



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

Vallen en opstaan?

Terugval en herstel bij fellows van Solutions

Barbara van Straaten
Gert-Jan Meerkerk
Nienke de Wit
Gerda Rodenburg

Colofon

Vallen en opstaan? Terugval en herstel bij fellows van SolutionS

Auteurs:

Barbara van Straaten

Gert-Jan Meerkkerk

Nienke de Wit

Gerda Rodenburg

Dank aan de fellows van SolutionS die aan het onderzoek hebben meegewerkt door open over hun ervaringen te spreken of aan de survey deel te nemen.

Dit onderzoek is gefinancierd door SolutionS.

Rotterdam, november 2017



Het onderzoeksinstituut IVO werkt op een enthousiaste manier samen met opdrachtgevers aan het beantwoorden van vragen rondom leefstijl, verslaving en zorg. Het verbeteren van de situatie van kwetsbaren in de maatschappij speelt daarbij een belangrijke rol.

IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

T +31 10 425 33 66

E secretariaat@ivo.nl

W www.ivo.nl

“Nee, het is net als met rijlessen. Het echte leren rijden leer je pas als je zelf alleen achter het stuur zit. Al doende leer je. Het is vallen en opstaan.”

Fellow van SolutionS

Inhoud

1	Inleiding.....	5
1.1	Onderzoeksdoel en -vragen.....	6
1.2	Leeswijzer	6
2	Methode.....	7
2.1	Kwantitatief onderzoek: survey.....	7
2.1.1	Werving.....	7
2.1.2	Instrumenten	7
2.1.3	Respons.....	8
2.1.4	Analyse.....	8
2.2	Kwalitatief onderzoek: semigestructureerde interviews	9
2.2.1	Werving.....	9
2.2.2	Interviews	9
3	Resultaten van de kwantitatieve studie: de survey onder fellows van SolutionS.....	11
3.1	Beschrijving onderzoekspopulatie.....	11
3.2	Verschillen tussen respondenten die wel of niet zijn teruggevallen: univariate analyses	16
3.2	Verschillen tussen respondenten die wel of niet zijn teruggevallen: voorspellers van relapse; multivariate analyses	16
4	Resultaten van de kwalitatieve studie: de interviews met fellows van SolutionS	18
4.1	Kenmerken, redenen en doel behandeling	18
4.2	Aanleidingen voor terugval	19
4.2.1	Klinisch herstel	19
4.2.2	Functioneel herstel	20
4.2.3	Maatschappelijk herstel.....	22
4.2.4	Persoonlijk herstel	23
4.3	Behandeling SolutionS: suggesties voor verbetering	25
4.3.1	Aandacht voor voorkomen van terugval	25
4.3.2	Waarde van spiritualiteit in behandeling.....	26
5	Conclusie en aanbevelingen.....	28
5.1	Conclusie.....	28
5.1.1	Beperkingen van het onderzoek	29
5.2	Aanbevelingen voor behandeling en nazorg van SolutionS	29
	Literatuur	30
	Bijlage 1. Non-responsanalyse	31

1 Inleiding

Verslaving is een ernstige, in veel gevallen langdurige aandoening die vaak gepaard gaat met verschillende lichamelijke, psychische, psychosociale en/of maatschappelijke problemen. Ook het herstel van verslaving is vaak een langdurig proces, waarbij terugval – het in meer of mindere mate (qua tijd en/of intensiteit) terugvallen in oude gebruiks- of gedragsgewoontes – niet ongewoon is. Een terugval betekent echter niet noodzakelijkerwijs het einde van het herstelproces, veeleer moet het gezien worden als onderdeel van het proces van terugkeer naar een volwaardig en zinvol leven waarbij het weer volwaardig psychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren voorop staat. GGZ Nederland onderscheidt vier vormen van herstel (GGZ Nederland, 2013):

1. Klinisch herstel: het verminderen van de klinische kenmerken van verslaving, zoals het ervaren van ontwenningssymptomen of craving.
2. Functioneel herstel: het door de verslaving veroorzaakte verminderde functioneren verbeteren of tenminste compenseren. In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) ligt de focus bij functioneel herstel vooral op het herstel van psychische functies, met name het herstel van executieve (uitvoerende) functies die zelfregulatie mogelijk maken.
3. Maatschappelijk herstel: de door de verslaving niet verkregen of verloren maatschappelijke positie alsnog bereiken of weer terug krijgen. Voor een belangrijk deel is deze vorm van herstel afhankelijk van de inzet van personen en organisaties buiten de zorg. Het vereist een zorgvuldig re-integratietraject en er zijn plekken in de samenleving nodig (wonen, arbeid, dagbesteding) waar dit mogelijk is. De aanpak van vooroordelen in de maatschappij (destigmatisering) en in de zorgverlening ten opzichte van verslaving is hiervoor nodig.
4. Persoonlijk herstel: persoonlijk herstel heeft betrekking op de voor de betrokkene belangrijkste waarden en doelen. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld zelfwaardering, positieve emoties en innerlijke motivatie, waaronder zingeving en spiritualiteit.

Deze vier vormen van herstel hangen met elkaar samen en zijn allen belangrijk om terugval te voorkomen en de kwaliteit van leven te verhogen. Verslavingszorginstelling SolutionS onderkent het brede multidimensionale begrip van herstel en besteedt daarom binnen de behandeling en nazorg aandacht aan het functioneren van de cliënt op de verschillende dimensies van herstel. SolutionS wil met dit onderzoek meer inzicht krijgen in factoren die het herstel van fellows (oud-clienten van SolutionS) bevorderen dan wel belemmeren.

Behandelaanbod van SolutionS

SolutionS biedt verslavingszorg in de vorm van een klinische behandeling in haar kliniek SolutionS Center in Voorthuizen of een ambulante behandeling op locatie in Amersfoort. Therapeutische onderdelen die worden aangeboden zijn onder andere cognitieve gedragstherapie, motivationeel interviewen en *Community Reinforcement And Family Treatment* (CRAFT).

Aansluitend volgt een intensief ambulant nazorgtraject. De nazorg van SolutionS is onder andere gericht op het leren hanteren van ‘triggers’ en valkuilen om zo een terugval te voorkomen.

Fellows worden gestimuleerd om deel te nemen aan zelfhulpgroepen die zijn gebaseerd op het 12 stappen Minnesota Model. Het 12 Stappen Minnesota Model is de basisfilosofie bij SolutionS met als uiteindelijk behandeldoel abstinentie. In deze zelfhulpgroepen (zoals de AA, NA, AGOG, etc.) staan thema's centraal die allemaal direct te maken hebben met het leiden van een leven in herstel. Meer over het aanbod van SolutionS is te vinden op de website <https://solutions-center.nl>.

1.1 Onderzoeksdoel en -vragen

Dit onderzoek richt zich op de samenhang tussen het functioneren op de vier vormen van herstel, waarbij de kans op terugval in gebruik (een vermindering van herstel op de klinische dimensie) centraal staat. Zo kan een terugval in gebruik samenhangen met een vermindering van het persoonlijk herstel (bijv. negatieve emoties), en een vermindering van maatschappelijk herstel (bijv. baanverlies) samenhangen met een terugval in gebruik.

Dit onderzoek geeft inzicht in factoren die het herstel van fellows bevorderen dan wel tegenwerken om SolutionS daarmee handvatten te bieden om de behandeling en nazorg te verbeteren.

De volgende onderzoeksvragen staan centraal:

1. Hoe hangen de verschillende vormen van herstel samen met terugval na behandeling?
 - a) Wat zijn verschillen tussen de respondenten die een terugval hebben gehad en respondenten die geen terugval hebben gehad?
 - b) Welke indicatoren van het functioneren op de hersteldimensies voorspellen een verhoogde kans op terugval?
2. Wat is de relatie tussen het bijwonen van AA/NA meetings en sponsorschap op terugval?
3. Wat zijn aanleidingen voor terugval onder fellows van SolutionS?
4. Hoe zou volgens fellows met een terugval de behandeling en nazorg van SolutionS verbeterd kunnen worden om terugval te voorkomen?

Deze onderzoeksvragen worden beantwoord met behulp van een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

1.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de methode van onderzoek, waarbij paragraaf 2.1 ingaat op de survey (het kwantitatieve onderzoek) en paragraaf 2.2 op de interviews (het kwalitatieve onderzoek). Vervolgens komen in hoofdstuk 3 de resultaten van de survey onder fellows van SolutionS aan bod en in hoofdstuk 4 de resultaten van de interviews met fellows van SolutionS.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten van beide onderzoeken besproken in een overkoepelende conclusie. In paragraaf 5.2 komen tot slot aanbevelingen voor behandeling en nazorg aan bod.

2 Methode

Er is gebruik gemaakt van twee onderzoeksmethoden: 1) een kwantitatieve methode waarbij 123 fellows van SolutionS twee maal, met een tussenpauze van een half jaar, een vragenlijst hebben ingevuld, en 2) een kwalitatieve methode waarbij 18 fellows uit de nazorg die een terugval hebben gehad zijn geïnterviewd.

Het eerste onderdeel geeft cijfermatige informatie over indicatoren van herstel en aanleidingen van terugval. Het tweede onderdeel geeft uitgebreidere, kwalitatieve informatie over aanleidingen van terugval. Het kwalitatieve deel geeft daarmee duiding aan het cijfermatige deel.

2.1 Kwantitatief onderzoek: survey

Voor het kwantitatieve onderdeel zijn fellows van SolutionS benaderd met de vraag mee te werken aan het onderzoek. Deelname hield in dat respondenten tweemaal een vragenlijst moesten invullen met een tussenliggende periode van ca. zes maanden. De eerste vragenlijst was gericht op het vergaren van informatie over het psychosociaal en maatschappelijk functioneren, oftewel informatie over het herstel op de vier dimensies, en zelfhulpgroepbetrokkenheid. De tweede vragenlijst was gericht op het vergaren van informatie over een eventuele terugval in het voorgaande halve jaar. Door middel van statistische analyses is vervolgens nagegaan of bepaalde aspecten van psychosociaal en maatschappelijk functioneren en zelfhulpgroepbetrokkenheid gerelateerd konden worden aan een grotere kans op terugval (onderzoeksvragen 1 en 2).

2.1.1 Werving

De respondenten voor het onderzoek zijn via diverse wegen geworven. Een deel is benaderd tijdens twee '4-je-herstel-weekenden' op 8-9 maart en 11-12 oktober 2014. Daarnaast zijn in de periode juni 2016 tot april 2017 respondenten geworven via een mailing die verstuurd is aan (voormalige) cliënten van SolutionS die hadden aangegeven benaderd te mogen worden voor onderzoek, en via een oproep op de *Friends of the Fellowship* Facebook pagina. De wijze van werving maakt duidelijk dat de respondenten niet representatief mogen worden geacht voor de totale groep cliënten van SolutionS, er is hier sprake van een zogenaamde *convenience sample*. Omdat het doel van dit onderzoek ligt in het bestuderen van verbanden en niet in het geven van prevalentiecijfers, vormt een dergelijke sample voor dit onderzoek geen probleem.

2.1.2 Instrumenten

De eerste vragenlijst (T0) bevatte, naast vragen over demografische variabelen, verschillende indicatoren van het functioneren op de hersteldimensies. Deze indicatoren zijn afgeleid van de Manchester verkorte kwaliteit van leven meting (MANSA) (Nieuwenhuizen, Schene, & Koeter, 2000) en de Rosenberg zelfwaarderingsschaal (Rosenberg, 1965). De MANSA is voor het huidige onderzoek uitgebreid met een extra vraag over het hebben van een vaste partner en de subjectieve tevredenheid met het al dan niet hebben van een vaste partner.

Daarnaast bevatte de T0-vragenlijst een schaal om de betrokkenheid bij een zelfhulpgroep (AA, NA, AGOG, OA, EDA, SLAA, etc.) vast te stellen: de Alcoholics Anonymous Affiliation Scale (AAAS) (Humphreys, Kaskutas, & Weisner, 1998). Ook de AAAS is voor dit onderzoek uitgebreid met extra vragen: een vraag naar het aantal bijgewoonde zelfhulpgroep-bijeenkomsten de afgelopen maand, een vraag voor respondenten die aangaven geen sponsor te hebben, in hoeverre zij van plan zijn om een sponsor te zoeken en een vraag naar de ervaren sterkte van de band met de zelfhulpgroep (fellowship).

De indicatoren kunnen als volgt aan de verschillende dimensies worden gerelateerd:

- Hersteldimensie 'Klinisch'

- Gebruik van een middel (of gedrag) in een mate dat het een negatieve invloed had op het normale functioneren: relapse (ja/nee)
- Hersteldimensie 'Persoonlijk'
 - Een indicator van psychosociaal welzijn: zelfwaardering (*self esteem*) (Rosenbergschaal)
 - Subjectief ervaren kwaliteit van leven (MANSA 1)
- Hersteldimensie 'Functioneel'
 - Subjectieve tevredenheid met de financiële situatie (MANSA 3)
 - Subjectieve tevredenheid met aantal en kwaliteit vriendschappen (MANSA 6)
 - Subjectieve tevredenheid met de persoonlijke veiligheid (MANSA 11)
 - Subjectieve tevredenheid met sociale woonsituatie (al dan niet samenlevend) (MANSA 12)
 - Subjectieve tevredenheid partnersituatie (MANSA X1)
 - Subjectieve tevredenheid met seksuele leven (MANSA 13)
 - Subjectieve tevredenheid met relatie met familie (MANSA 14)
 - Subjectieve tevredenheid met lichamelijke gezondheid (MANSA 15)
 - Subjectieve tevredenheid met psychische gezondheid (MANSA 16)
- Hersteldimensie 'Maatschappelijk'
 - Subjectieve tevredenheid met werksituatie (MANSA 2)
 - Subjectieve tevredenheid met invulling vrije tijd (MANSA 7)
 - Subjectieve tevredenheid met woonomstandigheden (MANSA 8)

De tweede vragenlijst (T1) bevatte vooral vragen om terugval vast te stellen. Hiertoe zijn verschillende vragen gesteld om te achterhalen of er in het voorgaande halfjaar (sinds de vorige meting) sprake is geweest van een terugval wat betreft het middelengebruik of het probleem met eten, gokken, gamen of seks. Er is daarbij gevraagd of er, in de waarneming van de respondent, sprake is geweest van dermate veel gebruik of problematisch gedrag dat het een negatieve invloed had op het normale functioneren (werk en privé). Als dit het geval was, categoriseerden we dit als een terugval (*relapse*).

2.1.3 Respons

In totaal hebben 182 respondenten de eerste vragenlijst ingevuld, 86 hiervan zijn geworven via de 4-je-herstel-weekenden van maart 2014 (n=66) en oktober 2014 (n=20). De overige 96 respondenten zijn geworven via de mailing en de oproep op de Facebook pagina. Van de 182 respondenten die de eerste vragenlijst hadden ingevuld, hebben 123 respondenten (67,6%) ook de tweede vragenlijst ingevuld. De uiteindelijke analyses zijn uitgevoerd op de 123 respondenten die beide vragenlijsten hebben ingevuld.

Non-respons analyse

Om na te gaan of er sprake is van selectieve uitval van respondenten, waardoor de resultaten zouden kunnen zijn vertekend, zijn de respondenten die beide vragenlijsten hebben ingevuld vergeleken met de respondenten die enkel de eerste vragenlijst hebben ingevuld (non-responsanalyse). Uit de resultaten blijkt dat respondenten die beide vragenlijsten hebben ingevuld gemiddeld ruim vier jaar ouder zijn dan de respondenten die alleen de eerste vragenlijst hebben ingevuld (resp. 47,5 jaar vs. 43,2 jaar). Tevens bleken respondenten die beide vragenlijsten hadden ingevuld zich sterker betrokken te voelen bij de zelfhulpgroep dan de respondenten die enkel de eerste vragenlijst hadden ingevuld. Op de overige variabelen werd geen verschil vastgesteld. Een uitgebreide toelichting op de non-responsanalyse is te vinden in bijlage 1.

2.1.4 Analyse

Als eerste stap in de analyses om voorspellers van terugval te vinden, zijn univariaat de verschillen onderzocht tussen de groep respondenten die wel en de groep respondenten die niet is teruggevallen. Dat wil zeggen dat per vraag gekeken is of beide groepen van elkaar verschillen.

Vervolgens is met multivariate analyses nagegaan welke variabelen het beste terugval voorspellen, of, anders geformuleerd, het meeste met terugval samenhangen. Hiertoe is een logistisch regressieanalyse uitgevoerd met terugval als afhankelijke (te voorspellen) variabele en de verschillende indicatoren van de hersteldimensies als onafhankelijke (voorspellende) variabelen. Om te corrigeren voor eventuele verschillen in leeftijd en geslacht zijn deze variabelen in de eerste stap van de analyses opgenomen. In de tweede stap van de analyses zijn de indicatoren van de verschillende hersteldimensies opgenomen. Niet in de vergelijking opgenomen zijn de variabelen MANSA 4 (Heeft u iemand die u een goede vriend of vriendin zou noemen?), MANSA 9 (Bent u in het afgelopen jaar beschuldigd van een misdrijf?) en MANSA 10 (Bent u in het afgelopen jaar slachtoffer geworden van lichamelijk geweld?) omdat bijna iedereen respectievelijk bijna niemand die vragen bevestigend heeft beantwoord.

Omdat er sprake is van exploratief onderzoek met als doel die indicatoren te vinden die het meest met terugval samenhangen, is gekozen voor een analysetechniek waarbij tijdens de regressieanalyse de onafhankelijke variabelen één voor één aan het model worden toegevoegd totdat opname van meer onafhankelijke variabelen het model niet verder verbetert (method Forward LR). Analyses zijn gedaan met behulp van statistisch programma SPSS 24. Een p-waarde van $< .05$ duidt op een significant verschil.

2.2 Kwalitatief onderzoek: semigestructureerde interviews

Voor het kwalitatieve onderdeel van het onderzoek (beantwoording van onderzoeksvragen 3 en 4) zijn fellows van SolutionS benaderd door hun behandelaar met de vraag mee te werken aan het onderzoek. Deelname hield in dat zij één maal werden geïnterviewd door een onderzoeker. De uitgewerkte interviews zijn vervolgens thematisch gecategoriseerd en vervolgens met behulp van Excel geanalyseerd.

2.2.1 Werving

Mensen voor de interviews zijn geworven bij bijeenkomsten van relapsegroepen op verschillende locaties van SolutionS. Tijdens deze bijeenkomsten introduceerde de behandelaar het onderzoek en vroeg of mensen interesse hadden in deelname. Bij interesse werd het telefoonnummer aan de onderzoekers doorgegeven. Zij benaderden vervolgens de geïnteresseerden voor het maken van een interviewafspraken.

2.2.2 Interviews

In totaal zijn 18 semigestructureerde interviews gehouden met mensen die onder behandeling zijn geweest bij SolutionS, en na de behandeling één of meerdere terugval(len) hebben ervaren¹. Potentiële deelnemers waren fellows van SolutionS waarvan de intramurale fase van de behandeling maximaal twee jaar geleden is afgesloten en die maximaal een half jaar geleden een terugval hebben meegemaakt.

De interviews duurden drie kwartier tot een uur en vonden meestal plaats in de kliniek waar de respondent deelnam aan de relapsegroep. De volgende onderwerpen kwamen in de semigestructureerde interviews aan bod:

- middelengebruik en behandeling (welke middelen en waarvoor behandeld);
- aanleiding en verloop van de terugval;
- vier vormen van herstel:

¹ Eén van de geïnterviewden had een terugval tijdens het weekendverlof en is daarmee de enige die een terugval tijdens de klinische fase van de behandeling doormaakte.

- klinisch (afname verslavingssymptomen zoals middelengebruik, craving, ontweningsverschijnselen);
- functioneel (verbeterd lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren);
- maatschappelijk (participatie: wonen, arbeid en dagbesteding);
- persoonlijk (motivatie, zelfwaardering);
- terugblik op de ontvangen behandeling bij SolutionS.

De interviews werden opgenomen met een audiorecorder.

3 Resultaten van de kwantitatieve studie: de survey onder fellows van SolutionS

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het kwantitatieve onderzoek naar voorspellers van terugval. De volgende onderzoeksvragen staan in dit hoofdstuk centraal:

1. Hoe hangen de verschillende vormen van herstel samen met terugval na behandeling?
 - a) Wat zijn verschillen tussen de respondenten die een terugval hebben gehad en respondenten die geen terugval hebben gehad?
 - b) Welke indicatoren van het functioneren op de hersteldimensies voorspellen een verhoogde kans op terugval?
2. Wat is de relatie tussen het bijwonen van AA/NA meetings en sponsorschap op terugval?

Als eerste wordt in paragraaf 3.1 een beschrijving van de onderzoekspopulatie gegeven. Paragraaf 3.2 beschrijft per variabele de verschillen tussen respondenten die wel en die geen terugval hebben gehad (univariate analyses). Paragraaf 3.3 beschrijft de resultaten van multivariate analyses waaruit duidelijk wordt welke variabelen terugval het best voorspellen.

3.1 Beschrijving onderzoekspopulatie

De totale onderzoekspopulatie bestaat uit alle respondenten die beide vragenlijsten hebben ingevuld (N=123). Tabel 1 (kolom 'Totale groep') geeft een beschrijving van de achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie.

Tabel 1. Achtergrondkenmerken van de gehele onderzoekspopulatie en gespecificeerd naar respondenten met en zonder terugval

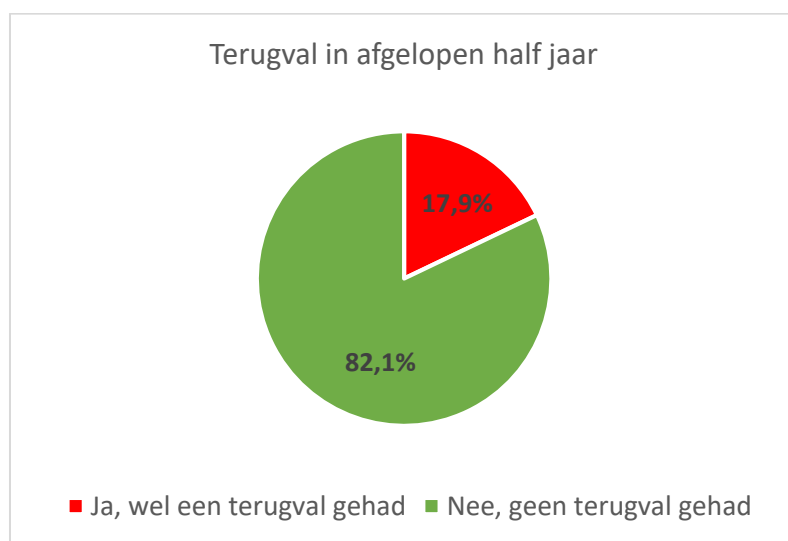
Achtergrondkenmerken	Totale groep (N=123)	Geen terugval (n=101)	Terugval (n=22)	Sign.
Leeftijd (jaar)	47,5	47,6	47,0	n.s.*
Geslacht (man)	60,2% (n=74)	63,4% (n=64)	45,5% (n=10)	n.s.
Primaire problematiek (n)				
- Alcohol	68,6% (83)	70,0% (70)	61,9% (13)	n.s.
- Cocaïne	14,0% (17)	15,0% (15)	9,5% (2)	n.s.
- Cannabis	5,0% (6)	6,0% (6)	0,0% (0)	n.s.
- Stimulantia (speed, amfet.)	1,7% (2)	1,0% (1)	4,8% (1)	n.s.
- GHB	0,8% (1)	1,0% (1)	0,0% (0)	n.s.
- Opiaten	0,8% (1)	1,0% (1)	0,0% (0)	n.s.
- Eten	4,1% (5)	1,0% (1)	19,0% (4)	p=.003**
- Seks	2,5% (3)	2,0% (2)	4,8% (1)	n.s.
- Gokken	1,7% (2)	2,0% (2)	0,0% (0)	n.s.
- Gamen	0,8% (1)	1,0% (1)	0,0% (0)	n.s.
Tijd sinds begin laatste opname (maanden)	21,8 (s.d. 19,7)	22,8 (s.d. 20,7)	17,0 (s.d. 13,6)	n.s.
In nazorgtraject (ja)	31,4% (n=38)	29,0% (n=29)	42,9% (n=9)	n.s.

*: niet significant; **: Fisher's Exact Test

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 47,5 jaar (minimum 21, maximum 76, mediaan 47). De onderzoekspopulatie bestaat voor 60,2% (n=74) uit mannen. Voor de meerderheid (68,6%, n=83) vormde alcohol het primaire probleem bij aanvang van de therapie, voor 14,0% (n=17) van de respondenten vormde

cocaïne het primaire probleem, voor 5% (n=6) was dit cannabis. De overige middelen vormden slechts voor enkele respondenten het primaire probleem. Ook gedragsverslavingen vormden slechts voor kleine aantallen respondenten het primaire probleem. Daarbij was de groep met problemen met eten de grootste groep (4,1%, n=5). Gemiddeld is het 21,8 (minimum 2, maximum 116, mediaan 16) maanden geleden dat de respondenten zijn begonnen aan de intramurale fase bij SolutionS. Ongeveer een derde (31,4%, n=38) zit nog in het nazorgtraject². Tot slot heeft ruim de helft van de respondenten (57,5%, n=69) een betaalde baan of volgt een opleiding, heeft een kwart (25,0%, n=30) geen betaalde baan of is gepensioneerd en zit 17,5% (n=21) in de ziektewet.

Figuur 1 laat zien dat van de 123 respondenten 22 respondenten (17,9%) het voorgaande halfjaar een terugval hebben meegemaakt. Het gaat hierbij om dusdanig gebruik of problematisch gedrag dat het een negatieve invloed had op het normale functioneren, ook wel *relapse* genoemd.



Figuur 1. Terugval in het afgelopen half jaar (N=123)

De antwoorden op de vragen van de Verkorte kwaliteit van leven meting (MANSA) (Tabel 2, kolom 'Totale groep') laten zien dat de gehele groep respondenten gemiddeld genomen 'meestal tevreden' was over de verschillende aspecten van de kwaliteit van leven. Het meest tevreden zijn de respondenten over hun veiligheid en het minst tevreden met hun seksuele leven.

Tabel 2. Manchester verkorte kwaliteit van leven meting (MANSA) van de gehele onderzoekspopulatie en gespecificeerd naar respondenten met en zonder terugval

Verkorte kwaliteit van leven meting (MANSA)		Totale groep (N=123)	Geen terugval (n=101)	Terugval (n=22)	Sign.
1	Hoe ervaart u op dit moment uw leven als geheel?*	5,4	5,5	4,8	p=,018
2	Werk situatie (n)				
	- Betaalde baan, opleiding	57,5% (69)	60,6% (60)	42,9% (9)	n.s.
	- Geen betaald werk, pensioen	25,0% (30)	21,2% (21)	42,9% (9)	p=,037
	- Ziektewet	17,5% (21)	18,2% (18)	14,3% (3)	n.s.

² Het nazorgtraject start direct na het ontslag uit de kliniek en duurt 13 weken.

	Tevredenheid*				
	- Betaalde baan, opleiding	5,4	5,5	4,8	n.s.
	- Geen betaald werk, pensioen / Ziektewet	4,6	4,7	4,3	n.s.
3	Hoe tevreden bent u met uw financiële situatie?*	4,9	5,0	4,4	n.s.
4	Heeft u iemand die u een goede vriend of vriendin zou noemen? (ja)	97,6% (n=120)	97,0% (n=98)	100,0% (n=22)	n.s.
5	Heeft u de afgelopen week een vriend of vriendin ontmoet? (ja)	85,4% (n=105)	84,2% (n=85)	90,9% (n=20)	n.s.
6	Hoe tevreden bent u met het aantal en de kwaliteit van uw vriendschappen?*	5,3	5,4	4,7	p=,007
7	Hoe tevreden bent u met de dingen die u in uw vrije tijd doet?*	5,2	5,3	4,6	p=,001
8	Hoe tevreden bent u met uw woonomstandigheden?*	5,7	5,8	5,0	p=,015
9	Bent u in het afgelopen jaar beschuldigd van een misdrijf? (ja)	8,1% (n=10)	6,9% (n=7)	13,6% (n=3)	n.s.
10	Bent u in het afgelopen jaar slachtoffer geworden van lichamelijk geweld? (ja)	0,8% (n=1)	0,0% (n=0)	4,5% (n=1)	n.s.
11	Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?*	6,0	6,0	5,6	n.s.
12	Woont u samen of alleen? (samen)	63,4% (n=78)	65,3% (n=66)	54,5% (n=12)	n.s.
	Tevredenheid*				
	- Met de mensen waarmee men samenleeft	5,7	5,7	5,4	n.s.
	- Met het feit van alleen wonen	5,2	5,3	4,8	n.s.
X1**	Heeft u wel of geen vaste partner? (wel)	57,0% (n=69)	56,6% (n=56)	59,1% (n=13)	n.s.
	Tevredenheid*				
	- Met vaste partner	5,8	5,9	4,9	p=,004
	- Met het niet hebben van een vaste partner	4,7	4,7	4,6	n.s.
13	Hoe tevreden bent u met uw seksuele leven?*	4,4	4,5	4,0	n.s.
14	Hoe tevreden bent u met uw relatie met uw familie?*	5,2	5,3	4,6	n.s.
15	Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?*	5,3	5,4	4,6	p=,003
16	Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?*	5,3	5,5	4,5	p=,010

*: Likertschaal: 1=Kan niet slechter; 2=Ontevreden; 3=Meestal ontevreden; 4=Gemengd (tevreden en ontevreden); 5=Meestal tevreden; 6=Tevreden; 7=Kan niet beter; **: toegevoegde vraag

Ook de antwoorden op de Rosenberg zelfwaarderingsschaal (Tabel 3, kolom 'Totale groep') laten zien dat de gehele groep respondenten gemiddeld gezien een redelijk positief zelfbeeld heeft.

Tabel 3. Zelfwaardering (Rosenberg self-esteem) van de gehele onderzoekspopulatie en gespecificeerd naar respondenten met en zonder terugval

Rosenberg zelfwaarderingsschaal*		Totale groep (N=123)	Geen terugval (n=101)	Terugval (n=22)	Sign.
1	Over het geheel genomen ben ik tevreden over mezelf.	3,0	3,1	2,8	p=,014
2	Soms denk ik dat ik nergens goed voor ben.**	2,0	1,9	2,6	p<,000
3	Ik heb het gevoel dat ik een aantal goede eigenschappen heb.	3,3	3,3	3,3	n.s.
4	Ik kan de dingen net zo goed als andere mensen.	3,0	3,1	2,8	n.s.
5	Ik heb het gevoel dat ik niet veel heb om trots op te zijn.**	1,9	1,8	2,2	p=,016
6	Soms voel ik mij nutteloos.**	2,3	2,2	2,8	p=,001
7	Ik wou dat ik wat meer respect voor mezelf had.**	2,4	2,3	2,8	p=,006
8	Ik sta positief ten opzichte van mezelf.	2,9	3,0	2,6	p=,018
9	Ik voel me een mislukking.**	1,7	1,6	2,1	p=,009
10	Ik heb het gevoel dat ik iemand ben die wat waard is, in ieder geval evenveel als anderen.	3,2	3,3	2,9	p=,007
Tot.	Totaalscore	3,0	3,1	2,7	p<,000

*: Likertschaal: 1=Helemaal niet mee eens; 2=Niet mee eens; 3=Mee eens; 4=Helemaal mee eens; **: gespiegeld item

Uit de antwoorden op de AAAS (Tabel 4, kolom 'Totale groep'), de schaal om de betrokkenheid bij een zelfhulpgroep of fellowship (AA, NA, AGOG, OA, EDA, SLAA, etc.) te meten, blijkt dat ruim de helft van de respondenten (57,4%, n=70) in totaal tussen de 90 en 500 zelfhulpgroep-bijeenkomsten heeft bijgewoond. Slechts twee respondenten (1,6%) hebben nooit een dergelijke bijeenkomst bijgewoond. Het voorgaande jaar hebben de respondenten gemiddeld 95,9 bijeenkomsten bijgewoond en de voorgaande maand gemiddeld 9,8 bijeenkomsten.

De overgrote meerderheid van de respondenten (91,7%, n=110) beschouwde zich lid van een fellowship en ruim drie kwart (76,7%, n=92) heeft contact gezocht met een fellowship voor hulp. Bijna twee derde van de respondenten (63,6%, n=77) had een sponsor³ ten tijde van het invullen van de vragenlijst en ongeveer een derde (32,2%, n=39) was sponsor voor iemand anders. Ruim twee derde (68,3%, n=82) heeft door de betrokkenheid bij de fellowship wel eens een spirituele ervaring gehad, 90,9% (n=110) heeft boeken, tijdschriften of andere lectuur afkomstig van de fellowship gelezen en 81,8% (n=99) heeft bij de fellowship een dienst gedaan.

³ Een sponsor is een persoon in herstel van verslaving die al langere tijd niet gebruikt en nu zelf mensen met een verslaving bij hun herstel helpt.

Tabel 4. Betrokkenheid bij een zelfhulpgroep (Alcoholics Anonymous Affiliation Scale: AAAS) van de gehele onderzoekspopulatie en gespecificeerd naar respondenten met en zonder terugval

Betrokkenheid bij een zelfhulpgroep (AAAS)		Totale groep (N=123)	Geen terugval (n=101)	Terugval (n=22)	Sign.
1	Hoeveel bijeenkomsten van de AA (e.d.) heeft u naar schatting in uw hele leven bijgewoond? (n) - Geen - Minder dan 30 - Tussen 30 en 90 - Tussen 90 en 500 - Meer dan 500	1,6% (2) 11,5% (14) 18,0% (22) 57,4% (70) 11,5% (14)	2,0% (2) 11,0% (11) 13,0% (13) 61,0% (61) 13,0% (13)	0,0% (0) 13,6% (3) 40,9% (9) 40,9% (9) 4,5% (1)	n.s. n.s. p=,005* n.s. n.s.
2	Hoeveel bijeenkomsten van de AA (e.d.) heeft u de afgelopen 12 maanden bijgewoond?	95,9 (s.d. 83,5)	101,1 (s.d. 82,9)	72,2 (s.d. 83,8)	n.s.
X1**	Hoeveel bijeenkomsten van de AA (e.d.) heeft u de afgelopen maand bijgewoond?	9,8 (s.d. 7,8)	9,8 (s.d. 7,4)	9,5 (s.d. 9,6)	n.s.
3	Heeft u zich het afgelopen jaar (/wel eens) lid van de fellowship beschouwd? (ja)	91,7% (n=110)	92,9% (n=91)	86,4% (n=19)	n.s.
4	Heeft u het afgelopen jaar (/wel eens) contact gezocht met een fellowship voor hulp? (ja)	76,7% (n=92)	76,5% (n=75)	77,3% (n=17)	n.s.
5	Hebt u momenteel een AA (e.d.) sponsor? (ja)	63,6% (n=77)	65,7% (n=65)	54,5% (n=12)	n.s.
X2**	Als u geen sponsor heeft, in hoeverre bent u van plan een sponsor te zoeken?***	2,5 (n=44)	2,3 (n=34)	3,3 (n=10)	p=,025
6	Bent u het afgelopen jaar (/wel eens) sponsor voor iemand anders geweest? (ja)	32,2% (n=39)	35,4% (n=35)	18,2% (n=4)	n.s.
7	Hebt u het afgelopen jaar (/wel eens) door uw betrokkenheid bij de fellowship wel eens een spirituele ervaring gehad? (ja)	68,3% (n=82)	70,4% (n=69)	59,1% (n=13)	n.s.
8	Hebt u het afgelopen jaar boeken, tijdschriften of andere lectuur afkomstig van de fellowship gelezen? (ja)	90,9% (n=110)	90,9% (n=90)	90,9% (n=20)	n.s.
9	Hebt u het afgelopen jaar bij de fellowship een dienst gedaan? (ja)	81,8% (n=99)	82,8% (n=82)	77,3% (n=17)	n.s.
Tot.	Totaalscore	6,2 (s.d. 2,2)	6,3 (s.d. 2,2)	5,7 (s.d. 2,4)	n.s.
X3**	Hoe sterk is uw band met het fellowship AA (e.d.)?****, *****	4,5 (s.d. 1,7)	4,8 (s.d. 1,6)	3,1 (s.d. 2,0)	p=,004

*: Fisher's Exact Test; **: toegevoegde vraag; ***: Likertschaal: 1=Zeker niet; 2=Waarschijnlijk niet; 3=Misschien wel; 4=Vrij zeker wel; 5=Zeker wel; ****: deze vraag is niet alle respondenten voorgelegd (n=68); *****: Likertschaal: 1=Kan niet zwakker; 2=Zwak; 3=Tamelijk zwak; 4=Gemengd (niet zwak niet sterk); 5=Tamelijk sterk; 6=Sterk; 7=Kan niet sterker

3.2 Verschillen tussen respondenten die wel of niet zijn teruggevallen: univariate analyses

Als eerste stap in de analyses om voorspellers van terugval te vinden, zijn univariaat de verschillen onderzocht tussen de groep respondenten die wel en de groep respondenten die niet is teruggevallen. Dat wil zeggen dat per vraag gekeken is of beide groepen van elkaar verschillen.

Zoals te zien is in Tabel 1 zijn er geen verschillen tussen beide groepen wat betreft leeftijd en geslacht. Ook wat betreft de primaire problematiek blijken er geen verschillen tussen beide groepen, al lijkt de terugval onder de respondenten die eten als primair probleem aangaven groter te zijn. Het geringe aantal respondenten met een eetprobleem (n=5) beperkt echter de generaliseerbaarheid van deze conclusie. Wel blijkt er een verschil te zijn in de werksituatie. In de groep respondenten die is teruggevallen hebben relatief veel respondenten geen werk of zijn met pensioen (Tabel 2).

Op de verschillende items van de MANSA (Tabel 2) blijken enkele verschillen tussen de groep respondenten die wel en de groep respondenten die niet is teruggevallen. Ten tijde van de eerste meting blijken de respondenten die zijn teruggevallen minder positief te zijn over hun leven als geheel. Ook zijn de teruggevallen respondenten minder tevreden met het aantal en de kwaliteit van uw vriendschappen, minder tevreden met de dingen die ze doen in hun vrije tijd en minder tevreden met hun woonomstandigheden. Ook blijken de teruggevallen respondenten die een vaste partner hebben minder tevreden te zijn met die vaste partner dan de respondenten met een vaste partner die niet zijn teruggevallen. Tot slot zijn de teruggevallen respondenten minder tevreden met hun lichamelijke en psychische gezondheid. Al met al blijken de teruggevallen respondenten voor de terugval een mindere kwaliteit van leven te hebben ervaren dan de niet-teruggevallen respondenten.

De resultaten op de Rosenberg zelfwaarderingsschaal (Tabel 3) zijn in lijn met de resultaten op de MANSA. De teruggevallen respondenten scoren lager dan de niet-teruggevallen respondenten. De teruggevallen respondenten ervoeren dus voor de terugval een lagere zelfwaardering dan de niet-teruggevallen respondenten.

De resultaten op de AAAS-schaal voor zelfhulpgroepbetrokkenheid (Tabel 4) laten geen verschil zien tussen de respondenten die wel en niet zijn teruggevallen. Wel lijken de teruggevallen respondenten subjectief een gemiddeld minder sterke band met het fellowship te ervaren. Deze vraag is echter slechts door een beperkt aantal respondenten ingevuld (de vraag is pas later in het onderzoek aan de vragenlijst toegevoegd), waardoor de generaliseerbaarheid beperkt is.

3.2 Verschillen tussen respondenten die wel of niet zijn teruggevallen: voorspellers van relapse; multivariate analyses

Door middel van multivariate regressie analyses is nagegaan welke variabelen het beste terugval (relapse) voorspellen, of, anders geformuleerd, het meeste met terugval samenhangen. Tabel 5 geeft het resultaat van de analyse waarbij de items van de kwaliteit van leven schaal, de zelfwaarderingsschaal en de schaal voor zelfhulpgroepbetrokkenheid in de analyse werden opgenomen.

Tabel 5. Voorspellers van terugval; resultaten multivariate analyse

Hersteldimensies*	B	Sig.	Exp (B)	95% C.I. for Exp(B)	
				Lower	Upper
Subjectieve tevredenheid met invulling vrije tijd	-,624	,025	,536	,311	,924
Subjectieve tevredenheid met woonomstandigheden	-,695	,006	,499	,305	,816
Subjectieve tevredenheid met lichamelijke gezondheid	-,515	,042	,598	,364	,981

* gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht

Uit de resultaten blijkt dat drie herstelvariabelen significant samenhangen met terugval:

- 1) Subjectieve tevredenheid met invulling vrije tijd
- 2) Subjectieve tevredenheid met woonomstandigheden
- 3) Subjectieve tevredenheid met lichamelijke gezondheid

Respondenten die relatief laag scoren op deze variabelen hebben een grotere kans terug te vallen.

4 Resultaten van de kwalitatieve studie: de interviews met fellows van SolutionS

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de kwalitatieve analyses van de interviews met fellows. De volgende onderzoeksvragen staan in dit hoofdstuk centraal:

1. Wat zijn aanleidingen voor terugval onder fellows van SolutionS?
2. Hoe zou volgens fellows met een terugval de behandeling en nazorg van SolutionS verbeterd kunnen worden om terugval te voorkomen?

Voordat in paragraaf 4.2 wordt ingegaan op aanleidingen voor terugval en in paragraaf 4.3 op verbeter suggesties voor de behandeling, beschrijven we in paragraaf 4.1 de kenmerken van de geïnterviewden, redenen voor behandeling en welke doelen zij met de behandeling nastreven (abstinentie of gecontroleerd gebruik).

4.1 Kenmerken, redenen en doel behandeling

Er zijn 5 vrouwen geïnterviewd en 13 mannen. Hun leeftijd lag tussen de 23 en 61 jaar met een gemiddelde van 43 jaar. Het opleidingsniveau varieerde van MAVO tot een universitaire opleiding. De meeste geïnterviewden hadden een Hbo-opleiding afgerond (n=7). Het merendeel van de respondenten was ongehuwd/single (n=8).

Tabel 6 geeft weer welke primaire en secundaire verslavingen geïnterviewden naar eigen zeggen hadden ten tijde van hun behandeling.

Tabel 6. Primaire en secundaire verslaving van de geïnterviewden (n=18)

	Primaire verslaving	Secundaire verslaving
Alcohol	11	4
Cannabis	2	2
Snuifcoke	3	2
Speed, amfetamine	1	3
Ectasy, MDMA, MDEA, MDA, 2CB	-	2
GHB	-	2
Ketamine	-	1
Eten	-	1
Gokken	1	1
Seks, porno	1	1
Gamen	1 ⁴	-

In de meeste gevallen was sprake van een langdurige verslaving (10+ jaar), waarin verschillende soorten verslaving samengingen of elkaar opvolgden. De verslavingsperiodes varieerden van 2 tot 45 jaar. De geïnterviewde die aangaf 2 jaar verslaafd geweest te zijn, gaf aan al veel langer te hebben gedronken maar het toen nog niet als verslaving te zien. Ook in andere reacties is terug te zien dat geïnterviewden verschil maken tussen het gebruiken van een middel en het daadwerkelijk verslaafd zijn aan een middel.

“Ik gebruik het 40 jaar, 30 jaar verslaafd.” (resp. 17)

⁴ Niet duidelijk of dit om een primaire of secundaire verslaving ging.

“Ongeveer 20 jaar [verslaafd], maar voor die tijd al behoorlijk gebruikt. Maar er komt een moment waarop je lastig zonder kan en dat is zeker 20 jaar geleden.” (resp. 6)

De meeste geïnterviewden (n=9) zaten nog in een nazorgtraject tijdens interview. Bij anderen was dit traject al afgesloten (n=6) of zij waren zelf voortijdig gestopt (n=3).

Reden behandeling

Sommige geïnterviewden gaven aan dat het initiatief om in behandeling te gaan voor hun verslaving voornamelijk uit henzelf kwam, met als reden dat zij niet zelf konden stoppen of helemaal klaar waren met de situatie waarin zij zaten. Familie en vrienden waren voor deze respondenten een indirecte stimulans.

“Omdat ik op dat moment op de bodem van mijn eigen ik zat.” (resp. 2)

Andere geïnterviewden, die aan het begin van de behandeling zelf geen hulp wilden, noemden vaak vrienden/familie als directe stimulans om in behandeling te gaan.

“Ik ben zeker gestimuleerd door mijn omgeving, maar ik ben niet gedwongen. Mijn ex-vriendin wilde dat ik me liet opnemen. Als ik geen relatie met haar had gehad, was ik misschien niet in behandeling geweest.” (resp. 11)

Twee geïnterviewden zijn doorverwezen door een andere hulpverlener, maar ook hier speelden familie en vrienden een rol bij de beslissing om in behandeling te gaan. Eén van de geïnterviewden is in behandeling gegaan om zijn baan te kunnen behouden. Tot slot werd terugval als reden genoemd om (opnieuw) in behandeling te gaan.

Doel behandeling

De meeste geïnterviewden hadden als doel van de behandeling om abstinentie te bereiken, een minderheid ging voor gecontroleerd gebruik en één geïnterviewde begon zonder specifiek doel aan de behandeling.

4.2 Aanleidingen voor terugval

In deze paragraaf staat de vraag naar aanleidingen voor terugval centraal. Er wordt hierbij gefocust op de vier vormen van herstel: klinisch herstel, functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel.

4.2.1 Klinisch herstel

Klinisch herstel betekent de afname van verslavingssymptomen en middelengebruik. Hieronder wordt ingegaan op middelengebruik na behandeling en preoccupatie als mogelijke aanleidingen van terugval. Eerst wordt beschreven wat de geïnterviewden zelf onder terugval verstaan.

Terugval

In de interviews werd een terugval door de onderzoekers omschreven als ‘wanneer je zodanig grote hoeveelheden van het middel hebt ingenomen dat het een negatieve invloed had op jouw normale functioneren (werk en privé)’. Geïnterviewden bleken echter verschillend aan te kijken tegen wat een terugval precies is.

“Jullie definitie van terugval is dat je zoveel gebruikt dat je niet meer kan functioneren. Mijn definitie is anders. In principe is ieder gebruik voor mij terugval.” (resp. 10)

Een andere geïnterviewde ziet dat juist anders:

“Ik vind dat nog steeds, dat als je er eentje pakt dat je dan niet meteen een terugval hebt.” (resp. 17)

Middelengebruik na behandeling

Een aantal geïnterviewden gaf aan het middel waaraan zij verslaafd waren geweest al eens te hebben gebruikt vóór hun daadwerkelijke terugval. De redenen om het middel te gebruiken waren voornamelijk het verdoven van bepaalde gevoelens of een gevoel van onrust weg willen nemen.

Ook noemden een aantal geïnterviewden een substituuut van het verslavende middel als toeleiding naar een “echte” terugval. Het ging bijvoorbeeld om alcoholvrij bier (primaire verslaving = alcohol) of gratis gokken via internet (primaire verslaving = gokken).

“Het begon met dat [gokken] op m’n telefoon. Ik dacht dat is zonder geld, dat kan wel, maar dat kan dus ook niet. Net als je alcoholvrij bier gaat drinken. Als je het aan de gang zet, je kan niet meer stoppen.” (resp. 16)

Preoccupatie

Onder preoccupatie (veel aan het middel denken/in je hoofd met gebruik bezig zijn) als mogelijke aanleiding voor een terugval werden voornamelijk het ‘met zichzelf onderhandelen om te gebruiken’ en het plannen van gebruik verstaan.

“[Het] begint met onderhandelen, mezelf verleiden. Ik verheerlijk de roes, ik vergeet alle consequenties, neem mezelf voor dat het voor een dag is.” (resp. 11)

“Ja, dat begon vaak in de avonduren [preoccupatie]. Dan was ik plannen aan het bedenken. Hoe ga ik ongemerkt gebruiken.” (resp. 8)

Deze symptomen van preoccupatie hingen vaak samen met een lange toeloop naar de terugval. Eén van de geïnterviewden noemt dit dan ook het “fuck off moment”:

“En dan ging ik toch even kijken naar die drank [in supermarkt]. Ik was er wel mee bezig. Dat zorgde wel voor trek [craving]. Dat had ik die week wel, maar daarna was dat wel weer weg. Vond ik wel weer rust. En eigenlijk tot dat fuck off moment had ik dat niet meer.” (resp. 16)

Waar sommige geïnterviewden al weken voor de terugval preoccupatie ervoeren, gaven andere respondenten aan dat de terugval iets was wat hen “gewoon” overkwam of beschreven het als “een bliksemslag bij heldere hemel”.

“Nee [ervaren van symptomen]. Dat ik naar de kroeg ging in plaats van de supermarkt, dat overkomt je dan gewoon. Het lijkt wel of er even kortsluiting ontstaat en het verstand is dan even verdwenen.” (resp. 9)

4.2.2 Functioneel herstel

Functioneel herstel heeft betrekking op het herstel van lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren, zodat iemand voor hem of haar relevante rollen kan vervullen. Hieronder wordt beschreven op welke manieren het

lichamelijk en psychisch functioneren en het innemen van verschillende sociale rollen van de geïnterviewden in relatie stond tot hun terugval.

Lichamelijk functioneren

Een aantal geïnterviewden voelde zich voor de terugval lichamelijk gespannen, nerveus of vermoeid. Eén van de respondenten merkte dat het gebrek aan koken en het overslaan van ontbijt al een teken was dat het niet goed met haar ging. Andere geïnterviewden voelden zich lichamelijk “goed” of “niet verkeerd” voor de terugval. Voornamelijk “normale” eet- en beweegpatronen werden gebruikt als voorbeelden van dat het goed ging.

Psychisch functioneren

Slechts twee geïnterviewden gaven aan psychisch goed te functioneren voor de terugval. De andere geïnterviewden gaven aan voorafgaand aan de terugval depressiviteit, stress en somberheid te hebben ervaren. Emoties, zowel negatieve als positieve, hadden een grote invloed op het psychisch functioneren van de geïnterviewden.

“Voor mij zijn dat wel de alarmbellen van frustratie en emoties [symptomen terugval]. Ik koerste wel af op een terugval, maar niet zozeer dat ik het zag aankomen. Ik was niet bewust bezig om het lekker te maken in mijn hoofd ofzo.” (resp. 11)

“Je bent gewoon niet goed bij je hoofd. Je zit dingen te denken, waarvan ik nu denk ‘dat mens is getikt’, totaal van de pot gerukt.” (resp. 15)

Eén van de geïnterviewden wist niet hoe om te gaan met een “goed gevoel”:

“Eigenlijk ging alles ineens goed. En toen heb ik gewoon drank gekocht. Dat gevoel wat ik had, wilde ik vasthouden. En dat heb ik gedronken.” (resp. 13)

Enkele geïnterviewden gaven aan dat ze zich niet bewust waren dat het psychisch minder ging of dat zij dat niet wilden inzien.

Sociaal functioneren

Ongeveer de helft van de geïnterviewden gaf aan dat zij goed sociaal functioneerden voor de terugval. Vaak waren ze bezig met het herstellen van sociale contacten met familie, partner en/of vrienden of was het contact altijd goed gebleven. Ook een verbetering van sociale contacten werd genoemd. Opvallend is dat voor sommige geïnterviewden beter contact met familie juist bijdroeg aan terugval.

“Ik was heel blij dat ik met hun [dochter en kleinkind van geïnterviewde] naar de kermis mocht. Ik heb ook al heel lang relatieproblemen, mijn man wilde nooit in therapie. En hij had toen net besloten in therapie te gaan. Dat heeft wel een rol gespeeld [bij terugval].” (resp. 13)

Voor anderen was er sprake van een sociaal isolement, waarbij contacten bewust werden afgehouden. Redenen hiervoor waren het “zelf willen doen” of een manier om te dealen met negatieve gedachten of gevoelens. Ook het niet willen teleurstellen van de directe omgeving speelde mee, wat onder andere resulteerde in liegen en smoesjes. Deze droegen vervolgens weer bij aan terugval, waarbij respondenten aangaven dat terugval zelfs voorkomen had kunnen worden als zij eerlijk waren geweest tegen familie of vrienden.

“Ik heb dan het idee van ‘ik heb ze mooi voor de gek gehouden’, maar het stomme is dat ik mezelf voor de gek houd.” (resp. 8)

“Nee, want op een gegeven moment ben ik gewoon gestopt met delen weer. Je komt heel open uit de kliniek met alle bevindingen en nieuwe levenslessen. Dat laat je op een gegeven moment los. Je neemt telefoontjes niet meer op, want je bent weer op je hoede. Daar begint al je terugval.” (resp. 2)

Opvallend is dat veel van de geïnterviewden relaties met vrienden of familie vooral zien als een indirecte aanleiding voor terugval, de directe aanleiding zochten ze vaak bij zichzelf. Naast leugens en sociaal isolement werden ook bewijsdrang dat het weer goed gaat of ontbrekend vertrouwen uit de omgeving genoemd als factoren die indirect mee konden spelen.

“Dat vertrouwen was nog lang niet helemaal terug. Dat zijn wel de mensen tegen wie ik had gezegd dat het supergoed ging, terwijl dat niet zo was. Maar dat is meer mijn eigen aandeel. Ik wil me heel graag aan hun bewijzen. In die zin hebben ze een rol gespeeld.” (resp. 8)

De meerderheid van de geïnterviewden had tijdens het moment van terugval een relatie. In de helft van de gevallen speelde de partner geen prominente rol bij terugval. Relaties waarin de partner wel een prominente rol had bij hun terugval, liepen volgens de geïnterviewden vaak al moeizaam. Problemen binnen de relatie was in deze gevallen vaak de directe aanleiding voor terugval. Een gebrek aan vertrouwen werd veelal genoemd, maar ook ongelijkwaardigheid (zich een patiënt voelen) of onbegrip.

“Rol bij terugval is wel dat stukje onbegrip wat mijn man kan tonen (...). De fellows en mijn beste vriendin begrijpen het wel.” (resp. 16)

“Confrontatie met vriendin [aanleiding terugval]. Niet meteen laten zien dat ik er alles aan wilde doen om clean te blijven. Waardoor zij boos werd en ik weer een kutgevoel kreeg.” (resp. 18)

Tot slot bleek het niet eerlijk zijn tegenover zichzelf en de omgeving en het hebben van geheimen voor de omgeving belangrijke factoren te zijn die terugval volgens geïnterviewden voorspellen.

Contacten met fellows en medegebruikers

Veel van de geïnterviewden bleven contact houden met andere cliënten of fellows van SolutionS. Eén van de geïnterviewden gaf aan dat het contact bij hem zorgde voor praktische en financiële hulp, waar een andere geïnterviewde aangaf geconfronteerd te worden met zijn tekortkomingen (achteraf blij mee). Geïnterviewden die in een sociaal isolement verkeerden, hielden vaak contacten met andere cliënten af. Met vrienden en kennissen die zelf gebruikten, werd ook vaak bewust contact afgehouden.

4.2.3 Maatschappelijk herstel

Maatschappelijk herstel houdt in dat iemand zijn maatschappelijke positie terugkrijgt op het gebied van wonen, arbeid en dagbesteding. Hieronder wordt beschreven op welke manieren de aspecten woon- en leefsituatie, werk en dagbesteding mogelijke aanleidingen kunnen zijn van terugval.

Woonsituatie

Geïnterviewden die niet tevreden waren over de woonsituatie waarin zij verkeerden, gaven allen een directe relatie aan met hun terugval. Belangrijk is dat er door de respondenten een onderscheid werd gemaakt tussen fysieke aspecten (woning zelf) en sociale aspecten (situatie). De woonsituatie kan dus zowel een type woning zijn als een sfeer in huis. Eén van de geïnterviewden maakte onderscheid tussen woon- en leefsituatie:

“Geen [relatie terugval], tenminste niet de woonsituatie. Dat is toch wat anders dan leefsituatie? Ik ervaarde wel vaak eenzaamheid, dat is je leefsituatie. Ik zat vaak alleen, ik voelde me alleen.” (resp. 10)

Sociale aspecten als een onwelkome, verwaarloosde sfeer thuis of eenzaamheid door alleen wonen werden voornamelijk genoemd als factoren die bijdroegen aan terugval.

“11 april kwam ik uit de kliniek en 14 april heeft ze haar spullen gepakt en is ze weggegaan. In haar beleving gewoon tijdelijk, maar voor mij was dit exit [...]. Na 14 april heb ik 2 weken de balans opgemaakt voor mezelf en toen ben ik teruggevallen. Weinig in mijn leven had nog zin.” (resp. 6)

Eén van de geïnterviewden gaf aan niet tevreden te zijn over de woning zelf (fysiek). Hij zat midden in een verhuizing, waardoor het zowel bij zijn vriendin als in zijn eigen, nieuwe woning “een zootje” was. Dit leidde volgens hem tot onrust en paniek, wat uiteindelijk de reden van terugval was.

Een ander deel van de geïnterviewden was juist tevreden over de woonsituatie waarin zij zaten ten tijde van terugval. Redenen voor tevredenheid waren onder andere een prettige woning, fijne buurt of mogelijkheden om te kunnen participeren binnen de wijk.

Dagbesteding

Geïnterviewden die aangaven ten tijde van terugval geen dagbesteding te hebben, brachten dit direct in relatie met terugval. De belangrijkste aanleiding die genoemd werd is een gebrek aan structuur, wat vaak samenhang met het wegvallen van werk of een studie. Gevoelens van onbegrip of onzekerheid kwamen hierbij kijken. Eén van de geïnterviewden gaf aan dat hij zich voornamelijk bezighield met zijn “maatschappelijke leven” weer op orde krijgen; het verlies van zijn baan haalde de structuur uit zijn leven:

“Dat werk was niet meer, dus ik was weer structuurloos. Vanaf de ene op de andere dag was mijn structuur weer helemaal naar mijn actieve verslaving gericht.” (resp. 2)

“Ik zat thuis achter mijn laptop te hangen, mijn zonden te overdenken. Ik had geen structuur. Alles lag overhoop op dat moment. Ik was heel boos, voelde wrok, onbegrip. Heel veel symptomen die een terugval in de hand werken.” (resp. 6)

Ook spreken geïnterviewden over het dagprogramma dat zij meekregen vanuit de kliniek, maar dat vaak niet lang vol werd gehouden. Redenen hiervoor waren het tegenstaan van bepaalde regels of het voelen van een bepaalde druk. Tevens kwam het voor dat geïnterviewden gedurende de middag structuur ervaarden, maar in de avond vaak niks te doen hadden.

Enkele geïnterviewden gaven aan tevreden te zijn over de dagbesteding die zij hadden, maar dat zij ‘teveel wilden’. Het teveel willen doen leidde uiteindelijk tot onvrede en droeg daarmee bij aan terugval. Het niet kunnen vervullen van bepaalde eigen verwachtingen rondom werk of studie speelde daarnaast ook een rol bij terugval.

4.2.4 Persoonlijk herstel

Persoonlijk herstel heeft betrekking op de voor de betrokkene belangrijkste waarden en doelen. Het gaat hier om concepten als zelfwaardering, positieve emoties en innerlijke motivatie, waaronder zingeving en spiritualiteit.

“Bij SolutionS krijg je verschillende handvaten; grenzen aangeven, dingen niet te sterk op jezelf betrekken, jezelf in een positief daglicht te zien. Maar als je al 20 jaar een bepaald gedachtenpatroon gewend bent, dan kost het wel wat moeite om dat onder de knie te krijgen. Voordat je het weet zit je weer in je oude denkpatroon en onzekerheden. Het is ontzettend vermoeiend om steeds die negatieve gedachten onklaar te maken.” (resp. 18)

Eigenwaarde

Er komt duidelijk naar voren dat geïnterviewden veelal niet tevreden waren over zichzelf voor de terugval. Eigenwaarde lijkt vaak makkelijk beïnvloedbaar door externe factoren, waardoor intrinsieke motivatie om herstel vast te houden lastig wordt. Onzekerheid rondom werk en het wegvallen van structuur was één van de factoren die bij kon dragen aan een lage eigenwaarde.

“Ik loop ook nog eens in de ziekte met zogenaamde burn-out klachten. Dat noemen ze bij SolutionS heel anders. Ik ben gewoon een verslaafde die niet in staat is zijn werk nog te doen.” (resp. 6)

Waar prestatiedruk en onzekerheid door (afwezigheid van) werk een negatieve invloed konden hebben op eigenwaarde, werd door andere geïnterviewden juist hun werk genoemd als factor voor het verhogen van eigenwaarde.

“Nooit kwijtgeraakt [tevredenheid over zichzelf]. Je ontwikkelt een mechanisme dat je in de periodes dat het er echt op aan kwam op je werk gewoon niet dronk.” (resp. 9)

Voor andere geïnterviewden had hun relatie een negatieve invloed op hun eigenwaarde, aangezien deze voornamelijk vanuit de acceptatie van de partner leek te komen. Kritiek of een gevoel van afwijzing zorgden voor (bevestiging van) een slecht zelfbeeld.

“Ik haalde mijn eigenwaarde uit het feit of die jongen wel of niet wou. Mijn eigenwaarde was niet hoog, nog steeds niet.” (resp. 3)

“Waarom gaf ik elke keer weer toe nadat we uit elkaar gingen? Dat doet wat met je eigenwaarde. Het werkt als een soort verslaving.” (resp. 4)

Niet elke geïnterviewde benoemde expliciet de reden van een lage eigenwaarde, maar deze lijkt samen te hangen met het niet kunnen bereiken van eigen (te hoge) verwachtingen. Zichzelf naar beneden halen, schaamte, niks voor elkaar krijgen en wegvlugten zijn antwoorden die dit illustreren.

“Ik ben dan meedogenloos voor mezelf.” (resp. 11)

“Nee, want ik vond eigenlijk dat ik het allemaal moest kunnen. Daar blijf ik last van hebben. Vandaar dat ik die heuvels moet maken en niet die grote berg.” (resp. 16)

Motivatie en plezier in het leven

Op de vraag of geïnterviewden plezier in het leven ervoeren voor de terugval werd veelal negatief geantwoord. Een gevoel van uitzichtloosheid, negatieve gedachten en afwijzing waren de voornaamste redenen. Ook “gevoelloos” wordt genoemd, waar het volgens deze respondent voornamelijk om overleven ging.

“Toen had ik zo’n periode van ‘pfff komt hier ooit een eind aan.’” (resp. 5)

“Geen perspectieven, geen structuur, een soort uitzichtloosheid.” (resp. 6)

Moeite met een ritme of het vasthouden van werk of school speelde voor sommige geïnterviewden hierin mee.

“Ik was heel gemotiveerd om verder te gaan met school en dat viel behoorlijk tegen.” (resp. 8)

Andere geïnterviewden gaven aan dat zij wel plezier in het leven ervoeren, maar dat dit vlak voor de terugval veranderde. Voor de één ontstond er een “laat maar” gevoel, waar de ander een paar dagen voor terugval voornamelijk haar gedachten bij het middel had. Opvallend is dat één van de geïnterviewden plezier ervoerde door het focussen op aspecten van terugval (seksuele aandacht: seks als primaire verslaving). Het uitkijken naar een nieuwe dag was bij hem aanwezig, maar was onlosmakelijk verbonden met het toewerken naar terugval.

“Dat is de shitty thing. Ik kan tijdens zo’n terugval het idee hebben van ‘ik vind het best wel prettig zo. Ik heb mezelf wel laten opnemen en daar heb ik heel veel dingen geleerd, maar ik ga gewoon weer voor dit leven kiezen’.” (resp. 10)

4.3 Behandeling SolutionS: suggesties voor verbetering

De geïnterviewde cliënten en ex-cliënten met een terugval is gevraagd naar hoe zij denken dat de behandeling van SolutionS verbeterd kan worden om terugval te voorkomen. Hierbij was aandacht voor de volgende aspecten: 1) aandacht voor het voorkomen van terugval (klinisch en nazorg), 2) voorbereiding op een eventuele terugval en 3) de waarde van spiritualiteit binnen de behandeling.

4.3.1 Aandacht voor voorkomen van terugval

Tijdens behandeling (klinisch)

Over het algemeen waren geïnterviewden tevreden over de aandacht die werd besteed aan het voorkomen van terugval tijdens de behandeling. Opvallend is dat terugval meer gerelateerd werd aan een verkeerde motivatie waarmee ze aan de behandeling waren begonnen. Geïnterviewden hielden de reden van terugval daarmee voornamelijk bij zichzelf.

“Terugvalgerelateerd niet [meer aandacht nodig tijdens behandeling]. Dat is niet te registreren. Je moet zelf zo sterk zijn om die regie wel te houden over je leven.” (resp. 2)

“Nee, het is net als met rijlessen. Het echte leren rijden leer je pas als je zelf alleen achter het stuur zit. Al doende leer je. Het is vallen en opstaan.” (resp. 18)

“Die behandeling is echt goed, maar alleen als je er ook met de juiste mindset binnenkomt. Dat was bij mij niet het geval.” (resp. 7)

Een aantal geïnterviewden geeft aan dat zij tijdens de behandeling een verslaving verzwegen of dat zij niet eerlijk waren over de situatie waarin zij zaten. Eén van hen stelt dat hier meer op door gevraagd had kunnen worden, terwijl een andere geïnterviewde aangeeft: “[...] konden zij ook niet ruiken”. Bij beiden droeg dit in grote mate bij aan terugval.

Het omgaan met negatieve emoties en de behandeling meer op de realiteit buiten de kliniek focussen, werden door sommigen genoemd als verbeteringsuggestie. De overstap van SolutionS naar “de grote boze wereld” was voor sommigen erg lastig.

Andere punten van aandacht die werden genoemd zijn de afwezigheid van onderbrekingen in het dagprogramma, wat het erg vermoeiend maakte, en te weinig individuele therapie.

Nazorg

Geïnterviewden waren over de nazorg een stuk minder positief. Er komt meerdere keren naar voren dat men geen match voelde met de counselor die zij hadden en zich hierdoor niet begrepen voelden of niet eerlijk durfden te zijn.

“Misschien de counselors beter matchen bij bepaalde mensen. Aan een andere counselor had ik wel meer gehad.” (resp. 3)

“De laatste terugval heb ik nog steeds niet eerlijk verteld binnen SolutionS. Eerlijkheid vind ik ontzettend lastig. Met jou kan ik eerlijk zijn, want jij gaat geen mening over mij ventileren. Maar als ik bij mijn counselor zit, wordt er wel een mening gegeven. En iets in me is als de dood voor afkeer of negatieve meningen. Daardoor durf ik niet eerlijk te zijn, dat remt in herstel.” (resp. 11)

Voor sommigen bleek de nazorg ook niet goed aan te sluiten bij dat wat zij tijdens de behandeling hadden meegekregen. Dit kon gaan om zowel materiaal (handboek) als het oppakken van het leven buiten de kliniek.

“In hun ogen was er een ‘onze size fits all’ oplossing en ik had meer iets van dat dat op mij aangepast had moeten worden.” (resp. 4)

Daarnaast gaven geïnterviewden aan dat de nazorg-groepen niet altijd nuttig zijn, omdat zij geen inhoudelijke aansluiting konden vinden, zich niet serieus genomen voelden of hier individuele begeleiding miste. Praktische punten als locatie en tijden waarop de nazorg-groepen gehouden werden, werden door sommigen ook als belemmering ervaren.

“Als je ergens naar toe wou, moest je met de bus naar SolutionS, ben je zo een paar uur mee kwijt. Als ik dat aanklaagde, zeiden ze dat ik verder toch niks te doen heb, maar dat is helemaal niet waar. Dan is het verhaal afgekapt.” (resp. 9)

“Met pijn en moeite kan ik voor drie dagen werk vinden. Dus ik kan vaak niet op die dagen. Zij zeggen dan wel ‘ga je voor werk of voor herstel?’ Natuurlijk ga ik voor herstel, maar dat moet ik wel kunnen betalen.” (resp. 10)

4.3.2 Waarde van spiritualiteit in behandeling

De meesten ervoeren de meditatie en aandacht voor spiritualiteit tijdens de behandeling als positief. Relativeren, rust vinden en loslaten waren aspecten die volgens geïnterviewden bijdroegen aan herstel. Een deel van hen bleef na de behandeling bezig met meditatie of mindfulness. Een aantal respondenten had echter meer moeite om het nut van de meditatie in te zien. Zij hadden hier graag wat meer uitleg bij gehad.

“Klein puntje van kritiek: bepaalde categorie mensen, waar ik ook onder viel, hebben het nodig dat er meer aandacht wordt besteed aan het nut ervan. Dat spiritualiteit onderdeel uitmaakt van het geheel en van belang is voor je herstel.” (resp. 6)

“Op een gegeven moment moest ik voor een raam staan en zei een counselor, ‘zie je die eik, dat is je hogere macht’. Naast me staan er dan vier die zeggen ‘oja, ik voel het’. Ik heb er gewoon helemaal niks mee, ik werd er kriegelig van.” (resp. 15)

5. Conclusie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk geeft de conclusies van de resultaten van zowel het surveyonderzoek als de interviews met fellows van SolutionS. In paragraaf 5.2 worden op basis van de resultaten aanbevelingen gegeven om de behandeling en nazorg van SolutionS te verbeteren.

5.1 Conclusie

De resultaten van de kwantitatieve studie (hoofdstuk 3) laten diverse verschillen zien tussen respondenten die teruggevallen zijn en respondenten die niet zijn teruggevallen. Op verschillende tevredenheidsschalen van de kwaliteit van leven schaal scoorden de teruggevallen respondenten circa een half jaar voor hun terugval significant lager dan de niet teruggevallen respondenten. Zo waren teruggevallen respondenten een half jaar voor hun terugval onder andere minder tevreden over hun leven als geheel, minder tevreden over hun vriendschappen en minder tevreden over hun vrijetijdsbesteding dan niet-teruggevallen respondenten. Ook scoorden de teruggevallen respondenten een half jaar voor hun terugval significant lager op de zelfwaarderingsschaal, zij voelden zich bijvoorbeeld vaker nutteloos dan niet-teruggevallen respondenten. De resultaten van deze analyses wijzen daarmee allen in dezelfde richting, namelijk dat de teruggevallen respondenten er voor hun terugval zowel op kwaliteit van leven als zelfwaardering minder goed voor stonden dan de niet teruggevallen respondenten.

De belangrijkste voorspellers van terugval bleken een lagere ervaren tevredenheid met:

- 1) de invulling van vrije tijd;
- 2) de woonomstandigheden en
- 3) de lichamelijke gezondheid.

Dit impliceert dat met name een beperkt maatschappelijk herstel een terugval voorspelt.

Een significant verschil tussen wel en niet teruggevallen respondenten in de mate waarin zij zich betrokken voelden bij de zelfhulpgroepen werd niet gevonden. Het huidige onderzoek laat dus niet zien dat een hogere betrokkenheid bij een zelfhulpgroep samenhangt met een lagere kans op terugval een half jaar later. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat respondenten die wel aan de eerste, maar niet aan de tweede meting hebben deelgenomen lager scoorden op zelfhulpgroepbetrokkenheid. Mogelijk heeft deze non-respons bias de resultaten vertekend.

Ook in de interviews met fellows van SolutionS die een terugval hebben meegemaakt, stonden terugval en voorspellers van terugval centraal. Interessant is hier te bekijken in hoeverre de resultaten uit de kwantitatieve studie worden ondersteund door de resultaten uit het kwalitatieve deel. Blijkt ook uit de interviews dat de teruggevallen fellows een beperkt maatschappelijk herstel ervoeren? Met name de tevredenheid met de invulling van vrije tijd en de woonomstandigheden zijn hier relevant, omdat deze items significante voorspellers bleken. Wat betreft besteding van vrije tijd (dagbesteding) blijkt inderdaad dat dit door de geïnterviewden werd gelinkt aan hun terugval. Diverse geïnterviewden noemden het gebrek aan structuur in hun leven, bijvoorbeeld omdat ze geen werk meer hadden, als belangrijke aanleiding voor hun terugval. Ook de woonsituatie werd door een deel van de geïnterviewden genoemd als aanleiding voor terugval. Degenen die hier niet tevreden over waren, brachten dit allen in verband met hun terugval. Uit de interviews bleek echter dat zij dit vooral relateerden aan de sociale woonsituatie (sfeer, met wie ze wonen) en minder aan de fysieke woonomstandigheden (de woning zelf). Uit de kwantitatieve analyses kwamen juist de woonomstandigheden als significante voorspeller naar voren, maar niet de tevredenheid met de sociale woonsituatie.

Daarnaast bleek een lagere tevredenheid met de lichamelijke gezondheid in het kwantitatieve onderzoek een voorspeller van terugval. Zien we dit ook terug in de resultaten uit de interviews? Een deel van de geïnterviewden vertelde zich lichamelijk gespannen, nerveus of vermoeid te voelen voorafgaand aan de

terugval. Dat waren voor hen signalen dat het niet goed ging. Een ander deel gaf echter aan geen problemen te ervaren met de lichamelijke gezondheid voorafgaand aan de terugval.

Andere factoren die door de geïnterviewden aan hun terugval werden gelinkt waren met name problemen met het psychisch functioneren: minder plezier hebben in het leven en gebrekkige eigenwaarde. Problemen op deze gebieden werden ook in het kwantitatieve onderzoek in sterkere mate onder de teruggevallen respondenten gezien dan onder de niet-teruggevallen respondenten, maar deze factoren bleken echter niet de voornaamste voorspellers van terugval te zijn.

5.1.1 Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek is gedaan met een beperkt aantal respondenten. Met name de groep die was teruggevallen, was binnen het surveyonderzoek relatief klein (22 cliënten). Tevens was er sprake van selectieve uitval.

Respondenten die beide vragenlijsten hebben ingevuld waren gemiddeld ouder en voelden zich sterker verbonden bij de zelfhulpgroep dan de respondenten die alleen de eerste vragenlijst hebben ingevuld. Mogelijk heeft deze non-respons bias de resultaten vertekend.

5.2 Aanbevelingen voor behandeling en nazorg van Solutions

Dit onderzoek laat zien dat met name een beperkt maatschappelijk herstel een terugval lijkt te voorspellen. Meer specifiek blijkt uit dit onderzoek ontevredenheid met de invulling van vrije tijd en de woonomstandigheden (indicatoren van maatschappelijk herstel) en een slechtere lichamelijke gezondheid (indicator van functioneel herstel) de kans op een terugval in de daaropvolgende zes maanden te vergroten. Wanneer counselors alert zijn op signalen van een subjectief tekortkomen op één van deze gebieden en hij of zij hier vervolgens adequaat op reageert en interenieert, zou dit de kans op terugval kunnen verkleinen en de kans op succesvol herstel vergroten. Het is aan te bevelen counselors te trainen op het herkennen van dergelijke signalen op de gebieden vrije tijd, woonomstandigheden en lichamelijke gezondheid.

Uit de interviews met fellows kwamen verschillende aanbevelingen naar voren. De belangrijkste suggesties van deze fellows waren:

- Sterkere focus tijdens de behandeling en nazorg op de realiteit van het leven buiten de kliniek;
- Meer momenten van rust inbouwen in het dagprogramma;
- Meer individuele therapie bieden;
- Scherper letten op de juiste match van counselor en cliënt;
- Beter rekening houden met praktische belemmeringen van cliënten om nazorggroepen te kunnen bezoeken.

Dit onderzoek geeft aanleiding tijdens de nazorg extra aandacht te hebben voor het functioneren op lichamelijke gezondheid, de invulling van de vrije tijd en de woonomstandigheden. Fellows zelf geven onder meer aan meer voorbereid te willen worden op de extramurale fase. Vervolgonderzoek onder grotere aantallen respondenten zou de conclusies kunnen bevestigen en verder kunnen uitdiepen welke mechanismen de kans op terugval vergroten.

Literatuur

GGZ Nederland. (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg : focus op preventie en herstel*. Amersfoort.

Humphreys, K., Kaskutas, L. A., & Weisner, C. (1998). The Alcoholics Anonymous Affiliation Scale (AAAS). Stanford University School of Medicine.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. (2017). *Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving*. Utrecht.

Nieuwenhuizen, C. Van, Schene, A. H., & Koeter, M. W. J. (2000). Manchester verkorte kwaliteit van leven meting (MANSA VN-16).

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press.

Bijlage 1. Non-responsanalyse

Om na te gaan of er sprake is van selectieve uitval van respondenten, waardoor de resultaten zouden kunnen zijn vertekend, zijn de respondenten die beide vragenlijsten hebben ingevuld vergeleken met de respondenten die enkel de eerste vragenlijst hebben ingevuld (non-responsanalyse). Achtereenvolgens zijn de achtergrondgegevens vergeleken, de scores op de items van de MANSA, de Rosenberg zelf-waarderingsschaal (self-eesteem) en de AAAS.

De resultaten van de non-responsanalyse maken duidelijk dat de respondenten die beide vragenlijsten hebben ingevuld gemiddeld ruim vier jaar ouder zijn dan de respondenten die alleen de eerste vragenlijst hebben ingevuld (resp. 47,5 jaar vs. 43,2 jaar). Er bleken geen verschillen te bestaan tussen de respondenten die wel of niet de tweede vragenlijst hebben ingevuld wat betreft geslacht, primaire problematiek, de verstreken tijd sinds de laatste opname bij SolutionS en het al dan niet deelnemen aan de nazorg van SolutionS.

Ook op de verschillende domeinen van de Manchester verkorte kwaliteit van leven meting en op de Rosenberg zelf-waarderingsschaal bleken er geen verschillen te bestaan tussen de respondenten die wel en die niet ook de tweede vragenlijst hebben ingevuld.

Wel bleek er een verschil wat betreft de mate van waarin men zich betrokken voelde bij de AA (of verwante zelfhulpgroepen als NA, AGOG, OA, EDA, SLAA, etc.). Respondenten die beide vragenlijsten hadden ingevuld bleken zich sterker betrokken te voelen bij de zelfhulpgroep dan de respondenten die enkel de eerste vragenlijst hadden ingevuld. Dit bleek uit bijvoorbeeld het vaker hebben gelezen van boeken, tijdschriften of andere lectuur afkomstig van de zelfhulpgroep of het vaker hebben gedaan van een dienst bij de zelfhulpgroep.

Tabel 1. Vergelijking van de respondenten die beide vragenlijsten hebben ingevuld met respondenten die enkel de eerste vragenlijst hebben ingevuld: achtergrondgegevens

Achtergrond	Enkel T0 (n=59)	T0 en T1 (n=123)	Sign.
Leeftijd (jaar)	43,2 (s.d. 13,3) min. 23, max. 72	47,5 (s.d. 12,6) min. 21, max. 76	p = ,035
Geslacht (man)	71,2% (n=42)	60,2% (n=74)	n.s.
Primaire problematiek (n)			n.s.*
- Alcohol	55,9% (33)	68,6% (83)	
- Cocaïne	15,3% (9)	14,0% (17)	
- Cannabis	8,5% (5)	5,0% (6)	
- Stimulantia (speed, amfet.)	3,4% (2)	1,7% (2)	
- GHB	1,7% (1)	0,8% (1)	
- Opiaten	0 (0%)	0,8% (1)	
- Eten	3,4% (2)	4,1% (5)	
- Seks	6,8% (4)	2,5% (3)	
- Gokken	3,4% (2)	1,7% (2)	
- Gamen	1,7% (1)	0,8% (1)	
Tijd sinds begin laatste opname (maanden)	19,3 (s.d. 18,8)	21,8 (s.d. 19,7)	n.s.
In nazorg (ja)	43,9% (n=25)	31,4% (n=38)	n.s.

*: univariaat getoetst

Tabel 2. Vergelijking van de respondenten die beide vragenlijsten hebben ingevuld met respondenten die enkel de eerste vragenlijst hebben ingevuld: Manchester verkorte kwaliteit van leven meting

MANSA		Enkel T0 (n=59)	T0 en T1 (n=123)	Sign.
1	Hoe ervaart u op dit moment uw leven als geheel?*	5,3	5,4	n.s.
2	Werk situatie (n) - Betaalde baan, opleiding - Geen betaald werk, pensioen - Ziektewet Tevredenheid* - Betaalde baan, opleiding - Geen betaald werk, pensioen / Ziektewet	54,2% (32) 25,4% (15) 20,3% (12) 5,5 4,3	57,5% (69) 25,0% (30) 17,5% (21) 5,4 4,6	n.s. n.s. n.s.
3	Hoe tevreden bent u met uw financiële situatie?*	4,9	4,9	n.s.
4	Heeft u iemand die u een goede vriend of vriendin zou noemen? (ja)	96,6% (n=57)	97,6% (n=120)	n.s.
5	Heeft u de afgelopen week een vriend of vriendin ontmoet? (ja)	81,4% (n=48)	85,4% (n=105)	n.s.
6	Hoe tevreden bent u met het aantal en de kwaliteit van uw vriendschappen?*	5,2	5,3	n.s.
7	Hoe tevreden bent u met de dingen die u in uw vrije tijd doet?*	5,1	5,2	n.s.
8	Hoe tevreden bent u met uw woonomstandigheden?*	5,7	5,7	n.s.
9	Bent u in het afgelopen jaar beschuldigd van een misdrijf? (ja)	3,4% (n=2)	8,1% (n=10)	n.s.
10	Bent u in het afgelopen jaar slachtoffer geworden van lichamelijk geweld? (ja)	5,1% (n=3)	0,8% (n=1)	n.s.
11	Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?*	5,8	6,0	n.s.
12	Woont u samen of alleen? (samen) Tevredenheid* - Met de mensen waarmee men samenleeft - Met het feit van alleen wonen	62,7% (n=37) 5,7 5,0	63,4% (n=78) 5,7 5,2	n.s. n.s. n.s.
X1**	Heeft u wel of geen vaste partner? (wel) Tevredenheid* - Met vaste partner - Met het niet hebben van een vaste partner	57,6% (n=34) 6,1 4,4	57,0% (n=69) 5,8 4,7	n.s. n.s. n.s.
13	Hoe tevreden bent u met uw seksuele leven?*	4,7	4,4	n.s.
14	Hoe tevreden bent u met uw relatie met uw familie?*	5,2	5,2	n.s.
15	Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?*	5,0	5,3	n.s.
16	Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?*	5,1	5,3	n.s.

*: Likertschaal: 1 Kan niet slechter – 7 Kan niet beter

** : toegevoegde vraag

Tabel 3. Vergelijking van de respondenten die beide vragenlijsten hebben ingevuld met respondenten die enkel de eerste vragenlijst hebben ingevuld: Rosenberg zelf-waarderingsschaal

Self-eesteem*		Enkel T0 (n=59)	T0 en T1 (n=123)	Sign.
1	Over het geheel genomen ben ik tevreden over mezelf.	3,0	3,0	n.s.
2	Soms denk ik dat ik nergens goed voor ben.**	2,0	2,0	n.s.
3	Ik heb het gevoel dat ik een aantal goede eigenschappen heb.	3,3	3,3	n.s.
4	Ik kan de dingen net zo goed als andere mensen.	2,9	3,0	n.s.
5	Ik heb het gevoel dat ik niet veel heb om trots op te zijn.**	2,1	1,9	n.s.
6	Soms voel ik mij nutteloos.**	2,4	2,3	n.s.
7	Ik wou dat ik wat meer respect voor mezelf had.**	2,4	2,4	n.s.
8	Ik sta positief ten opzichte van mezelf.	2,8	2,9	n.s.
9	Ik voel me een mislukking.**	1,7	1,7	n.s.
10	Ik heb het gevoel dat ik iemand ben die wat waard is, in ieder geval evenveel als anderen.	3,1	3,2	n.s.
Tot.	Totaalscore	3,0	3,0	n.s.

*: Likertschaal: 1 Helemaal niet mee eens – 4 Helemaal mee eens

**: gespiegeld item

Tabel 4. Vergelijking van de respondenten die beide vragenlijsten hebben ingevuld met respondenten die enkel de eerste vragenlijst hebben ingevuld: Alcoholics Anonymous Affiliation Scale

AAAS		Enkel T0 (n=59)	T0 en T1 (n=123)	Sign.
1	Hoeveel bijeenkomsten van de AA (e.d.) heeft u naar schatting in uw hele leven bijgewoond? (n) - Geen - Minder dan 30 - Tussen 30 en 90 - Tussen 90 en 500 - Meer dan 500	3,4% (2) 12,1% (7) 32,8% (19) 46,6% (27) 5,2% (3)	1,6% (2) 11,5% (14) 18,0% (22) 57,4% (70) 11,5% (14)	n.s. n.s. p=,028 n.s. n.s.
2	Hoeveel bijeenkomsten van de AA (e.d.) heeft u de afgelopen 12 maanden bijgewoond?	77,8 (s.d. 72,8)	95,9 (s.d. 83,5)	n.s.
X1*	Hoeveel bijeenkomsten van de AA (e.d.) heeft u de afgelopen maand bijgewoond?	9,6 (s.d. 9,4)	9,8 (s.d. 7,8)	n.s.
3	Heeft u zich het afgelopen jaar (/wel eens) lid van de fellowship beschouwd? (ja)	82,1% (n=46)	91,7% (n=110)	n.s.
4	Heeft u het afgelopen jaar (/wel eens) contact gezocht met een fellowship voor hulp? (ja)	78,6% (n=44)	76,7% (n=92)	n.s.
5	Hebt u momenteel een AA (e.d.) sponsor? (ja)	52,7% (n=29)	63,6% (n=77)	n.s.
X2*	Als u geen sponsor heeft, in hoeverre bent u van plan een sponsor te zoeken? **	2,7 (n=26)	2,5 (n=44)	n.s.
6	Bent u het afgelopen jaar (/wel eens) sponsor voor iemand anders geweest? (ja)	20,0% (n=11)	32,2% (n=39)	n.s.

7	Hebt u het afgelopen jaar (/wel eens) door uw betrokkenheid bij de fellowship wel eens een spirituele ervaring gehad? (ja)	56,4% (n=31)	68,3% (n=82)	n.s.
8	Hebt u het afgelopen jaar boeken, tijdschriften of andere lectuur afkomstig van de fellowship gelezen? (ja)	76,4% (n=42)	90,9% (n=110)	p=,009
9	Hebt u het afgelopen jaar bij de fellowship een dienst gedaan? (ja)	67,3% (n=37)	81,8% (n=99)	P=,033
Tot.	Totaalscore	5,2 (s.d. 2,4)	6,2 (s.d. 2,2)	p=,014
X3*	Hoe sterk is uw band met het fellowship AA (e.d.)?***, ****	3,3 (s.d. 1,6)	4,5 (s.d. 1,7)	p=,003

*: toegevoegde vraag

**.: Likertschaal: 1 Zeker niet – 5 Zeker wel

***: deze vraag is niet alle respondenten voorgelegd (n=95)

****: Likertschaal: 1 Kan niet zwakker – 7 Kan niet sterker