Seeking for Alcohol Use Disorders: Treatment Gap or Adequate Self-Selection? *European Addiction Research*, *22*(5), 277–285. <https://doi.org/10.1159/000446822>
- Velleman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., & Tod, A. (1993). The families of problem drug users: a study of 50 close relatives. *Addiction*, *88*(9), 1281-1289. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02150>.
- Viets, V. L. (2007). CRAFT: Helping Latino Families Concerned About a Loved One. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *25*(4), 111–123. https://doi.org/10.1300/j020v25n04_08
- Waldron, H. B., Kern-Jones, S., Turner, C. W., Peterson, T. R., & Ozechowski, T. J. (2007). Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *32*(2), 133–142. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.07.007>
- White, W. & Miller, W. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science and time for change. *Counselor*, *8*(4), 12-30.
- Yamamoto, A., & Roozen, H. G. (2019). A Brief CRAFT Parental Support Program Focused on Helping Children with Autism Spectrum Disorder and Other Neurodevelopmental Problems: a Pilot Study. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s41252-019-00122-0>

De Gezinsbenadering in penitentiaire inrichtingen: verbinding tussen gedetineerde vader en kind

**Simon Venema, Petrick Glasbergen
en Annelies Kassenberg**

Samenvatting

Detentie heeft niet alleen een invloed op het leven van gedetineerden, maar ook op het leven van hun gezinsleden. Het onderhouden van een positieve relatie kan bijdragen aan een succesvolle re-integratie en het welzijn van kinderen van gedetineerden. Het is voor vaders in detentie echter niet makkelijk om de band met gezinsleden te onderhouden. De Family Approach in Wales en de Gezinsbenadering in Nederland spelen hierop in, met als hoogste doel om de problematiek onder kinderen van gedetineerden te verlichten en hardnekkige patronen van intergenerationele doorgave van crimineel gedrag te doorbreken. De eerste resultaten uit wetenschappelijk onderzoek zijn veelbelovend. Er worden nu belangrijke eerste stappen gezet, waarbij een cruciale rol weggelegd is voor de professionals van nu en van de toekomst.

8.1 Gedetineerde vaders en gezinsrelaties

Op een gemiddelde dag zitten in Nederland 11.139 mensen in de gevangenis (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2019), waarvan de meeste mannen zijn (95% in 2017). Ongeveer de helft van deze mannen is vader. Binnen de gevangenis is doorgaans weinig aandacht voor vaderschap. Dit is opvallend, omdat de gezinssituatie van gedetineerden belangrijk is tijdens en na detentie.

“*No man is an island*”, is een beroemd citaat van de Engelse dichter John Donne (1572-1631). Donne gaf daarmee aan dat mensen niet gedijen wanneer zij geïsoleerd zijn van anderen. Mensen hebben anderen nodig om te kunnen functioneren. Die sociale binding in een gezin, een familie en in buurten is een belangrijke beschermende factor voor crimineel gedrag van mensen (Hirschi, 1969). Voor gedetineerden is de verwijdering tussen hen en hun gezin nadelig, omdat juist sterke gezinsrelaties een gunstige invloed hebben op de kans dat gedetineerden na detentie stoppen met criminaliteit (Laub & Sampson, 2003).

Onder gedetineerden komt problematiek als verslaving, depressie, angststoornissen, psychotische problemen en in het ergste geval zelfmoord(-neigingen) relatief vaker voor dan in de reguliere bevolking (Dirkzwager, Nieuwbeerta, & Fiselier, 2009). Sterke gezinsrelaties kunnen een belangrijke rol spelen in het verlichten van deze problemen tijdens detentie. Wat het complex maakt is dat detentie juist vaak verregaande gevolgen heeft voor de relaties van de gedetineerde met naasten. Door de fysieke barrière tussen de gedetineerde en zijn gezin neemt het contact en daarmee vaak ook de kwaliteit van gezinsrelaties af (McKay et al., 2018; Mowen & Visher, 2016)

Niet alleen tijdens, maar ook na detentie zijn gezinsrelaties een belangrijke hulpbron voor een succesvolle terugkeer in de samenleving. Ex-gedetineerden met sterkere vader-kind relaties gaan minder vaak de fout in, vinden vaker werk en hebben een beter mentaal welzijn dan ex-gedetineerden met minder sterke vader-kind relaties (Visher, 2013). Na vrijlating kunnen gezinsleden ex-gedetineerden verder ondersteunen door te helpen met het vinden van een woonplaats en van werk, het op orde krijgen van financiën en het bieden van emotionele ondersteuning na vrijlating (Mowen, Stansfield, & Boman, 2019). Het hebben van sterkere relaties met naasten is een belangrijke reden om niet opnieuw de fout in te gaan (Laub & Sampson, 2003).

8.2 Gevolgen van detentie voor kinderen van gedetineerden

De detentie van een vader of moeder is voor kinderen een ingrijpende verandering in hun leven. Alhoewel het precieze cijfer onbekend is, is het duidelijk dat er dagelijks duizenden kinderen in Nederland zijn met een ouder in de gevangenis (De Kinderombudsman, 2017). Door de detentie van een ouder verandert de thuissituatie van deze kinderen ingrijpend. In veel (maar niet alle) gevallen valt één van de primaire verzorgers van het kind weg door detentie.

Kinderen van gedetineerden voelen zich vaak verdrietig en boos. Daarnaast hebben zij ook vaker last van stigmatisering en pesterijen door hun omgeving zoals op school en in de buurt (Ezinga & Hissel, 2010). Vanwege schaamte durven kinderen niet altijd te vertellen aan anderen dat hun vader in de gevangenis zit. Als andere kinderen wel op de hoogte zijn, mogen ze soms niet meer met de kinderen van een gedetineerde ouder spelen. Overigens weten niet alle kinderen van de detentie van hun ouder af (Chui & Yeung, 2016). Het komt vaak voor dat de kinderen wordt verteld dat hun vader aan het werk is of dat hij op vakantie is. Als kinderen niet geïnformeerd zijn over de detentie van hun vader, dan is het vaders moeilijker om hun vaderrol weer op te pakken na detentie (Chui, 2016).

Kinderen met een ouder in detentie hebben een verhoogde kans om problematiek zoals depressieve klachten, agressief en delinquent gedrag te vertonen (Murray, Farrington, & Sekol, 2012). Deze moeilijkheden op jonge leeftijd kunnen zich vertalen naar problemen op latere leeftijd. Kinderen van een gedetineerde ouder hebben tweemaal zoveel kans heeft op de ontwikkeling van gezondheid- en psychische problemen dan de kinderen zonder een gedetineerde ouder (Liebling & Maruna, 2006). Psychische problemen worden veroorzaakt een gevoel van verlies door de scheiding met een gedetineerde ouder, ongerustheid en een gevoel van angst over het welzijn van de gedetineerde ouder en door identificatie van het kind met het criminele gedrag van de ouder en imitatie hiervan.

Op latere leeftijd blijken kinderen van gedetineerde vaders dan ook een grotere kans te hebben om zelf in detentie raken (Murray & Farrington, 2005)

Dit fenomeen van het ‘doorgeven’ van detentie van vader op kind wordt intergenerationale criminaliteit genoemd. Een veel gehoord getal is dat kinderen van gedetineerden zes keer meer kans hebben later zelf in ook detentie raken ten aanzien van kinderen zonder ouder in detentie. Dit getal is echter

omstreden, en ligt waarschijnlijk lager. In Nederland en Zweden zijn patronen van intergenerationale doorgave van criminaliteit minder uitgesproken dan in de Verenigde Staten (Murray, Bijleveld, Farrington, & Loeber, 2014). Ondanks deze nuances lijkt er sprake te zijn van hardnekkig patronen van intergenerationale doorgave crimineel gedrag.

Hoe het leven van een kind verandert door de detentie van een ouder is te begrijpen vanuit het sociaalecologische model van de ontwikkelingspsycholoog Bronfenbrenner (1979). Bronfenbrenner beschouwt de ontwikkeling van kinderen niet alleen als individueel proces, maar als een dynamisch proces, waarbij kind-, ouder-, gezins- en omgevingsfactoren in wisselwerking van invloed zijn. Naast individuele kenmerken van de kinderen is het vooral de omgeving van kinderen die meebepaalt hoe zij zich ontwikkelen. Die omgeving bestaat naast gezin en school uit vrienden, sportclub en de buurt. De detentie van een ouder heeft een impact op deze omgeving; de samenstelling van het gezin verandert en de mogelijkheid tot het onderhouden van ouder-kind relaties wordt beïnvloed door het gevangenisregime. Bovendien kan de detentie van een ouder gevolgen hebben voor het eigen sociale netwerk van een kind in de vorm van stigmatisering en uitsluiting. Volgens Bronfenbrenner is het daarom van belang om de verschillende leefwerelden waarin kinderen opgroeien te verbinden. En daarin staat hij niet alleen. Verschillende psychologische, pedagogische en sociologische theorieën onderstrepen het belang van verbinding van de leefwerelden voor een gunstige ontwikkeling van kinderen (Epstein & Sanders, 2002).

8.3 Vader-kind relaties tijdens detentie

De negatieve gevolgen van de detentie van een ouder kunnen mogelijk beperkt worden wanneer een gedetineerde ouder betrokken blijft bij de opvoeding. De ouders weten welke ontwikkeling de kinderen hebben doorgemaakt en de kinderen weten dat hun ouders hen 'zien', wat het gemakkelijker maakt om de band verder te versterken. Kinderen die positieve relaties onderhouden met hun vader tijdens detentie ervaren minder negatieve gevolgen wanneer hun vader weer terugkomt (Lösel, Pugh, Markson, Souza, & Lanskey, 2012).

Betrokken blijven bij de opvoeding van een kind is voor gedetineerde ouders echter niet gemakkelijk. De mogelijkheden voor ouder-kind contact zijn beperkt tot bezoek, telefonisch contact, contact per post en speciale ouder-kind dagen. Tijdens bezoek en ouder-kind dagen kunnen kinderen hun gedetineer-

de ouder zien in de gevangenis. Deze momenten van contact kunnen kinderen steun bieden en helpen om de relatie met hun ouder te onderhouden, maar kunnen ook emotioneel en stressvol zijn (Poehlmann-Tynan, Burnson, Runion, & Weymouth, 2017). Naast een knuffel en een zoen aan het begin en eind van het bezoek is fysiek contact bij regulier bezoek niet toegestaan. Vooral voor jongere kinderen is dit vaak moeilijk te begrijpen. Bovendien zijn reguliere bezoekersruimtes in een gevangenis meestal weinig kindvriendelijk ingericht en rumoerig. Ook de aanwezigheid van andere gedetineerden kan bij kinderen gevoelens van angst oproepen. De soms lange reistijden en lastige bezoektijden maken het voor kinderen moeilijk om hun ouder te bezoeken en in te passen in hun andere bezigheden, zoals school.

Naast de beperkte mogelijkheden tot contact is er met name in mannen-gevangenissen detentiecultuur waarin een 'gevangenisidentiteit' wordt gepromoot. Hierbij horen macho-gedragingen, zoals van je afbijten. Deze gedragingen van een gevangenisidentiteit staan vaak haaks op een positieve vaderschapsidentiteit (Arditti, Smock, & Parkman, 2005; Dyer, 2005). Ex-gedetineerde Rein Gerritsen beschrijft dit fenomeen in zijn boek 'Filosoof in de bajes': "je identiteit zal veranderen [...]. Kwam je de gevangenis binnen als individu, dan ken je jezelf na het verloop van een aantal weken niet meer terug" (2014, p. 25). Hij beschrijft dat je als gedetineerde iedere dag opnieuw moet uitstralen dat je een "alfamannetje" bent, en moet laten zien dat met jou niet te sollen valt. Ook al was je voorafgaand aan detentie misschien helemaal niet zo.

8.4 Maatschappelijke aandacht

Langzaam vertalen de groeiende wetenschappelijke inzichten over het belang van gezinsrelaties voor gedetineerden zich in beleid. Dit is te zien in Nederland waar in oktober 2018 de motie Van der Graaf is aangenomen door de Tweede Kamer. Hierin wordt geregeld dat "het bezoeken van familie voor het werken aan een stabiel gezinscontact en het programmatisch werken aan de opvoedingsrol in het gezin" worden opgenomen in de re-integratiedoelen voor gedetineerden.

Een ander voorbeeld is dat de Raad van Europa in april 2018 een aanbeveling heeft aangenomen die "onderstreept dat kinderen met gedetineerde ouders behandeld moeten worden met inachtneming van hun mensen- en kinderrechten" (Reef & Schuyt, 2018, p. 282). Deze aanbeveling heeft het thema ouderschap in detentie internationaal op de kaart gezet, en biedt een

Europese standaard voor de gehele strafrechtketen als het gaat om het belang en de rechten van kinderen van gedetineerden.

8.5 Family Based Approach in Wales

De groeiende wetenschappelijke inzichten en maatschappelijke aandacht voor de gevolgen van detentie voor het leven van gedetineerden en hun gezinnen heeft er in 2006 toe geleid dat in *Her Majesty's Prison & Young Offender Institution* (HMP & YOI) Parc Prison in Wales de *Family Based Approach* is ontwikkeld. Deze aanpak is gericht op:

1. Het verminderen van detentieschade voor kinderen van gedetineerden
2. Het terugdringen van intergenerationale doorgave van crimineel gedrag
3. Het verlagen van recidive van ex-gedetineerden

In Parc Prison zijn veel mogelijkheden om kinderen en gezinnen in te zetten als hulpbron tijdens de gevangenisstraf van een vader, wat een groot verschil is met de geïsoleerde, niet-ondersteunde activiteiten in de andere gevangenis in de regio. Parc Prison is ingericht op de aanwezigheid van kinderen. Families en naasten die de gevangenis bezoeken worden ontvangen in een aparte welkomstruimte, die los staat van het gevangeniscomplex (het *Visitors Center*). Hier ligt speelgoed en staat een glijbaan. Op deze manier komen kinderen niet meteen in aanraking met het intimiderende gevangeniscomplex, bestaande uit een metaalscan, fouilleren en besnuffeld worden door een drugshond. Familie van gedetineerden wordt bij een bezoek aan de gevangenis niet ontvangen door het gevangenispersonnel, zoals in de meeste gevangenis, maar door medewerkers van kindervelzijnsorganisatie Barnardo's. De route naar de bezoekersruimte in de gevangenis is overdekt en versierd met bloemen. Als kinderen onderweg naar boven kijken, zien ze een vrolijke houten constructie. Als kinderen opzij kijken, zien ze bloemen en versierde muren, met de tekst '*welcome friends and family*' in mozaïekstenen geschreven. Dit is bedoeld om de blik van kinderen af te leiden van de tralies en het prikkeldraad.

De bezoeken zelf vinden plaats in de *Family Intervention Lounge*, een kindvriendelijke bezoekersruimte waar de filosofie achter het bezoek nadrukkelijk is verschoven van beveiliging naar re-integratie. Deze filosofie staat haaks op de 'traditionele' kijk op bezoekenmomenten, waar bezoek voornamelijk wordt beschouwd als een risico; bezoekers kunnen drugs of andere verboden waren met zich meebrengen.

In 2010 is voor gedetineerde vaders in Parc Prison een speciale *Family Interventions Unit* geopend. Dit is een aparte vleugel waarop de 62 gedetineerde vaders die aan het project meedoen gehuisvest zijn. In tegenstelling tot een aantal andere afdelingen binnen Parc Prison, is de sfeer hier rustig. Op de afdeling hangen grote borden, met teksten als '*children are great imitators, let's give them something great to imitate*'. De overeenkomst tussen de teksten op deze borden is dat ze allemaal een positieve vaderschapsidentiteit in plaats van een gevangenisidentiteit stimuleren. Op elke celdeur hangt een bordje met het persoonlijke doel van elke gedetineerde: "*I want to be the best dad I can be*". Bovenin het cellencomplex hangen honderden bordjes met de doelen van gedetineerden die eerder aan het project meegedaan hebben. Op de afdeling hangen uit papier geknipte vlinders, met daarop teksten geschreven door kinderen: "*I want my dad to take me places when he comes home*" en "*I hope daddy tickles me*".

Niet alleen visueel, maar ook vanuit het personeel dat werkzaam is op de afdeling is er veel aandacht voor zaken omtrent het gezin van de gedetineerde vaders. Wanneer nieuwe gedetineerde vaders in Parc Prison arriveren, krijgen ze bezoek van het *Parc Supporting Families* (inductie) *Team*. Dit team biedt informatie, advies en begeleiding aan gevangenen en hun gezinnen. In de laatste 6 tot 12 maanden van detentie kan de vader bij goed gedrag en voldoende motivatie op de *Family Interventions Unit* geplaatst worden. Het eerste bezoek van het *Parc Supporting Families Team* aan de nieuwe vaders is erop gericht relaties buiten de gevangenis en vooral zijn gezinsrelaties in beeld te krijgen. Hierdoor leert het *Parc Supporting Families Team* waar de gevangene of zijn gezin steun kan gebruiken. De gedetineerde zelf krijgt informatie over programma's en workshops die het *Parc Supporting Families Team* aanbiedt. Voorbeelden van programma's waar vaders gebruik van kunnen maken zijn *Fathers Inside* en *Family Man*, ontwikkeld door welzijnsorganisatie *Safe Ground*.

Fathers Inside is een cursus van vier ochtenden per week die in totaal acht weken duurt. Tijdens deze acht weken leren gedetineerden over de ontwikkeling van een kind, de behoeften van kinderen, hoe een effectieve vader uit de gevangenis te zijn en hoe zij kunnen bijdragen aan de opvoeding van hun kinderen. Ze leren er om meer open te zijn, om een vader te kunnen zijn in plaats van een "stoere crimineel". Ze worden gezien als vaders die proberen te zorgen voor hun kinderen. Het doel is dat vaders tijdens deze cursus de gevangenisomgeving vergeten en gewoon een vader kunnen zijn. Tijdens de laatste sessie presenteren de vaders aan de gezinsleden wat ze tijdens de

cursus hebben geleerd, gespeeld in een toneelstuk. Dit stuk is vaak gebaseerd op het verhaal van de egoïstische reus, een reus die leerde barrières te slechten en zijn vrienden en familie binnen te laten om geluk te ontvangen.

Family Man is een collectief leerprogramma voor vaders in de gevangenis waarvoor gezinsrelaties worden ingezet. Het doel is vaardigheden te ontwikkelen die van belangrijk zijn voor hun vaderschap, of partnerschap, bij het volgen van een opleiding of het zoeken van werk. Er wordt gewerkt aan attitudes, denken en gedrag. Bij dit programma is ook een rol weggelegd voor gezinsleden. Een gezinslid is bijvoorbeeld betrokken bij het opstellen van een actieplan “*what next day*” waarin realistische acties en doelen voor de gedetineerde en zijn gezin opgesteld worden.

De *Family Based Approach* wordt niet alleen door het team van Parc Prison uitgevoerd. Na verloop van tijd is duidelijk geworden dat het belangrijk is om samen te werken met externe instanties vanwege de verschillen in organisatieculturen, de opleidingsachtergronden van de professionals en het gebrek aan tijd van het gevangenispersoneel om alle programma's te draaien. De gevangenis is een organisatie met een eigen cultuur die ongunstig is voor de strategische doelen van de *Family Based Approach*. Externe hulpverlenende instanties zoals Barnardo's, Safe Ground en M-pact zijn vervolgens gevraagd mee te denken en te doen.

8.6 Gezinsbenadering in Nederland

In de context van de groeiende maatschappelijke, wetenschappelijke en politieke aandacht voor de rol van gezinsrelaties voor gedetineerden en hun gezinsleden is in Nederland in 2018 de Gezinsbenadering gestart. Via uitwisselingsprojecten van studenten van de Hanzehogeschool Groningen naar HMP & YOI Parc Prison in Wales hebben de noordelijke penitentiaire inrichtingen kennis genomen van de Family Approach. De inrichtingen in Veenhuizen en Leeuwarden zijn gestart met de Nederlandse variant van dit project: de Gezinsbenadering. Net als in Wales is dit programma gericht op het versterken van gezinsrelaties van gedetineerden en het stimuleren van de vaderrol. Het doel van de Gezinsbenadering is in de eerste plaats de problematiek van kinderen van gedetineerden (depressieve klachten, agressief en delinquent gedrag) te verlichten.

Net als in Wales volgen de Nederlandse vaders in de Gezinsbenadering wekelijks cursussen die gericht zijn op de moeilijkheden vaderschap in

detentie met zich meebrengt. Deze cursussen hebben als doel om de ouderschapsvaardigheden van de vaders (verder) te ontwikkelen. De opzet is dat vaders deze kennis in de praktijk kunnen brengen tijdens de bezoekenmomenten. Geïnspireerd door het voorbeeld uit Wales worden ook in Veenhuizen de deelnemende vaders bij elkaar geplaatst op een speciale vleugel binnen de gevangenis, de zogeheten ‘vadervleugel’. Het idee hierachter is dat vaders elkaar positief beïnvloeden, waardoor een cultuur van vaderschap ontstaat op de vleugel, in plaats van de traditionele machocultuur.

Als gedetineerden meedoen aan de Gezinsbenadering kunnen ze hun gezin ontmoeten in een speciale gezinskamer. Dit is een kamer waarin gedetineerden en hun gezin vrij kunnen bewegen, en waar geen direct toezicht is van bewakers (penitentiair inrichtingswerkers). Kinderen kunnen hier, in tegenstelling tot in gewone bezoekersruimtes, hun vader aanraken en bij hem op schoot zitten. Ook hebben vaders de mogelijkheid om een aantal keer per week via Skype te bellen met hun gezin.

Het vierjarige zoontje van vader en gedetineerde Erwin wil 's avonds niet eten. Erwin weet er alles van, want sinds enige tijd legt zijn vriendin via Skype af en toe zo rond half vijf een verbinding waarbij hij kan zien dat zijn zoontje samen met zijn vriendin aan tafel zit. Zelf zit Erwin ook met een bord warm eten en laat hij zijn zoontje zien dat hij ook zit te eten. “Kijk, papa eet ook, nou jij een hapje”.

Niet alle gedetineerden zijn geschikt om deel te nemen aan de Gezinsbenadering. In de gevangenis staat de veiligheid voorop. Gedetineerden moeten aan vier selectiecriteria voldoen om mee te mogen doen aan de Gezinsbenadering. Ten eerste mag het delict dat een vader heeft gepleegd niet schadelijk zijn voor het kind (denk aan gewelddadige delicten naar kinderen). Ten tweede moet de gedetineerde aantoonbaar gemotiveerd zijn om relaties met zijn gezin op te bouwen of te onderhouden. Ten derde moet de gedetineerde goed gedrag vertonen binnen de inrichting; als hij zich misdraagt mag hij niet meedoen. Als laatste moet ook de moeder of verzorger van de kinderen goedkeuring geven om mee te doen aan de Gezinsbenadering.

In de Gezinsbenadering spelen ketenpartners een belangrijke rol. Samen met ketenpartners (zoals sociale teams en de reclassering) wordt voorafgaand aan deelname bekeken welke hulpinstanties al bekend zijn bij het gezin, en of het voor de kinderen positief is als het contact wordt versterkt. Daarnaast is de opzet dat ketenpartners de brug tussen ‘binnen’ en ‘buiten’ slaan en bieden zij cursussen en workshops aan de vaders en gezinnen aan.

Het Nederlandse project is ten tijde van het schrijven van dit hoofdstuk nog in een pilotfase. Daarbij moeten nog verschillende obstakels overwonnen worden. Het grootste obstakel heeft te maken met de gevangencultuur. De gevangenis kent een cultuur die voornamelijk gericht is op veiligheid, en minder op gezinsrelaties. Werknemers van het gevangeniswezen zijn geschoold in veiligheid en doorgaans niet als hulpverlener. Voor een optimale implementatie van de Gezinsbenadering is een cultuuromschakeling nodig. De ervaring uit Wales leert dat zo'n cultuuromschakeling mogelijk is, maar wel een proces van lange adem is (Clancy & Maguire, 2017). Een ander obstakel betreft de invulling van de betrokkenheid van ketenpartners. Ook is zijn er nog vragen rondom welke gedetineerden wel en welke niet geschikt zijn voor deelname aan de Gezinsbenadering en hoe de Gezinsbenadering verder kan worden verbeterd. Het Lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg van de Hanzehogeschool Groningen speelt door middel van actieonderzoek een actieve rol in het vinden van een antwoord op deze en andere vragen.

8.7 Werkt de Gezinsbenadering?

Een evaluatie van de *Family Based Approach* laat zien dat de interventie in Wales positieve gevolgen voor zowel gedetineerden als hun gezinnen heeft (Clancy & Maguire, 2017). Voor het onderzoek zijn 83 gezinnen over langere tijd gevolgd. Het onderzoek laat zien dat contact tussen de gedetineerde en zijn gezin is toegenomen door deelname aan het project. Het onderzoek laat zien dat deelname aan de *Family Approach* leidt tot een verbetering in het psychosociale welzijn van kinderen van gedetineerden. Daarnaast hadden kinderen na deelname aan de *Family Based Approach* minder vaak hulp nodig van hulpverleners dan voor de deelname. Ook zijn er indicaties dat de kans op recidive na vrijlating voor de gedetineerde vaders is verlaagd door deelname aan het programma. Medewerkers van de gevangenis en van kinderwelzijnsorganisatie Barnardo's geven aan tevreden te zijn over de werking van het programma.

Het is nog afwachten of de Gezinsbenadering in Nederland ook positieve effecten heeft. Op het moment van het schrijven van dit hoofdstuk wordt een evaluatie uitgevoerd door de Hanzehogeschool Groningen. De resultaten van deze evaluatie zullen rond 2022 beschikbaar zijn.

8.8 Ten slotte

Langzaam groeit de wetenschappelijke, maatschappelijke en politieke aandacht voor de gevolgen van detentie voor gezinsleden van gedetineerden. Onderzoek laat zien dat het onderhouden van positieve gezinsrelaties tijdens detentie gunstige gevolgen kan hebben voor zowel gedetineerden als voor hun gezinsleden. Voor gedetineerden kunnen positieve gezinsrelaties de re-integratie bevorderen en voor kinderen van gedetineerden kan het mogelijk detentieschade beperken. In gevangenissen worden er steeds meer interventies opgezet die gericht zijn op het onderhouden of herstellen van gezinsrelaties. De Family Approach in HMP & YOI Parc Prison is hier een succesvol voorbeeld van en de Nederlandse Gezinsbenadering in de PI Veenhuizen en Leeuwarden volgt dit voorbeeld. Ook in andere landen als Denemarken, Zweden, Duitsland en de Verenigde Staten zijn er veelbelovende initiatieven.

De grootste uitdaging voor succesvolle implementatie van deze interventies is dat de aandacht van gevangenissen binnen naar buiten moet verschuiven. De betrokkenheid van welzijnsorganisaties en ketenpartners bij dit proces is van groot belang. Gevangenissen zelf missen vaak de kennis en kunde om volop in te kunnen zetten op het onderhouden van positieve gezinsrelaties tijdens detentie. Hiervoor is een frisse en discipline-overstijgende blik nodig. Er is daarom een cruciale rol weggelegd voor de professionals van de toekomst.

8.9 Referenties

- Arditti, J. A., Smock, S. A., & Parkman, T. S. (2005). "It's been hard to be a father": A qualitative exploration of incarcerated fatherhood. *Fathering*, 2(3), 267–288. <https://doi.org/10.1108/17506200710779521>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chui, W. H. (2016). Incarceration and family stress as understood through the family process theory: Evidence from Hong Kong. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-10.
- Chui, W. H., & Yeung, A. Y. (2016). Understanding the conspiracy of silence: Factors associated with whether caregivers choose to disclose incarceration information to children with imprisoned fathers. *Prison Journal*, 96(6), 877–893. <https://doi.org/10.1177/0032885516671921>

- Clancy, A., & Maguire, M. (2017). *Prisoners' children and families: Can the walls be 'invisible'? Evaluation of Invisible Walls Wales*. Geraadpleegd van <https://icpa.org/library/prisoners-children-and-families-can-the-walls-be-invisible-evaluation-of-invisible-walls-wales/?download>
- De Kinderombudsman. (2017). *Zie je mij wel?* Geraadpleegd van <https://www.dekinderombudsman.nl/publicaties/rapport-zie-je-mij-wel>
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2019). *Dit is DJI*. Geraadpleegd van [https://www.dji.nl/binaries/Dit is DJI maart 2019 Nederlands_tcm41-121756.pdf](https://www.dji.nl/binaries/Dit%20is%20DJI%20maart%202019/Nederlands_tcm41-121756.pdf)
- Dirkzwager, A. J. E., Nieuwbeerta, P., & Fiselier, J. P. S. A. (2009). Onbedoelde gevolgen van vrijheidsstraffen. Een literatuurstudie. *Tijdschrift Voor Criminologie*, 51(1), 21-41.
- Dyer, W. J. (2005). Prison, fathers, and identity: A theory of how Incarceration affects men's paternal identity. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*, 3(3), 201-219. <https://doi.org/10.3149/fth.0303.201>
- Epstein, J.L. & Sanders, M.G. (2002). Family, school, and community partnerships. In: Bornstein, M.H. (ed.) *Handbook of parenting: Vol. 5. Practical issues in parenting* (pp. 507-437). Erlbaum; Mahwah, NJ.
- Ezinga, M. A. J., & Hissel, S. C. E. M. (2010). Kinderen van gedetineerde moeders. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52(1), 36-51.
- Gerritsen, R. (2014). *Filosoof in de bajes*. Leusden: ISVW.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Laub, J. H., & Sampson, R. J. (2003). *Shared beginnings, divergent lives: delinquent boys to age 70*. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.
- Liebling, A. & Maruna, S. (2006). *The effects of imprisonment*. Cullompton: Willan Publishing.
- Lösel, F., Pugh, G., Markson, L., Souza, K., & Lanskey, C. (2012). *Risk and protective factors in the resettlement of imprisoned fathers with their families*.
- McKay, T., Lindquist, C. H., Kennedy, E. K., Feinberg, R., L, Wehr, J., ... Comfort, M. (2018). "Always having hope": Father-child relationships after

reentry from prison. *Journal of Offender Rehabilitation*, 57(2), 162-187.

- Mowen, T. J., Stansfield, R., & Boman, J. H. (2019). Family matters: Moving beyond "if" family support matters to "why" family support matters during reentry from prison. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 56(4), 483-523. <https://doi.org/10.1177/0022427818820902>
- Mowen, T. J., & Visher, C. A. (2016). Changing the ties that bind. How incarceration impacts family relationships. *Criminology & Public Policy*, 15(2), 503-528.
- Murray, J., Bijleveld, C. C. J. H., Farrington, D. P., & Loeber, R. (2014). *Effects of parental incarceration on children: Cross-national comparative studies*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Murray, J., & Farrington, D. P. (2005). Parental imprisonment: effects on boys' antisocial behaviour and delinquency through the life-course. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(12), 1269-1278. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01433.x>
- Murray, J., Farrington, D. P., & Sekol, I. (2012). Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(2), 175-210.
- Poehlmann-Tynan, J., Burnson, C., Runion, H., & Weymouth, L. A. (2017). Attachment in young children with incarcerated fathers. *Development and Psychopathology*, 29(02), 389-404. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000062>
- Reef, J., & Schuyt, P. M. (2018). Aanbeveling van de Raad van Europa aangaande kinderen van gedetineerde ouders. *Sancties*, 49, 281-292.
- Visher, C. A. (2013). Incarcerated fathers: Pathways from prison to home. *Criminal Justice Policy Review*, 24(1), 9-26.

Lessen voor de toekomst

Eric Blaauw en Margreet van der Meer-Jansma

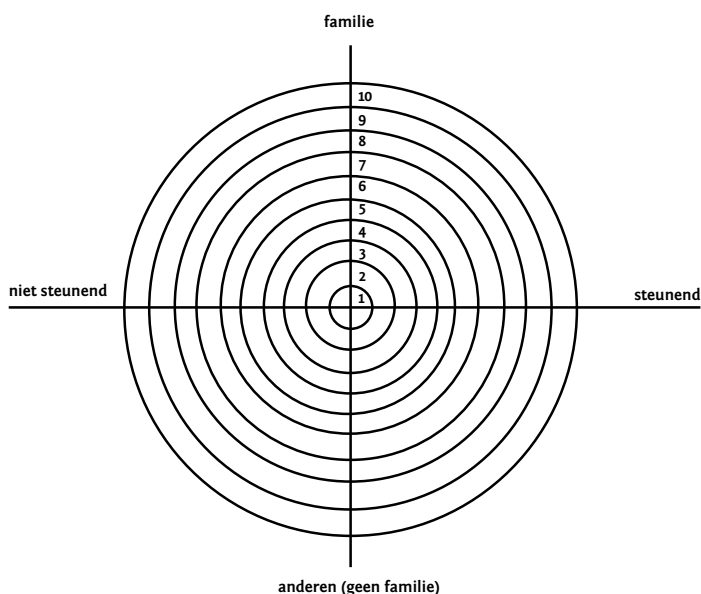


9.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is beschreven dat het belangrijk is de omgeving in te schakelen bij mensen met een psychische stoornis of met een verslaving. Een belangrijke vraag daarbij is welke personen vooral belangrijk zijn, temeer omdat in de voorgaande hoofdstukken wisselende begrippen voor de omgeving werden gebruikt, zoals mantelzorgers, naasten, familie, leeftijdgenoten, *concerned significant others* (CSOs) en belangrijke anderen. Belangrijke anderen uit de omgeving kunnen nogal divers zijn en variëren van een partner of een ouder of kind tot een buurman of buurvrouw, vriend of vriendin, kennis of zelfs iemand van de lokale supermarkt. Evenzo kunnen vrijwilligers of lotgenoten, medewerkers van wijkteams en andere professionals een belangrijk deel uitmaken van de omgeving van een persoon. Het is daarom van belang goed in kaart te brengen welke personen uit omgeving sleutelfiguren zijn in en voor de zorg aan personen met een psychische stoornis of met een verslaving.

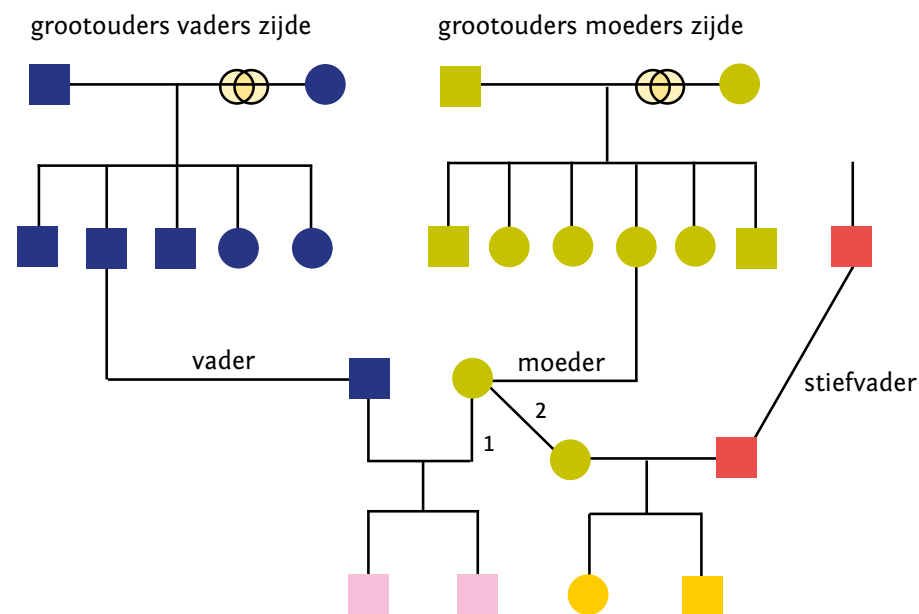
9.2 In kaart brengen van de omgeving

Er zijn meerdere manieren om de sleutelfiguren van een persoon in kaart te brengen. Er kan gebruikt worden gemaakt van een sociogram. Dit is een hulpmiddel waarbij personen in de omgeving een plaats krijgen in een grafische afbeelding. Daarbij wordt dan vaak een onderscheid gemaakt in mensen



die dichtbij de persoon staan en mensen die wat verder van de persoon af staan. Ook kan daarbij worden bekeken welke mensen steunend zijn of niet steunend. Een sociogram wordt in een gesprek met een patiënt ingevuld en biedt doorgaans niet alleen inzichten voor een hulpverlener maar ook inzichten voor de persoon zelf, omdat deze wordt gedwongen na te denken over mensen die in omgeving behulpzaam of verstorend kunnen zijn voor het herstelproces.

Naast het sociogram kan voor het in kaart brengen van familierelaties tevens gebruik worden gemaakt van een genogram. Bij een genogram worden verschillende generaties binnen de familie in kaart gebracht en wordt tevens daarbij vaak weergegeven welke relaties bestaan met deze personen. Ook een genogram wordt in een gesprek met de patiënt opgesteld.



In hoofdstuk twee is besproken dat het belangrijk is om aandacht te besteden aan kinderen van ouders met een verslaving, omdat daarmee wellicht de transgenerationale overdracht van verslaving kan worden voorkomen. Het in kaart brengen van de familierelaties met een genogram is daarbij dan ook zeker geen overbodige luxe en naar onze mening verdient het aanbeveling om dit standaard te doen bij iedere persoon die in zorg komt. Dit sluit aan bij

hoofdstuk zeven, waarin is betoogd dat (volwassen) kinderen van personen met een verslaving een belangrijke rol kunnen spelen bij het in zorg krijgen van deze personen. Dit maakt kinderen dus vaak belangrijke sleutelfiguren in de omgeving van personen met een verslaving.

In hoofdstuk vijf is beschreven dat ouders belangrijke sleutelfiguren zijn in de omgeving van jongeren en dat zij een belangrijke invloed hebben op de psychosociale ontwikkeling van jongeren. Ook is in hoofdstuk vijf betoogd dat het verhogen van ouderparticipatie een positieve invloed kan hebben op het beloop van een verslaving en de behandeling van een verslaving. Met betrekking tot jongeren is het dus belangrijk om goed na te gaan hoe de relatie van de ouders met de jongeren is, welke bereidheid bestaat voor het bieden van ondersteuning en welke mogelijkheden voor het bieden van ondersteuning aanwezig zijn. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de methodiek van het familiegesprek, zoals dat in hoofdstuk vier is besproken. Dit is een interventie die bedoeld is “ter ondersteuning en versterking van het familiesysteem rondom de patiënt in het omgaan met de dagelijkse gevolgen van de aandoening of gezondheidsproblemen van de patiënt.”

Bij studenten aan het middelbaar en hoger beroepsonderwijs en op universiteiten zijn het niet noodzakelijk de ouders die de belangrijkste sleutelfiguren zijn. In hoofdstuk drie, waar het middelengebruik onder studenten van het hoger beroepsonderwijs centraal staat, wordt betoogd dat vooral leeftijdsgenoten de belangrijkste sleutelfiguren zijn voor verandering. Daarbij zijn vooral medestudenten en mentoren belangrijk voor het veranderen van de sociale norm ten aanzien van middelengebruik, maar ook voor het veranderen van het alcohol- en druggebruik tijdens introductieweken, op party's en bij activiteiten van studentenverenigingen. Bij studenten, of meer in het algemeen bij jong volwassenen, is het daarom belangrijk om niet alleen de familierelaties in kaart te brengen, maar vooral ook relaties met leeftijdgenoten. Een sociogram kan daarbij een inzicht-gevend hulpmiddel zijn. Wij bevelen dit hulpmiddel daarom graag aan wanneer de geïdentificeerde patiënt een jong volwassene is.

In dit boek is geen aandacht besteed aan de problematiek van ouderen. Dit is jammer, omdat ouderen vaak kampen met het feit dat hun omgeving sterk is veranderd ten opzichte van vroeger als gevolg van pensionering, toenemende immobiliteit en overlijdens van vrienden en familieleden. Bij ouderen kan een sociogram daarom nuttig zijn te kijken welke sociale relaties nog wel bestaan.

In meerdere hoofdstukken is aan de orde gesteld dat een ernstige en/of langdurige verslaving negatief kan werken op de kwaliteit en voor omvang van het sociale netwerk van iemand. Personen uit omgeving kunnen gedemoraliseerd zijn geraakt of anderszins negatief zijn beïnvloed door de verslaving van een persoon en als gevolg daarvan de banden met een verlaafde persoon hebben verminderd of verbroken. Bij ernstige en/of langdurige verslaving kan het netwerk daardoor erg beperkt zijn. Vooral in deze gevallen kan een sociogram erg nuttig zijn om zicht te krijgen op mensen die nog wel in enige mate betrokken zijn bij de persoon. Als zodanig kan een sociogram nuttig zijn bij jeugdigen, volwassenen en ouderen. Daarbij heeft het opstellen van een sociogram nadrukkelijk als voordeel dat samen over het netwerk wordt gesproken en dat dit motiverend kan zijn voor het werken aan een verslaving of andere problematiek.

9.3 Betrekken van de omgeving in de zorg

In meerdere hoofdstukken van dit boek is besproken dat het belangrijk is om bij personen met verslavingsproblematiek goed te onderzoeken of sleutelfiguren uit de omgeving bevorderend of juist belemmerend zijn voor herstel. Ook is het belangrijk om bij deze sleutelfiguren na te gaan of zij bereid zijn een rol te spelen in het herstelproces en in hoeverre zij hiertoe in staat zijn. Sleutelfiguren kunnen daarbij blij zijn dat een persoon eindelijk in zorg is en dat zij even minder betrokken hoeven te zijn bij een persoon met verslavingsproblematiek. In een dergelijk geval is het direct betrekken van de sleutelfiguren wellicht wat minder gepast. Ook kunnen sleutelfiguren overbelast zijn, zoals hoofdstuk één liet zien, waardoor het betrekken van de sleutelfiguren in het herstelproces belastend voor de sleutelfiguren kan zijn. Pas als goed in kaart is gebracht welke mogelijkheden bestaan met betrekking tot het inschakelen van sleutelfiguren, kan worden bekeken of deze sleutelfiguren ondersteuning kunnen bieden in de vorm van emotionele ondersteuning, instrumentele ondersteuning, beoordelende ondersteuning of informatieve ondersteuning en kan worden bekeken welke mate van participatie in het herstelproces wenselijk is (zie ook de participatieladder in hoofdstuk 5). Dit geldt overigens niet voor minderjarige kinderen van de persoon met een verslaving. Hierbij dient direct in kaart te worden gebracht in hoeverre de verslaving van de persoon op hen van invloed is en of dit voor onveilige situaties kan zorgen.

Alvorens de omgeving kan worden betrokken in de zorg, is het erg belangrijk na te gaan hoe de geïdentificeerde patiënt denkt over het betrekken van de omgeving in de zorg. Veel patiënten voelen er namelijk niet veel voor om anderen te betrekken in hun herstelproces, omdat zij zich schuldig voelen ten opzichte van de anderen vanwege hetgeen zij de anderen (menen te) hebben aangedaan. Verslaving gaat immers vaak gepaard met verwaarlozing van sociale relaties, werk, hobby's en vrijetijdsbesteding en met financiële problemen en niet zelden met geweld. Dit alles is in de voorgaande hoofdstukken aan de orde gekomen. Minder belicht is het feit dat bij mensen met een verslaving sprake kan zijn van zelfstigma, waarbij gevoelens van schaamte, schuld, hopeloosheid, en angst voor discriminatie zo belangrijk voor iemand zijn geworden dat deze daarbij minder in staat is of bereid is om hulp van anderen te accepteren. Evenzo kunnen mensen om tal van redenen minder in staat zijn gebruik te maken van hulp van anderen, bijvoorbeeld door het bestaan van een verstandelijke beperkingen, autistische kenmerken of een aangetaste sociale cognitie. Over deze belemmerende factoren voor het betrekken van sleutelfiguren in het herstelproces is veel te weinig bekend, zodat wij willen aanbevelen dat hiernaar verder onderzoek wordt gedaan.

Wanneer zowel de geïdentificeerde patiënt als de sleutelfiguren bereid zijn tot het betrekken van de omgeving in de zorg, betekent dit niet automatisch dat de omgeving ook daadwerkelijk wordt betrokken in de zorg. Ondanks dat zorgstandaarden en multidisciplinaire richtlijnen steeds meer voorschrijven dat de omgeving dient worden betrokken in de zorg, is het in veel zorginstellingen nog niet gebruikelijk dat dit standaard gebeurt. Ook kunnen zorgprofessionals afhoudend of zelfs afwijzend staan tegenover het inschakelen van sleutelfiguren in de zorg omdat zij dit spannend vinden, hierin niet zijn geschoold, hierin geen meerwaarde zien of anderszins. Naar onze mening is het daarom belangrijk dat bij zorgprofessionals aandacht wordt besteed via scholing aan vaardigheden, attitudes en kennis ten aanzien van het betrekken van sleutelfiguren in de zorg. Het is ook van belang bewustwording te creëren bij zorgprofessionals, dat belangrijke sleutelfiguren in principe al betrokken zijn bij de patiënt (in welke mate dan ook, wenselijk of minder wenselijk).

Wanneer patiënten, sleutelfiguren en zorgprofessionals de handen ineen slaan, zal het doorgaans mogelijk zijn om de omgeving in te schakelen in het herstelproces. Toch zal dit niet altijd gemakkelijk zijn, omdat ook de context hierin een rol kan spelen. Zo heeft onderzoek in forensisch psychiatrische

centra laten zien dat het erg moeizaam kan zijn om de omgeving te betrekken in de zorg (zie website KFZ). Ook in gevangenissen is het niet eenvoudig om de omgeving te betrekken in de zorg, omdat gevangenissen vooral gericht zijn op detentie en veel minder op zorg. In hoofdstuk acht is echter een prachtig experiment besproken dat wordt uitgevoerd in de penitentiaire inrichtingen in Veenhuizen en Leeuwarden. In de zogeheten gezinsbenadering wordt getracht om detentieschade bij kinderen van gedetineerde vaders te voorkomen door het verbeteren van de mogelijkheden van contact tussen de kinderen en hun vaders. Hoewel dit experiment kampt met problemen, worden steeds weer oplossingen gevonden. Dit geeft weer dat belemmeringen niet onoverkomelijk hoeven te zijn en dat het ondanks problemen mogelijk is om de omgeving in te schakelen in de zorg.

9.4 Zorgprogramma's gericht op de omgeving van de patiënt

In verschillende hoofdstukken is aandacht besteed aan het belang van het betrekken van de omgeving en hoe dit kan worden gedaan. Ook in de behandeling van patiënten is hier steeds meer aandacht voor. Dit komt duidelijk naar voren in twee hoofdstukken van het boek. In hoofdstuk zes wordt ingegaan op het aanbod dat binnen de verslavingszorg aanwezig is voor naasten. Dit aanbod richt zich op het betrekken van sleutelfiguren, aandacht voor belangrijke anderen en daarnaast specifiek aanbod voor patiënten en hun naasten. Het hoofdstuk geeft weer dat een breed palet aan aanbod mogelijk is, van zowel preventieve zorg tot intensief klinische zorg.

Hoofdstuk zeven gaat met een bespreking van de *Community Reinforcement And Family Training* (CRAFT) in op een specifieke vorm van zorg voor belangrijke anderen, zoals partners. CRAFT is gericht op het helpen van belangrijke anderen bij het herkennen van en reageren op mogelijke agressie en geweld, het verbeteren van de communicatie onderling, het verminderen van stress, het verbeteren van het zelfbeeld van de partner en daarnaast het motiveren van degene die gebruikt om te participeren in behandeling. Ook hier is het idee is dat de omgeving van een patiënt onderdeel is van het in stand houden en ook het ontmoedigen van middelenmisbruik. Wij zouden graag zien dat de zorgprogramma's gericht op de omgeving van de patiënt in de komende jaren verder ingebed raken in de verslavingszorg.

Naast zorgprogramma's is er binnen de verslavingszorg steeds meer aandacht voor herstel-ondersteunende Zorg. Herstelondersteunende zorg richt zich op patiënten met vaak ernstige problematiek, waarbij op zoek wordt

gegaan naar mogelijkheden voor de patiënt om weer regie over zijn of haar leven te voeren. Hierbij komen aspecten als het hervinden van hoop en het opbouwen van een positief zelfbeeld naar voren. Herstelondersteunende zorg omvat eigenlijk alles wat de patiënt mogelijk kan helpen bij het herstel van zijn of haar verslaving. Hierbij spelen professionals een rol, maar juist ook de omgeving van de patiënt. Een bijzondere professional in deze is de ervaringsdeskundige. De ervaringsdeskundige kan op grond van zijn of haar eigen herstellervaring mogelijkheden aandragen en perspectief bieden. Een ervaringsdeskundige begrijpt de achtergrond van de patiënt en kan daarmee een belangrijke rol spelen voor de patiënt. Een ervaringsdeskundige kan mogelijk ook ondersteunen in het opbouwen dan wel uitbouwen van het contact met naasten. Vaak kan de ervaringsdeskundige vanuit eigen ervaringen met creatieve oplossingen komen en ondersteunen. Ons idee is dan ook om ervaringsdeskundigen rondom herstelondersteunende zorg zoveel mogelijk in te schakelen bij patiënten. Daarnaast is het van belang meer aandacht te besteden aan ervaringsdeskundige naasten van patiënten. Zij kunnen inzicht geven in hoe de situatie thuis is, maar ook perspectief bieden aan naasten van patiënten die nog worstelen met hun rol als partner of vriend(in) van een patiënt met een verslaving.

9.5 Ten slotte

Binnen Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) is ongeveer acht jaar geleden begonnen met de missie om de transgenerationele overdracht van verslaving een halt toe te roepen en zijn steeds meer programma's ingericht op ondersteuning van naasten van mensen met een verslaving. Toch hebben scholing van de medewerkers, herhaalde communicatie over het beleid hierin en jarenlange aandacht hiervoor nog niet ertoe geleid dat de transgenerationele overdracht van verslaving een halt is toegevoerd en dat naasten altijd worden betrokken in de zorg. In andere verslavingszorginstellingen bestaat minder lang aandacht voor deze fenomenen en is de praktijk helaas waarschijnlijk niet veel beter. Het is mogelijk dat de nieuwe zorgstandaarden en multidisciplinaire richtlijnen bevorderend zullen zijn voor het betrekken van de omgeving in de zorg, maar tegelijkertijd valt van nieuwe zorgstandaarden en multidisciplinaire richtlijnen niet te verwachten dat deze gemakkelijk en snel de nieuwe zorgpraktijk zullen zijn. Daarvoor is scholing van de professionals alsmede facilitering vanuit de organisaties (o.a. inzet van ervaringsdeskundigen en ontwikkeling van nieuwe zorgprogramma's) en andere organisaties (o.a. financiering door zorgverzekeraars en bereidheid

om samen te werken in organisatie-overstijgende zorgnetwerken) noodzakelijk.

Vanuit het lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg, dat een samenwerking vormt van VNN en de Hanzehogeschool, wordt inmiddels al enkele jaren onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om de omgeving te betrekken in de zorg. In de komende jaren hopen wij daarvan de vruchten te kunnen plukken in de vorm van innovaties in de zorg, een integratief opleidingsprogramma en publicaties van onderzoeken. Het onderhavige boek vormt de stand van zaken op dit moment met betrekking tot de mogelijkheden om de omgeving in te schakelen in de zorg. Het boek is geschreven door verschillende auteurs die betrokken zijn bij het lectoraat. Het is onze hoop dat wij over enkele jaren een nieuw boek kunnen publiceren met daarin een sterk verbeterde stand van zaken. Daarbij zal een intensieve samenwerking tussen zorginstellingen, opleidingsinstellingen en andere organisaties en instellingen echter noodzakelijk zijn. Samen staan we sterker!

Over de auteurs

Janneke Bandringa is werkzaam als Programma Manager Voorlichting en Preventie bij Verslavingszorg Noord Nederland. Momenteel is zij vooral bezig met de kansen uit het Nationaal Preventieakkoord te ontwikkelen en te implementeren in het Noorden. Zij is werkzaam geweest in de volwassenen psychiatrie en in de jeugdhulpverlening. Zij is tevens verbonden aan het Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg van de Hanzehogeschool Groningen en aan het Waardenetwerk Verslaving en Gezonde leefstijl van Verslavingskunde Nederland.

Adres voor correspondentie: Verslavingszorg Noord Nederland, Leonard Springerlaan 27, 9727 KB Groningen. Email: j.bandringa@vnn.nl.

Dr. Eric Blaauw is gezondheidszorgpsycholoog en werkzaam als lector Verslavingskunde en Forensische Zorg bij de Hanzehogeschool Groningen. Hij is tevens verbonden aan Verslavingszorg Noord Nederland als senior onderzoeker. Hij geeft les bij het Rino aan psychologen in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog en is opgenomen in het Nederlands Register voor Gerechtelijk deskundigen (NRGD). Hij heeft veel onderzoek gedaan en geschreven op het gebied van stalking, suïcides, psychopathologie en psychopathie onder arrestanten, gedetineerden, tbs-ers en mensen met een verslaving. Eric Blaauw richt zich momenteel vooral op de mogelijkheden om de omgeving in te schakelen bij de zorg voor mensen met een verslaving en/of criminaliteit.

Adres voor correspondentie: Verslavingszorg Noord Nederland, Leonard Springerlaan 27, 9727 KB Groningen. Email: e.blaauw@vnn.nl.

Dr. Arne van den Bos is onderzoeker bij het Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg van de Hanzehogeschool Groningen, Verslavingszorg Noord Nederland en is docent bij de bachelor opleiding Toegepaste Psychologie op de Hanzehogeschool Groningen. Zijn onderzoek richt zich op middelengebruik onder studenten waarbij de focus ligt op prevalentieonderzoek, risicoperceptie, normalisering van middelengebruik en de link tussen middelengebruik en studentenwelzijn. Verder is hij geïnteresseerd in de theorievorming rondom verslaving en de rol van betekenisgeving daarin.

Adres voor correspondentie: Hanzehogeschool Groningen, Zernikeplein 23, 9747 AS Groningen. Email: a.van.den.bos@pl.hanze.nl.

Drs. Meine Bosma-Bleeker is werkzaam als klinisch psycholoog / psychotherapeut bij Verslavingszorg Noord Nederland. Daarnaast is hij verbonden aan PPO Groningen als hoofddocent 'Verslaving' binnen de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog. Hij is tevens geregistreerd als junior schema-therapeut en MBT basistherapeut. Binnen zijn werk als klinisch psycholoog / psychotherapeut heeft hij onderzoek gedaan naar de relatie tussen seksueel gedrag en middelengebruik. Tevens heeft hij een zorglijn geschreven voor de behandeling van seksverslaving. Meine Bosma-Bleeker houdt zich momenteel bezig met de toepasbaarheid en implementatie van Mentaliseren Bevorderende Therapie (MBT) bij verslavingsproblematiek en co-morbide persoonlijkheidsproblematiek.

Adres voor correspondentie: Verslavingszorg Noord Nederland, Leonard Springerlaan 27, 9727 KB Groningen. Email: me.bosma@vnn.nl.

Drs. Renate Doff is werkzaam als preventiefunctiefunctionaris bij Verslavingszorg Noord Nederland. Zij heeft diverse trainingen, cursussen en projecten uitgevoerd op het gebied van verslavingspreventie met als speciaal aandachtsgebied de ondersteuning van naasten van mensen met middelenproblematiek/verslaving.

Adres voor correspondentie: Verslavingszorg Noord Nederland, Leonard Springerlaan 27, 9727 KB Groningen. Email: r.doff@vnn.nl.

Martin Eissens is systeemtherapeut en geregistreerd Emotionally Focused Therapy (EFT)-therapeut. Hij werkt op de polikliniek Groningen van Verslavingszorg Noord Nederland. Hij is medeoprichter van de laagdrempelige gespreksgroepen voor partners, kinderen en ouders en geeft naast relatie- en gezinstherapieën ook trainingen aan mensen die kampen met de verslavingsproblematiek van hun dierbare.

Adres voor correspondentie: Verslavingszorg Noord Nederland, Leonard Springerlaan 27, 9727 KB Groningen. Email: m.eissens@vnn.nl.

Petrick Glasbergen McC is werkzaam als projectleider Innovatiewerkplaats Gezinsbenadering vanuit het lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg van de Hanzehogeschool Groningen in samenwerking met Dienst Justiele Inrichtingen. Hij is tevens verbonden aan de minor Recht & Multiprobleem van de opleiding Sociaal Juridische Dienstverlening (SJD). Hij heeft samen met studenten en HMP Parc Prison veel onderzoek gedaan op het gebied van de gezinsbenadering in een internationale context. Hij richt zich momenteel vooral op internationale kennisdeling op het gebied van de

gezinsbenadering en op het opzetten van een nieuwe SJD specialisatie Dwang, Ondersteuning en Zorg.

Adres voor correspondentie: Hanzehogeschool Groningen, Zernikeplein 7, kamer T303, 9747 AS Groningen. Email: p.p.j.n.m.glasbergen@pl.hanze.nl.

Dr. Annelies Kassenberg is socioloog en als associate lector verbonden aan de Pedagogische Academie en de Academie voor Sociale Studies van de Hanzehogeschool Groningen. Haar onderzoek richt zich binnen het lectoraat Jeugd, Educatie & Samenleving op het versterken van de omgeving van opgroeiende kinderen om hen zo optimale kansen tot gezond opgroeien te bieden. De afgelopen jaren heeft zij veel onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen professionals en ouders en tussen professionals onderling rond thema's als opvoedingsondersteuning, armoede, taalontwikkeling en druk en dwars gedrag van kinderen.

Adres voor correspondentie: Hanzehogeschool Groningen, Zernikeplein 9, 9747 AS Groningen. Email: a.kassenberg@pl.hanze.nl.

Dr. Marie Louise Luttk is als lector Familiezorg verbonden aan de Hanzehogeschool Groningen, Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek. Zij is verpleegkundige, trainer Familiezorg en senior onderzoeker. Zij heeft een lange staat van dienst als het gaat om onderzoek op het thema Familiezorg; zorg door en voor familie (en naasten) rondom mensen die langdurig en intensief zorg nodig hebben. Haar missie als lector Familiezorg is om een bijdrage te leveren aan een meer systeemgerichte benadering van zorgsituaties waarbij er aandacht is voor de gezondheid en het welzijn van familiesysteem waarvan de patiënt of cliënt onderdeel is.

Adres voor correspondentie: Hanzehogeschool Groningen, Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek, Petrus Driessenstraat 2, 9714 CA Groningen. Email: m.l.a.luttk@pl.hanze.nl.

Drs. Margreet van der Meer-Jansma is werkzaam als Manager Onderzoek bij Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en daarnaast verbonden als hoofddocent bij het lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg van de Hanzehogeschool Groningen. Binnen VNN is zij verantwoordelijk voor de verschillende onderzoeksprojecten op het gebied van Omgeving-ondersteunende verslavingszorg en daarnaast projecten op het gebied van Healthy Ageing. De focus ligt hierbij tevens op de verbinding met opleidingen, zowel intern als extern. Haar eigen onderzoek richt zich voornamelijk op de transgenerationale overdracht van verslaving en de belemmeringen die kinderen van ouders

met een verslaving ondervinden om mogelijk passende zorg te ontvangen.
Adres voor correspondentie: Verslavingszorg Noord Nederland, Leonard Springerlaan 27, 9727 KB Groningen. Email: M.vanderMeer-Jansma@vnn.nl.

Douwe Nauta MSc is werkzaam als Verpleegkundig Specialist GGZ bij Verslavingszorg Noord Nederland binnen de polikliniek jeugd. Binnen Verslavingszorg Noord Nederland houdt hij zich bezig met de kwaliteit van zorg binnen het zorgpad jeugd en is hij opleider voor de Verpleegkundig Specialisten in opleiding. Een belangrijk aandachtsgebied van Douwe Nauta is het onderzoeken van interventies gericht op gezonde leefstijl zodat er duurzamer en effectiever wordt behandeld en persoonlijk en maatschappelijk herstel bevorderd worden.

Adres voor correspondentie: Verslavingszorg Noord Nederland, Leonard Springerlaan 27, 9727 KB Groningen. Email: d.nauta@vnn.nl.

Prof. Dr. Hendrik G. Roozen is gezondheidszorgpsycholoog en sinds 2016 verbonden aan de University of New Mexico (UNM) bij het 'Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions' (CASAA) in Albuquerque. Tussen 2012 en 2016 was hij als bijzonder hoogleraar Verslaving actief bij Tranzo, wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn van Tilburg University. Voorts verricht hij consultaties en verzorgt trainingen vanuit het adviesbureau Roozen & Meyers Consultancy bij tal van gezondheidszorg-, forensische en verslavingszorginstellingen in binnen- en buitenland op het gebied van (Adolescent) Community Reinforcement Approach (A/CRA) en Community Reinforcement and Family Training (CRAFT). Hij is daartoe als staflid (gecertificeerd trainer en supervisor) opgenomen bij Robert J. Meyers, Ph.D & Associates (VS).

Adres voor correspondentie: The University of New Mexico (UNM). Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA), MSC11 6280, 2650 Yale Blvd. SE Albuquerque, NM 87106, USA. Email: h.roozen@unm.edu.

Simon Venema MSc is onderzoeker bij het Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg van de Hanzehogeschool Groningen, Verslavingszorg Noord Nederland en is als promovendus verbonden aan de afdeling sociologie van de Rijksuniversiteit Groningen. In zijn onderzoek richt hij zich op de evaluatie van de Gezinsbenadering in de noordelijke penitentiaire inrichtingen, op gezinsrelaties in gezinnen waarvan de vader gedetineerd is en op het belang van gezinsrelaties voor het welzijn van kinderen met een vader in detentie. Daarnaast houdt hij zich bezig met het ontwikkelen van cliëntprofielen in de

forensische verslavingszorg.

Adres voor correspondentie: Verslavingszorg Noord Nederland, Leonard Springerlaan 27, 9727 KB Groningen. Email: s.d.venema@pl.hanze.nl.

Drs. Hans Wiersema is gezondheidszorgpsycholoog en sinds 2016 werkzaam bij Novadic-Kentron als regiebehandelaar. Voor 2016 heeft hij gewerkt bij de Dienst Justitiële Inrichtingen en BoumanGGZ, voorloper van het huidige Antes.

Adres voor correspondentie: Novadic-Kentron, Laan van Brabant 22, 4701 BK Roosendaal. Email: Hans.Wiersema@novadic-kentron.nl.



9 789082 882018 >



VERSLAVINGSZORG
NOORD-NEDERLAND



**Hanze Hogeschool
Groningen**
University of Applied Sciences