Verkenning standaardisering van het programma ‘Fris Verder’

Een behandelprogramma voor ouderen met alcoholproblemen

Ruud Roodbeen, MSc
Mr. Dr. Rob Bovens
Prof. Dr. Dike van de Mheen

Tranzo, Wetenschappelijk Centrum voor Zorg en Welzijn
School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University

Oktober 2020

Samenvatting

Dit rapport bevat het verslag van een onderzoek naar Nederlandse behandelprogramma's voor ouderen met alcoholproblematiek, gebaseerd op Cognitieve Gedrags-Therapie. Deze programma's zijn gebaseerd op het programma Fris Verder, oorspronkelijk ontwikkeld door Victas (nu De Jellinek) en geadopteerd door Brijder, locatie Den Haag.
De naam Fris Verder werd door de deelnemers zelf gekozen. In dit rapport wordt 'Fris Verder' als gemeenschappelijke naam gebezigd voor de onderzochte programma's, ook al wordt deze naam niet in alle huidige bestaande programma's gebruikt en zijn er in de loop der tijd verschillen tussen de programma's ontstaan.

Doel van het onderzoek was de mogelijkheden tot standaardisering te onderzoeken, zodat op basis hiervan een valideringstraject gestart zou kunnen worden. Hieraan ligt ten grondslag de wens van de werkgroep alcohol en ouderen binnen Verslavingskunde Nederland (VKN) om het behandelaanbod voor ouderen met alcoholproblematiek te vergroten gezien de groei van deze problematiek in onze samenleving.
In dit onderzoek is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, documentanalyse en interviews met uitvoerders van bestaande programma's. De resultaten van dit onderzoek zijn aansluitend getoetst in een bijeenkomst van de werkgroep alcohol en ouderen.

Conclusie
Er zijn voldoende overeenkomsten tussen de programma's en deze bevatten ook de elementen die in de onderzoeksliteratuur als werkzaam worden beschouwd. Tevens bestaat er bij de uitvoerende instellingen voldoende draagvlak om een valideringstraject in te gaan, waarbij voor dat doel ook aanpassingen aan het eigen onderscheiden groepsaanbod kunnen worden gedaan (zoals een nazorgaanbod).
Daarnaast wordt door de geïnterviewden en door de werkgroep alcohol en ouderen binnen VKN de wens geuit de mogelijkheden te onderzoeken tot haalbaarheid en financiering van een voortraject ('voorzorggroep') en tot uitbreiding van het aanbod voor ouderen met (beginnende) alcoholproblematiek in eerdere fasen van de zorgketen.

Dankwoord

De uitvoerders van dit onderzoek danken de gesprekspartners vanuit de instellingen Brijder, De Jellinek, Verslavingszorg Noord-Nederland en GGZ Centraal voor hun bereidwilligheid informatie en inzichten met ons te delen ten behoeve van dit onderzoek. Daarnaast danken wij de leden van de werkgroep alcohol en ouderen van Verslavingskunde Nederland onder voorzitterschap van psychiater Rob Kok (Brijder) voor hun bijdrage.

Ruud Roodbeen
Rob Bovens
Dike van de Mheen

Inhoudsopgave

Samenvatting **2**

Hoofdstuk 1 Inleiding **4**
Fris Verder 4
Onderzoek 5
Doelstelling en Onderzoeksvragen 5
Afgrenzing 6
Aanpak 6

Hoofdstuk 2 Resultaten – beschrijving van de programma's **8**
Gemeenschappelijke elementen 8
Verschillen 8

Hoofdstuk 3 Resultaten – ervaringen & opinie **11**
Positionering van 'Fris Verder' 11
Doelstellingen 12
De meerwaarde van de intake 12
Fris Verder als groepsprogramma 13
Programmaduur 14
Groepsgrootte 15
Gesloten of open groep 15
Kenmerken deelnemers 15
Geschikte thema's 16
Programmaonderdelen voor Fris Verder 16
Benodigde competenties voor het begeleiden van Fris Verder 16
Behoefte protocol en bereidheid tot verandering 17

Hoofdstuk 4 Resultaten - werkzame elementen interventies alcohol, ouderen en Fris Verder **18**
Literatuurstudie 18
Werkzame elementen uit de literatuur en Fris Verder 19

Hoofdstuk 5 Conclusies en discussie **21**
Conclusie 21
Discussie 22

Literatuur **25**

Bijlage 1 Topiclijst **27**
Bijlage 2 Programmabeschrijvingen **33**

Hoofdstuk 1 Inleiding

Verslaving onder 55-plussers is een groeiend probleem in Nederland (Veerbeek, Heijkants & Willemse, 2017). Bij deze leeftijdsgroep is verslaving veelal gerelateerd aan alcoholgebruik. Zorgaanbieders zoeken naar mogelijkheden om een passend aanbod aan deze doelgroep te kunnen aanbieden (Bovens, Van Etten & Weingart, 2013). Voor volwassenen met verslavingsproblematiek in het algemeen worden tot op heden voornamelijk individuele en groepsgerichte Cognitieve Gedrags- Therapie (CGT) als evidence based bevonden interventies ingezet (Merkx, Korrelboom & De Wildt, 2015). Voor de leeftijdsgroep 55-plus is aan de CGT-protocollen een afzonderlijk addendum toegevoegd (Bovens, 2018).

Verspreid over het land is er sinds 2007 een toenemend aantal programma's voor de preventie en behandeling van alcoholproblematiek beschikbaar voor ouderen (55-plus), die gezien de meestal goede opkomst klaarblijkelijk in een behoefte voorzien (Bovens, Van Etten & Weingart, 2013; Duine, Van de Ven, Van der Linden & Gottmer, 2010; Hermes, Van Etten & Van den Berg, 2016). Uitvoerders zijn/waren onder andere Victas in de provincie Utrecht (inmiddels De Jellinek), Parnassia/Brijder, GGZ Breburg, GGZ Centraal en VNN. De ervaringen hiermee zijn overwegend positief (Hermes, Van Etten & Van den Berg, 2016). De programma's zijn echter tot op heden niet gevalideerd.

Omdat de meeste ontwikkelde programma's voor 55-plussers sterk op elkaar lijken – bijvoorbeeld in aandacht voor groepsdynamica, in een groter aantal sessies dan bij een groeps-CGT het geval is, of in het feit dat protocollen gebaseerd zijn op de CGT – heeft de landelijke werkgroep alcohol en ouderen binnen het netwerk Verslavingskunde Nederland de wens geuit te komen tot een standaardisatie van een groepsgericht aanbod. Deze standaardisatie van een groepsgericht aanbod zou moeten plaatsvinden naast de individuele CGT, waarbij het Fris Verder programma als basis gebruikt wordt. Achterliggende doelen van de vraag van Verslavingskunde Nederland en de werkgroep alcohol en ouderen zijn:

1. Binnen de verslavingszorg het behandelaanbod voor ouderen met alcohol/verslavings-problematiek te vergroten gezien de groei van deze leeftijdsgroep binnen de verslavingszorg;
2. Te komen tot de validatie van minimaal één vorm van groepsaanbod voor ouderen in Nederland.

In dit rapport wordt gesproken van de interventie 'Fris Verder' als gemeenschappelijke naam voor een groepsaanbod alcohol en ouderen, ook al wordt deze naam niet in alle huidige bestaande programma's gebruikt.

Fris Verder

Fris Verder is de naam van een groepsinterventie van Parnassia/Brijder in Den Haag, die gebaseerd is op een in 2007 bij Victas in Utrecht gestarte (en inmiddels gestopte) groepsinterventie voor ouderen met alcoholproblematiek. In de beginjaren volgde Fris Verder in grote lijnen de opzet en inhoud van het programma zoals dit oorspronkelijk was opgezet. Belangrijkste verschil in opzet met het Utrechtse initiatief was dat Fris Verder in Den Haag geen 'voorzorggroep' kende. Wel was hier naast het hoofdprogramma, net als in de Utrechtse situatie, sprake van terugkombijeenkomsten (nazorg).

Later in de tijd startten nieuwe initiatieven bij GGZ Centraal in Ermelo, bij VNN in Leeuwarden, bij Mondriaan in Heerlen[1] en (opnieuw) bij de rechtsopvolger van Victas (Arkin/De Jellinek) in Amersfoort. Door (andere) praktische omstandigheden, een andere setting waarin het programma werd gegeven, of ten gevolge van theoretische verdieping werd in de genoemde programma's steeds meer afgeweken van het oorspronkelijke prototype. Geen van de huidige bestaande programma's kennen bijvoorbeeld een 'voorzorggroep' en er zijn ook verschillen in duur van de sessies, werken met een open of gesloten groep, etc. Ook het kader waarbinnen het aanbod aan ouderen met alcoholproblematiek wordt aangeboden varieert van preventieve settingen tot behandelsettingen.

Onderzoek

Naar Fris Verder Den Haag is bij deelnemers in de periode van 2013-2015 een pretest-posttest meting gedaan (n=31). Daarbij is op een aantal vragen in de MATE (Schippers et al., 2010) bekeken hoe de ontwikkeling bij de betreffende deelnemers aan Fris Verder is geweest. Het gaat dan om lichamelijke klachten, stress- en angstklachten, depressie en craving. Uit het onderzoek blijkt dat lichamelijke klachten, depressie en craving significant zijn afgenomen (Hermes, van den Berg & van Etten, 2016).

In een afstudeerproject naar Fris Verder bij VNN werd een retrospectief onderzoek uitgevoerd onder 15 deelnemers van drie Fris Verder-groepen (Weiland, 2019). Uit het onderzoek blijkt, dat deelnemers vooral positief waren over het lotgenotencontact (het gaf hun zelfvertrouwen en steun) en over het feit dat het een groepsbehandeling betrof. Een deel van de respondenten, die voor zichzelf als doel had abstinent te worden/te blijven gaf aan er moeite mee te hebben of het verwarrend te vinden, dat abstinentie niet als doelstelling van het programma was geformuleerd. Een ander deel putte juist motivatie uit het feit dat sommigen van hun mededeelnemers moeite hadden een goede balans te vinden in aanvaardbaar alcoholgebruik.

Doelstelling en Onderzoeksvragen

Doelstelling:
Een verkenning uitvoeren naar de mogelijkheden tot standaardisering van een groepsaanbod voor ouderen met alcoholproblematiek met het oog op validering.

Onderzoeksvragen:
1) Is er op basis van de huidige, op CGT gebaseerde groepsbehandelaanbod voor ouderen met alcoholproblematiek, één standaardprogramma samen te stellen, dat als zodanig geaccepteerd kan worden door de uitvoerders van de verschillende programma's?
2) Kan een dergelijk standaardprogramma onderbouwd wordt door theoretische uitgangspunten en werkzame elementen uit de literatuur (evidence based) en ervaringen van de uitvoerders (practice based)?

Voor het beantwoorden van deze vragen dienen de huidige programma's bekeken te worden op overeenkomsten en verschillen, waarbij gekeken wordt naar:
- Doelstellingen;
- Fase en mate van problematiek:
- Plaats in de zorgketen;
- Groepsgrootte;

[1] Deze in 2017 gestarte interventie volgt het protocol van CTG-4, aangevuld met het addendum alcohol en ouderen (Bovens, 2018). Omdat ten tijde van het starten van dit onderzoeksproject het project stillag vanwege de tijdelijke afwezigheid van de uitvoerder/contactpersoon, is deze interventie niet meegenomen in deze rapportage.

- Deelnemerskenmerken:
- Contra-indicaties;
- Wijze van instroom en intake;
- Programma-opbouw, -duur en –samenstelling (onderdelen/thema's);
- Kwalificaties van de uitvoerders.
- Behoeftes en voorkeuren uitvoerders voor standaardisering.

Afgrenzing

In deze verkenning zijn de huidige programma's betrokken die gebaseerd zijn op de groepsgerichte CGT-interventie en die aangeboden worden door professionals in de verslavingszorg. Dat betekent op de eerste plaats dat hier niet de individuele CGT-benadering centraal staat die immers in voldoende mate beschreven is als basisinterventie, aangevuld met het addendum (Merkx, Korrelboom & De Wildt, 2015; Bovens, 2018). Daarnaast worden in de beschrijving niet de interventies betrokken die sinds een paar jaar bestaan in een beperkt aantal instellingen, waarbij een groepsgerichte benadering met inzet van ervaringsdeskundigen wordt aangeboden, omdat deze interventies niet zijn gebaseerd op het oorspronkelijke Fris Verder-programma en ook geen CGT-insteek hebben. Zo startte bijvoorbeeld Brijder verslavingszorg in 2017 met Schoon Genoeg 55+, een herstelgroep voor ouderen met alcoholproblemen (Brijder.nl, 2020)[2]. Ook in Den Bosch is bij Novadic-Kentron een vergelijkbaar traject met ervaringsdeskundigen gestart (Novadic-Kentron.nl).

Aanpak

Van de programma's die in Nederland onder de benaming 'Fris Verder' bekend zijn, dan wel door de werkgroep alcohol en ouderen als vergelijkbaar worden aangemerkt, zijn documenten opgevraagd. Deze zijn geanalyseerd, waarbij de inhoud en theoretische uitgangspunten zijn vergeleken met het literatuuronderzoek dat Tranzo in samenwerking met de Universiteit Maastricht heeft uitgevoerd. Dit literatuuronderzoek is een vooronderzoek voor ZonMw naar werkzame elementen van interventies voor alcohol en ouderen in 2019 (Bovens et al., 2019).

Op basis van de documenten en inzichten uit de literatuur werd een topiclijst opgesteld (zie bijlage 1). Met deze topiclijst is in semigestructureerde telefonische interviews aanvullende informatie opgevraagd bij de uitvoerders van de 'Fris Verder' programma's. Aan deze interviews hebben 6 respondenten van in totaal 4 programma's meegewerkt. De interviews duurden gemiddeld 70 minuten (range 52 minuten - 105 minuten) en zijn afgenomen bij een 1) verpleegkundige in opleiding tot verpleegkundig specialist, 2) psychiater, 3) drie ambulant psychiatrisch verpleegkundigen en 4) een verpleegkundig specialist GGZ. Deelnemers ondertekenden een informed consent, dat voorafgaand aan het telefonisch interview werd toegestuurd. De gesprekken werden op audio opgenomen ter ondersteuning van de uitwerking en zijn vervolgens samengevat en ter accordering voorgelegd aan de betrokkenen. De resultaten van de interviews werden gepseudonomiseerd en de audio-opnames werden vernietigd. Na analyse van het materiaal is een (concept)rapportage opgesteld die op 30 september 2020 aan de werkgroep alcohol en ouderen van Verslavingskunde Nederland (waaraan ook wordt deelgenomen door de uitvoerders van de onderzochte interventies) ter bespreking is voorgelegd. Bij die gelegenheid kon het verzamelde materiaal nog aangevuld

[2] Uitgangspunt is dat mensen die zich belemmerd voelen door middelengebruik niet altijd praten over deze ervaringen. De gespreksgroep geeft mensen in eenzelfde leeftijdsgroep de gelegenheid om elkaar te ontmoeten, verhalen te delen, elkaar te steunen en te onderzoeken waar zij goed in zijn. In de groep komen thema's aan de orde die passen bij de levensfase. Een ervaringscoach en een behandelaar begeleiden de groep. Het betreft wekelijkse bijeenkomsten in een open groep.

worden. Aansluitend is de rapportage definitief gemaakt. Alle werkzaamheden hebben plaatsgevonden tussen 1 mei en 15 oktober 2020.

Hoofdstuk 2 Resultaten – beschrijving van de programma's

Om overeenkomsten en verschillen van de programma's te kunnen vaststellen, zijn documenten opgevraagd van de vier in dit project betrokken programma's: Fris Verder Den Haag (Parnassia/Brijder), Fris Verder van Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN), groepsaanbod van GGZ Centraal (Ermelo) en groepsaanbod van De Jellinek (Amersfoort). Daarnaast zijn telefonische interviews met uitvoerders van deze interventies gehouden. Overeenkomsten en verschillen tussen de vier programma's weergegeven in Tabel 1. Voor een uitgebreidere beschrijving van de programma's wordt verwezen naar bijlage 2.

Gemeenschappelijke elementen

Uit de tabel blijkt dat alle programma's groepsgericht zijn, gebaseerd op leefstijltraining/CGT en binnen de gespecialiseerde GGZ geplaatst worden. De groepsgroottes zijn minimaal 8 en maximaal 12. Verwijzingen kunnen plaatsvinden door een huisarts en/of POH-GGZ, maar ook worden de deeltijdbehandeling, de generalistische GGZ, een andere interne afdeling of de tweedelijnszorg (met name MDL-artsen) als verwijzer genoemd. Alle programma's kennen vanwege de versterking van het groepsproces een gezamenlijke lunch c.q. afsluitend buffet.

Eindverantwoordelijk in de 4 programma's is in alle gevallen de regiebehandelaar, in drie van de vier programma's daarnaast ook een psychiater. Als uitvoerder fungeren in alle gevallen sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, daarnaast worden ook social workers (SPH-er, Maatschappelijk werker, GGZ-agoog) of bewegingsagogen genoemd.[3]

Qua inhoud volgen alle programma's de opbouw van de CGT-trainingen, met onderwerpen als zelfcontrole, omgaan met trek, omgaan met sociale druk, doelen stellen, opstellen van een werkplan en een terugvalpreventieplan. Voor deze leeftijdsgroep wordt in alle programma's aandacht besteed aan levensfaseproblematiek (zoals omgaan met verliesverwerking, pensioen), zingeving, schaamte en schuld en gezond leven (bewegen, gezonde voeding, goed slapen). Ook psycho-educatie maakt van alle programma's deel uit.

Verschillen

Een belangrijk verschil tussen de programma's is het gestelde doel: aanvaardbaar gebruik versus abstinentie. Twee programma's verlangen niet abstinentie als doel, één programma neigt steeds meer tot het stellen van het abstinentiedoel (in dit programma wordt ook aan elke terugval tussen de sessies door uitgebreid aandacht besteed) en één programma stelt abstinentie zelfs als voorwaarde voor deelname aan het totale programma. Verschillen in abstinentie als doel staan los van het al dan niet onder invloed zijn bij elke sessie afzonderlijk: bij drie van de vier programma's worden deelnemers van tevoren verplicht om een blaastest af te geven met als consequentie van een te hoog promillage geen deelname aan de betreffende sessie. Bij het vierde programma is sprake van een inschatting van evt. alcoholgebruik door de groepstherapeut(en) in plaats van een blaastest.
Een tweede in het oog springend verschil is de groepsstructuur; open groepen vs. gesloten groepen (waarbij in de open groepen tussentijdse instroom mogelijk is). Bij één programma in dit onderzoek is de structuur van de groep open, bij de andere drie gesloten.

[3] In Limburg wordt het programma uitgevoerd door een GZ-psycholoog en een SPV-er of verpleegkundige

Tabel 1 Overzicht programma-inhoudelijke kenmerken diverse Fris Verder programma's

	Programma 1 **Fris Verder Den Haag**	**Programma 2** **Fris Verder VNN**	**Programma 3** **GGZ Centraal**	**Programma 4** **De Jellinek**
Doelstelling	Doorbreken problematisch alcoholgebruik (niet per se abstinentie)	Doorbreken en bewust-wording patroon proble-matisch gebruik (neigen nu meer naar abstinentie)	Onder controle houden middelengebruik (niet per se abstinentie)	Minderen of stoppen van het gebruik van middelen leren (voorwaarde voor deelname is weliswaar abstinentie, maar is geen doel)
Verwijzing deelnemers	- via eigen kliniek - via huisarts/POH	- via huisarts/POH (90%) - via generalistische GGZ	- via huisarts/POH - via 2e lijns zorg (met name MDL-artsen) - via deeltijdbehan-delingen (door ambulant behandelaars)	- via huisarts/POH - via interne verwijzing
Maximaal aantal deelnemers	12	10	8	12
Duur Fris Verder programma	6-7 weken	11 weken	20 weken	7 weken
Aantal bijeenkomsten/sessies	12-14 (x 2 uur)	11 (x 2 uur)	20 (x 2 uur)	14 (x 2 uur)
Aantal sessies per week	2	1	1	2
Theoretische basis	Leefstijltraining	Leefstijltraining/CGT	Leefstijltraining/CGT	CGT/ACT
Gesloten programma voor deelnemers	Ja, geen tussentijdse instroom mogelijk	Ja, geen tussentijdse instroom mogelijk	Nee, open groep, instroom mogelijk	Ja, geen tussentijdse instroom mogelijk
Criteria deelnemers	55+ met alcoholproblemen	- ouderen met alcoholproblemen	60+ met verslavingsproblematiek	55+ met verslaving- en levensfaseproblematiek
Contra-indicatie deelnemers	- suïcidaliteit - cognitieve stoornissen - te grote psychische/ somatische problemen - het gebruik van harddrugs	- geen motivatie - fors cognitief lijden - te veel co-morbiditeit - teveel gebruik - andere middelen buiten alcohol	- ernstige cognitieve stoornissen - suïcidaliteit - psychotische kenmerken - het gebruik van harddrugs	- agressie (korte lontjes) - psychotische mensen - veel medicatiegebruik - cognitieve schade - lichamelijke klachten - analfabetisme - niet beheersen NL-taal - het gebruik van harddrugs
Omschrijving groepstherapeuten	- SPV - SPH	- maatschappelijk werker - GGZ-agoog - SPV	- Verpleegkundigen deeltijdbehandeling	- SPV
Gebruik ervaringsdeskundige	Ja	Ja	Nee	Nee
Inzet overige deskundigen	Diëtist Fysiotherapeut	-	Bewegingsagoog in ochtendprogramma	-
BeweegActiviteiten	Ja	Nee	Ja	Nee
Aandacht voor gezonde voeding	Ja	Ja	Ja	Ja
Aantal groepstherapeuten per bijeenkomst	Twee	*Geen informatie*	*Geen informatie*	*Geen informatie*
Uitloop programma toegestaan	Nee	Nee	Ja	Nee
Herhaling sessies toegestaan	Nee	Nee	Ja	Ja, tijdens de groep
Spreiding sessies toegestaan	Nee	Nee	Ja	Ja, maar alleen incidenteel van onderwerpen
Vrije invulling thema's mogelijk	Nee	Nee	Ja	Nee
Uitvoering tussenevaluaties	Incidenteel door groepstherapeut in behandeling	Na afloop sessies in de groep, tussenevaluaties alleen op individuele indicatie	Geen tussenevaluaties (wel gewenst)	Na 7 weken, mits ruimte in agenda
Nazorgprogramma beschikbaar	Nee	Eén terugkombijeenkomst	Nee	Ja, 7 bijeenkomsten van 2 uur over 5 maanden
Thuishulp bij huiswerk of training	Nee	Nee	Nee	Nee
Aanwezigheid naasten	Niet toegestaan	Niet toegestaan	Niet toegestaan	Niet toegestaan
Lunch	Ja	Ja	Ja	Ja
Roken	Toegestaan, maar niet in daarvoor aangewezen rookpauzes (in eigen tijd)	Verboden	Toegestaan, er zijn rookpauzes	Verboden
Vooraf blazen	Ja, is verplicht	Nee	Ja, is verplicht	Ja, is verplicht
Ondersteuning buiten Fris Verder	Ja, door regiebehandelaar	Op indicatie	Kan via ambulant team	Soms via woonbegeleiding
Eindverantwoordelijke deelnemer	- psychiater - regiebehandelaar	- psychiater - regiebehandelaar	- psychiater deeltijdbehandeling - regiebehandelaar	- regiebehandelaar
Consequenties bij afwezigheid deelnemer	Exclusie groep na twee keer afwezigheid	Exclusie groep na twee keer afwezigheid	Geen directe consequenties, wel contact	Exclusie groep na twee keer afwezigheid (maar er wordt individueel gekeken)
Groep verstorend gedrag	- alleen over eigen leven praten - onder invloed zijn - niet komen opdagen	- onder invloed zijn	- boos worden - niet meedoen met groep - dwarsliggen	- als mensen te veel uitweiden - herhaaldelijk terugkomen op issues

Bij het betreffende programma met open structuur staat er geen sanctie op afwezigheid, bij de overige drie is sprake van exclusie na twee keer afwezig te zijn geweest.
Ook verschillen in de omgang met roken springen in het oog: bij twee programma's is roken verboden, bij één programma is een aparte rookpauze ingericht en bij een vierde programma is roken in de pauzes tussen de programmaonderdelen toegestaan (er wordt niet specifiek gepauzeerd met het doel roken mogelijk te maken).
Ook in de omvang van het programma en frequentie per week zijn er verschillen. Twee programma's kennen 12-14 sessies, twee per week. Eén programma wordt gedurende 11 weken één keer per week gegeven, één programma gedurende 20 weken één keer per week.
In twee van de vier programma's worden ervaringsdeskundigen ingezet.
In twee programma's is actief aandacht voor bewegen, in de andere twee is het een gespreksonderwerp. In alle programma's wordt aandacht gegeven aan mindfulness, zij het bij het ene programma wat explicieter dan bij het andere.

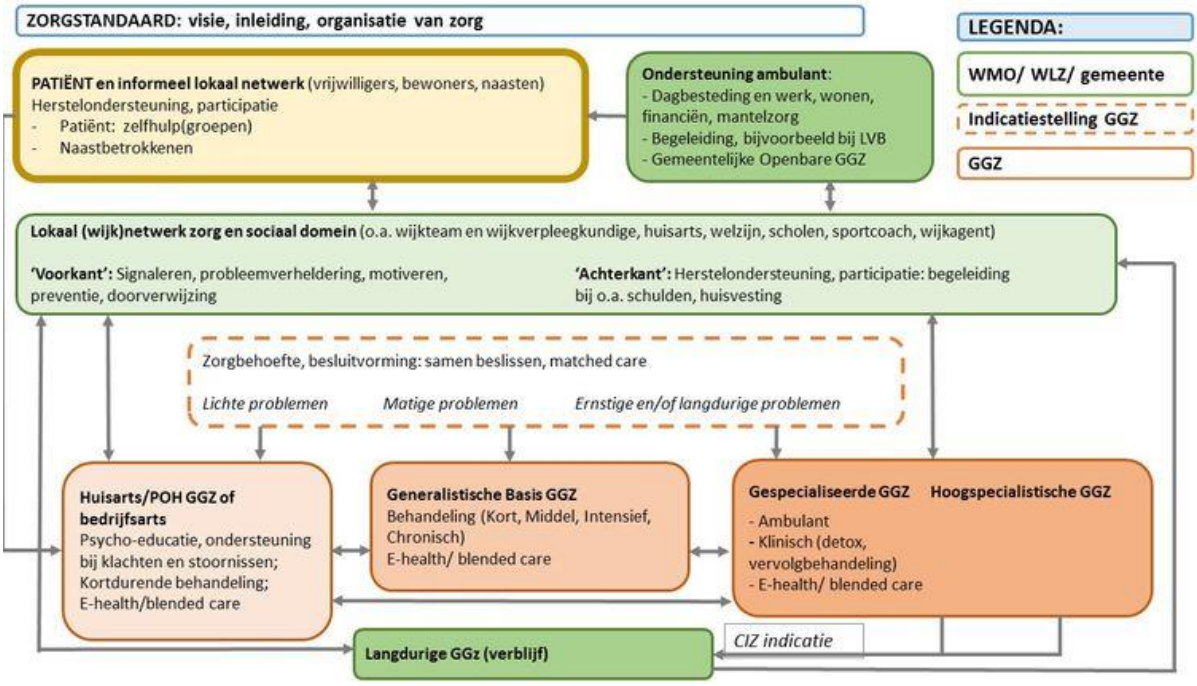
Tenslotte wijkt één programma af van de andere drie programma's omdat aan de theoretische uitgangspunten van CGT ook de ACT-benadering is toegevoegd. Daarnaast kent dit programma ook een uitgebreide vorm van nazorg (7 bijeenkomsten in een periode van 5 maanden). Nazorg is slechts in één ander programma mogelijk in de vorm van één terugkombijeenkomst na 6 weken. Maar deelnemers kunnen daarbuiten wel deelnemen aan een algemene nazorg-/terugvalpreventiegroep, die regelmatig wordt aangeboden voor alle cliënten van de instelling die daaraan behoefte hebben. Deze algemene nazorg-/terugvalpreventiegroep is ook bedoeld voor cliënten met andere verslavingen.

Hoofdstuk 3 Resultaten – ervaringen & opinie

Positionering 'Fris Verder'

Wanneer aan de geïnterviewden werd gevraagd waar zij Fris Verder plaatsen in onderstaande zorgstandaard (figuur 1), geeft men unaniem de gespecialiseerde GGZ aan (het blokje rechtsonder in de figuur). Eén geïnterviewde geeft aan dat Fris Verder binnen deze plaatsing ook hoog-specialistisch genoemd mag worden, aangezien ouderen een specifieke groep representeren.

Figuur 1 Zorgstandaard 'organisatie van de zorg bij alcoholproblematiek'



Op de vraag wat de geïnterviewden vinden van deze positionering van Fris Verder, verschillen de meningen. Eén deel vindt dat Fris Verder breed aangeboden zou moeten kunnen worden (in de 1e lijn, generalistische basis GGZ én gespecialiseerde GGZ). Het breed en toegankelijk aanbieden van Fris Verder is volgens een geïnterviewde noodzakelijk, gezien de grote problematiek van alcoholgebruik onder ouderen. Er is door deze geïnterviewde ook nagedacht over de ontwikkeling van een ingekort 'Fris Verder-light' programma, speciaal ontwikkeld als interventie voor de 1e lijn. Aanvullend hieraan geeft één van de geïnterviewden aan dat Fris Verder gericht is op zowel gedragsverandering als behandelen, en zou om die reden ook aanvullend in de generalistische GGZ aangeboden kunnen worden.

Anderzijds vinden andere geïnterviewden dat Fris Verder alleen in de gespecialiseerde GGZ gegeven mag worden. Men beschrijft de 1e lijns zorg als te licht om gespecialiseerde verslavingszorg te kunnen geven. Bovendien kan men, volgens één geïnterviewde, in de 1e lijns zorg geen individuele en acute verslavingszorg aanbieden zoals dat in gespecialiseerde

GGZ wel mogelijk is. Daarnaast geeft één geïnterviewde aan dat de uitgebreide looptijd van het Fris Verder programma en het ingewikkelde prestatie/declaratiesysteem van het programma vanuit praktische overwegingen niet past in de 1e lijns zorg.

Doelstellingen

De doelstellingen van Fris Verder die de geïnterviewden noemen verschillen op een aantal elementen, namelijk het middel waarop de interventie zich richt en het uiteindelijke doel m.b.t. gebruik van middelen (abstinentie versus minderen van alcohol/doorbreken en bewustwording van patronen). De verschillende doelstellingen van de besproken programma's staan in het volgende resultatenhoofdstuk beschreven.

Wat betreft het middel, vindt één geïnterviewde dat alleen alcohol centraal moet staan binnen de doelstelling, omdat alcohol het meest prevalent is onder deze doelgroep én omdat overige middelen, waaronder opioïden, in de verslavingszorg een andere dynamiek vereisen in de behandeling. Volgens deze geïnterviewde zorgt het combineren van verschillende middelen in het Fris Verder programma voor een verdunning van de kracht, omdat de ouderen die geen aanvullende opioïden gebruiken geen herkenning en analogie zullen vinden bij anderen in de groep. De overige ondervraagden accepteren deze combinatie met andere middelen (men doelt met name op benzodiazepines), omdat deze dezelfde eigenschappen hebben als alcohol en daarom gecombineerd kunnen worden in de behandeling. Men vindt ook dat, ongeacht gebruik of prevalentie van kalmerende middelen, dit onderwerpen zijn die alle ouderen aangaan en om die reden een onderdeel mogen uitmaken van het Fris Verder programma. De grens van de acceptatie voor het combineren met andere middelen lijkt te liggen bij harddrugs: een geïnterviewde geeft aan dat het Fris Verder programma te vrijblijvend is voor het effectief behandelen van middelen als heroïne of cocaïne.

De geïnterviewden verschillen van mening over het uiteindelijke doel m.b.t. gebruik van middelen: abstinentie vs. minderen van gebruik/doorbreken en bewustwording van patronen. Volgens een deel van de geïnterviewden zorgt abstinentie voor duidelijkheid en rust in de groep. Hanteerbaarheid van alcoholgebruik i.p.v. abstinentie zorgt volgens één geïnterviewde voor onduidelijkheid in de groep door verschillen in doelen t.o.v. elkaar. Het andere deel van de geïnterviewden pleit voor hanteerbaarheid, omdat abstinentie volgens hen niet realistisch is. Eén geïnterviewde onderstreept dit door aan te geven dat Fris Verder deelnemers veelal mensen zijn met een hardnekkige en langdurige verslaving, waarbij abstinentie mensen afschrikt. De druk van abstinentie als doel is voor deze deelnemers te hoog, de nadruk zou volgens deze geïnterviewde moeten liggen op het doorbreken van problematisch alcoholgebruik. Volgens meerdere geïnterviewden in deze groep moet in beginsel goed gekeken worden naar wat voor het individu haalbaar is, en dit moet besproken worden in de groep zodat men elkaar hierin ook verder kan helpen.
Eén geïnterviewde geeft aan nuchter deelnemen aan de sessies belangrijk te vinden, omdat dit deelnemers de kans geeft gedurende het programma helder na te denken over hun leven

De meerwaarde van de intake

De geïnterviewden zien unaniem grote meerwaarde van een intake van deelnemers voorafgaand aan Fris Verder. In sommige gevallen wordt informatie over een potentiele deelnemer geraadpleegd uit de reguliere intake van het behandelcentrum, in andere gevallen wordt er een intakegesprek met een deelnemer ingepland specifiek ter voorbereiding voor het Fris Verder programma en in sommige gevallen worden beide ingezet. Een beschrijving van de verschillende intakes per programma staat in bijlage 2.

Volgens de geïnterviewden is de meerwaarde van een intake met name het alvast leren kennen van de potentiele deelnemer en vice versa. Dit maakt volgens één geïnterviewde de drempel voor het deelnemen aan de behandeling lager. Volgens deze geïnterviewde is het belangrijk om in de intake aan de deelnemer te laten weten dat de overige deelnemers in de groep ook deze intake krijgen. Zodoende weet men van elkaar waar men aan toe is en wordt de drempel voor het deelnemen aan de behandeling lager. Daarnaast biedt de intake de gelegenheid om alvast informatie te verstrekken aan deelnemers over de inhoudelijke Fris Verder behandeling, de huisregels, verwachtingen (weet waar je aan begint) en gewenst groepsgedrag. Eén geïnterviewde geeft als voorbeeld van groepsgedrag dat deelnemers die lang van stof zijn in de intake voorbereid moeten worden op het remmen door de groepstherapeut. Aanvullend kan ook het cognitieve vermogen en de ernst van de alcoholproblematiek ingeschat worden. De aanwezigheid van naasten tijdens de intake wordt unaniem als zeer gewenst ervaren, aangezien dit de drempel tot participatie lager maakt voor de deelnemer, én er m.b.v. de naasten een accuratere inschatting van de kernmerken en problematiek van de deelnemer gemaakt kan worden.

Fris Verder als groepsprogramma

De redenen die geïnterviewden formuleren om Fris Verder als groepsprogramma aan te bieden, hebben te maken met de positieve aspecten die groepsbehandelingen kunnen hebben, met name voor ouderen. Een goede dynamiek in een groep zorgt voor synergie, waarin mensen elkaar durven aan te spreken en herkenning vinden in elkaars problematiek. Schaamte voor de problematiek wordt door de geïnterviewden unaniem aangestipt, en behandeling in groepsvorm helpt bij het verminderen van deze schaamte. Een geïnterviewde beschrijft dat als deelnemers weten dat zij niet de enige zijn met deze problematiek en met elkaar in een groep worden gezet, de schaamte minder wordt en het vertrouwen groeit. Echter wordt door deze en ook andere geïnterviewden aangegeven dat de eerste bijeenkomst voor deelnemers hierdoor erg spannend is, en mensen extra gemotiveerd moeten worden om te komen. Volgens een aantal geïnterviewden helpt een goede intake en kennismakingsgesprek hierbij. Als de eerste bijeenkomst doorlopen is, is volgens deze geïnterviewden de schaamte bij de meeste mensen weg en heeft men vertrouwen in het groepsprogramma. Daarnaast is de vermindering van schaamte door de onderlinge herkenbaarheid in de groep volgens één geïnterviewde een reden waarom het in groepen belangrijk is enkel toe te spitsen op alcoholproblematiek en niet ook andere middelen te behandelen in de groep.

Verder wordt in algemene zin aangegeven dat door de synergie die kan ontstaan in een groep, de behandeling effectiever wordt, en eerder resultaat behaald kan worden.
Levensfaseproblematiek die ouderen kunnen hebben wordt genoemd als specifiek her- en erkenningspunt binnen de groep. Aanvullend hieraan wordt Fris Verder als groep door ouderen ook als gezellig en ontspannend ervaren, met name de afsluitende lunch. Volgens één geïnterviewde helpt Fris Verder in groepsvorm ouderen in sommige gevallen uit een sociaal isolement. Daarnaast wordt door een aantal geïnterviewden benadrukt dat, naast Fris Verder als groep, ook individuele behandelingen mogelijk zijn, mocht deze behoefte er zijn.
Een groot nadeel van individuele behandelingen volgens een geïnterviewde is dat het inzetten van ervaringsdeskundigen niet goed te faciliteren is, in groepen kan dit wel. Deze geïnterviewde benadrukt het belang van een heldere kennisoverdracht die ingaat op de impact van alcohol op het individu en het leven, op het belang van voldoende beweging en op het belang van gezonde voeding. Om deze elementen helder en doeltreffend over te brengen (en zodoende ouderen te motiveren tot gedragsverandering), gebruikt deze geïnterviewde externe (ervarings)deskundigen.

In één behandelcentrum zet men Fris Verder ook als een vervolgbehandeling op individueel behandelen.

Daarnaast benadrukt een aantal van de geïnterviewden dat het feit, dat Fris Verder een groepsprogramma is, bijdraagt aan het motiveren van de ouderen tot gedragsverandering. Naast dat anderen expliciet het inzetten van motiverende gespreksvoering noemen als belangrijk element voor gedragsverandering noemen zij het in de groep benoemen en zich voornemen van toegewijde acties (het geven van invulling op een waarde(n)volle manier aan het leven) als een bijdrage hieraan.

Programmaduur

De duur van de Fris Verder programma's is volgens de geïnterviewden vanuit pragmatische overwegingen gekozen. Men heeft of programma's (en bijbehorende programmaduur) als zodanig overgenomen van reeds bestaande Fris Verder programma's, of men heeft gekeken naar de onderwerpen die men wil behandelen en hier de programmaduur op ingericht. Daarnaast wordt door een aantal aangegeven dat het belangrijk is dat de programmaduur voldoende is om de inzet van externe (ervarings)deskundige mogelijk te kunnen maken, om aan te kunnen passen aan het (leer)tempo van de doelgroep ouderen, en om in een bepaald 'groepsritme' te kunnen komen waarin gedragsverandering mogelijk is. Eén geïnterviewde plaatst hierbij de kanttekening dat de totale duur van het programma afgebakend moet zijn (het programma moet een duidelijk begin en eind hebben) om effectief te kunnen zijn.

De motivering voor het aantal bijeenkomsten per week (een- of tweemaal in de week) is enerzijds vanuit pragmatische overwegingen gekozen (zo past het in de planning), of is afgestemd op de deelnemers van het Fris Verder programma. De minimale grens voor het aantal bijeenkomsten ligt op eenmaal per week. Dit biedt de deelnemers continuïteit en structuur en voorkomt dat men door terugval uit het programma stapt. Daarnaast merkt één geïnterviewde op dat bijeenkomsten niet te dicht op elkaar gepland moeten worden (minimaal twee dagen tussen de bijeenkomsten), aangezien het anders als te intensief kan worden ervaren door de ouderen. Een andere geïnterviewde plant bijeenkomsten bewust in op maandagen en donderdagen zodat deelnemers op zondagavond al rekening moeten houden met de groep en op donderdag een bijeenkomst hebben die aansluit bij het weekend.

Volgens de geïnterviewden is een deelnemer klaar met Fris Verder als alle bijeenkomsten zijn doorlopen. In alle programma's wordt na het afronden van de laatste bijeenkomst geëvalueerd of er verdere zorg ingezet moet worden voor de betreffende deelnemer. Na de laatste bijeenkomst wordt hier met de regiebehandelaar en de deelnemer over gepraat, en wordt o.a. geëvalueerd in hoeverre doelen bereikt zijn en of er behoefte is aan doorverwijzing voor comorbide problematiek. Eén geïnterviewde vult hierbij aan dat in deze evaluatie een toename van kwaliteit van leven een belangrijk criterium is. Verder geeft een aantal geïnterviewden aan dat het voor deelnemers belangrijk is dat er enige nazorg wordt gegeven. Eén geïnterviewde geeft aan dat als deze nazorg ontbreekt, deelnemers na het volgen van het intensieve Fris Verder programma in een gat kunnen vallen en daardoor het risico op terugval naar problematisch gebruik groter is. Eén geïnterviewde stelt dat algemene nazorgprogramma's voor klinische opgenomen patiënten die naar huis mogen ook ingezet zouden kunnen worden voor deelnemers die Fris Verder hebben doorlopen.

Groepsgrootte

Volgens de geïnterviewden zijn ongeveer acht tot tien deelnemers ideaal voor het Fris Verder programma. Als dit er meer worden, dan is het moeilijk het groepsproces te hanteren en participatie van iedereen en individuele aandacht te kunnen garanderen. Anderzijds heeft een te kleine groep volgens een geïnterviewde geen prettige dynamiek. Hoewel de meeste geïnterviewden een hoger aantal deelnemers toelaten (maximaal tien of twaalf), geeft men aan dat deze groepsgrootte niet vaak voorkomt. Dit wordt veroorzaakt door uitval in de intake. Hier wordt bij de werving van deelnemers rekening mee gehouden door deze voor de intake hoger in te zetten.

Gesloten of open groep

Het merendeel van de geïnterviewden pleit voor een gesloten programma waarin een tussentijdse inloop van deelnemers niet is toegestaan. Het is op die manier mogelijk een vast clubje mensen te behouden waarin de groepsdynamiek tot groei kan komen en mensen zich veilig voelen. Daarnaast is het in gesloten vorm mogelijk te monitoren welke cruciale elementen met welke deelnemers besproken zijn (er wordt dan geen cruciale informatie gemist door de deelnemers). Het nadeel van deze gesloten programma's is volgens de geïnterviewden dat potentiele deelnemers soms lang moeten wachten voordat zij kunnen instromen in nieuwe groepen. Eén geïnterviewde die een gesloten programma uitvoert overweegt om deze reden om over te gaan tot een open programma, waarin wekelijkse vrije inloop mogelijk is. Een andere geïnterviewde met een open programma geeft aan dat het tussentijds instappen van deelnemers in de groep wel wennen is voor de andere deelnemers en invloed heeft op de groepsdynamiek (dit kost tijd), maar dat dit niet als vervelend wordt ervaren door de overige deelnemers. Een nadeel van het open programma volgens deze geïnterviewde is dat deelnemers soms lang blijven hangen in de groep en dat de evaluatie door het tussentijds in- en uitstappen van deelnemers ingewikkeld kan zijn en soms tekort schiet.

Kenmerken deelnemers

Wanneer de geïnterviewden gevraagd werd een beschrijving te geven van een Fris Verder deelnemer (aanvullend aan de hogere leeftijd en problematisch alcoholgebruik), werden het langdurige karakter van alcoholgebruik, het optreden van andere problematiek in het leven en de motivatie tot verandering benadrukt. Allereerst zijn deelnemers volgens de geïnterviewden in de meeste gevallen mensen die al een lange staat van matig tot ernstig alcoholisme hebben, met vaak een uitgebreide zorggeschiedenis en bijbehorende terugvallen. Daarnaast is er in het leven van deze deelnemers vaak iets voorgevallen wat bijdraagt aan de problematiek (voorbeelden die genoemd worden zijn het overlijden van een naaste, ontslag, pensioen, veroudering van het lichaam of andere problemen die voor die specifieke levensfase gelden), waardoor er een gevoel van gebrek aan zinvol leven kan ontstaan. Dit wordt volgens één geïnterviewde versterkt door de historische context waarin deelnemers zijn opgeroeid, waarin niet is aangeleerd gevoelens te delen of over emoties te praten. Een derde kenmerk is volgens de geïnterviewden dat mensen vaak intrinsiek gemotiveerd zijn om iets te gaan doen aan hun alcoholgebruik en inzicht hebben gekregen dat het zo niet verder kan. Overige kenmerken die opvallen, zijn het uiterlijk van de deelnemers (mensen zien er vaak ouder uit dan dat ze zijn), de overwegend hoogopgeleide witte mannelijke populatie, de eenzaamheid, de onmacht van deelnemers om met hun problematiek om te gaan en de hoge therapietrouw. Eén geïnterviewde geeft aanvullend aan dat deze kenmerken belangrijk zijn in het samenstellen van Fris Verder groepen. Het is volgens deze geïnterviewde bijvoorbeeld van belang dat gepensioneerde deelnemers in één groep worden geplaatst. Wanneer hier bijvoorbeeld

deelnemers worden bijgeplaatst die nog actief zijn op de arbeidsmarkt, dan zijn de verschillen in levensfasen te groot en vindt men geen aansluiting bij elkaar in de groep.

Geschikte thema's

De thema's die door de geïnterviewden als geschikt worden ervaren, sluiten aan bij de leeftijd van de deelnemers en bijbehorende levensfase problematiek. Volgens één geïnterviewde kunnen thema's die samenhangen met de (gezamenlijke) leeftijdsfase van de deelnemers als aangrijpingspunt gebruikt worden om cohesie en herkenning in de groep te bevorderen. De gemeenschappelijke leeftijd draagt in deze zin bij aan een versterkt therapeutisch klimaat. Thema's als eenzaamheid, sociaal isolement, verlies, zingeving, ouder worden (lichamelijke beperkingen) en seksualiteit worden door het merendeel van de geïnterviewden genoemd. Daarnaast ervaart één geïnterviewde het thema 'historische gebeurtenissen' als een zeer geschikt thema om te gebruiken in de groep. Volgens deze geïnterviewde kan dit thema zeer eenvoudig omgezet worden naar het praten over de historie van de mensen zelf (wat soms als moeilijk wordt ervaren door deze doelgroep). Samenvattend kan gesteld worden dat thema's in de groep goed werken wanneer het thema's zijn waar iedereen in de groep zich in kan herkennen (dus in die zin ook de leeftijd van deelnemers), en/of die iedereen in de groep meemaakt.

Programmaonderdelen voor Fris Verder

Het werken met een gastspreker of (ervarings)deskundige wordt als geschikt ervaren door de meeste, alsmede het inzetten van psychologen en geestelijke verzorgers voor het verzorgen van programmaonderdelen. Verder pleit een andere geïnterviewde voor het toevoegen van dramatherapie in het programma als methode, omdat de deelnemers volgens de geïnterviewde hiermee daadwerkelijk handelingen oefenen (bijvoorbeeld het weigeren van drank) en daarmee positief gedrag effectiever kunnen aanleren. Volgens deze geïnterviewde zouden aan alle thema's fysieke oefeningen verbonden moeten worden. Echter plaatst deze hierbij de kanttekening dat dramatherapie bij 80+ers ingewikkelder is dan drama bij 55+ers en dat er tussen deze leeftijdsgroepen ook verschillen bestaat in groepsdynamiek, manieren van communiceren en levensfasen. Hiermee moet in de samenstelling van groepen en behandeling rekening gehouden worden.

Benodigde competenties voor het begeleiden van Fris Verder

In de eerste plaats is het volgens het merendeel van de geïnterviewden belangrijk dat de mensen die Fris Verder groepen begeleiden qua leeftijd aansluiten bij de generatie van de Fris Verder deelnemers. Volgens deze geïnterviewden kan de begeleider zich dan beter inleven in de situatie van de deelnemers, spreekt en begrijpt hij/zij dezelfde taal en vindt sneller aansluiting bij de levensthema's die besproken worden. Echter, één geïnterviewde nuanceert dit beeld door te stellen dat jongere collega's een zekere frisheid en een ander perspectief in een groep kunnen brengen. In de tweede plaats worden door het merendeel affiniteit en ervaring met de ouder wordende mens, met groepstherapie én met (psychologische) behandeling van verslaafden genoemd. Eén geïnterviewde vindt deze affiniteiten belangrijker dan diploma's of opleidingen. Daarnaast wordt somatische kennis van ouderen door een aantal als nuttig ervaren. Eén geïnterviewde onderstreept deze aanvullende competenties en stelt dat diverse disciplines in de zorg (niet alleen een psycholoog, maar ook een verpleegkundige voor somatische problemen) betrokken zouden moeten zijn bij het begeleiden van Fris Verder groepen.

Behoefte protocol en bereidheid tot verandering

Op de vraag in hoeverre de geïnterviewden bereid zouden zijn tot het maken van aanpassingen aan eigen Fris Verder programma's (mocht er een protocol opgeleverd worden), zijn de antwoorden verschillend. Eén geïnterviewde is hier niet toe bereid, aangezien het eigen programma specifiek ontwikkeld is om een zo hoog mogelijk rendement te behalen. Dit is ook gemeten in onderzoek, met significante verbeteringen tot gevolg[4]. Deze geïnterviewde zou pas aanpassingen overwegen als effectiviteit in nieuw onderzoek is vastgesteld. Daarnaast geeft deze geïnterviewde aan dat het prima is dat programma's zelfstandig aanpassingen doorvoeren, zolang dit maar gedaan wordt op basis van inhoudelijke en niet organisatorische argumenten. Ook zou dit in overleg moeten gebeuren met de initiële ontwikkelaars van Fris Verder, die de elementen in het programma met bepaalde ideeën en argumenten hebben toegevoegd. Volgens deze geïnterviewde is er door wijzigingen door te voeren in de programma's zonder daarbij te overleggen een situatie ontstaan waarin effectiviteit van de programma's niet meer gemeten kan worden. Een andere geïnterviewde ziet het eigen programma als het ideale landelijke protocol, aangezien het volgens deze geïnterviewde een volledig programma is wat CGT (cognitieve gedragstherapie) en ACT (acceptance and commitment) therapie combineert. De bereidheid tot het maken van aanpassingen is bij deze geïnterviewde beperkt. Bij de overige geïnterviewden is er bereidheid tot aanpassingen van eigen programma's, ook als het doel is om landelijk weer in de pas te gaan lopen en metingen voor een landelijk onderzoek naar effectiviteit mogelijk te maken. Eén cruciale voorwaarde die door het merendeel wordt geschetst, is de ruimte tot lokale invulling van het eigen programma. Een geïnterviewde geeft als voorbeeld dramatherapie. Hoewel men dit zeer graag zou toevoegen aan het eigen programma, heeft men lokaal geen dramatherapeut ter beschikking. Volgens deze geïnterviewde zou een kernprotocol een goede oplossing kunnen zijn, met daarin suggesties voor lokale invulling. Samenvattend zeggen de geïnterviewden dat er gekoesterd moet worden wat er is, gestandaardiseerd moet worden waar nodig en ruimte gelaten waar kan voor lokale invulling.

[4] Het betreffende onderzoek bestond uit een voor- en een nameting, zonder controlegroep. De onderzoeksresultaten mogen wel als indicatief beschouwd worden voor de mogelijke effectiviteit van het programma.

Hoofdstuk 4 Resultaten- werkzame elementen interventies alcohol, ouderen en Fris Verder

In dit hoofdstuk wordt bekeken of en in welke mate de aangeboden programma's onderbouwd kunnen worden door theoretische uitgangspunten en werkzame elementen uit de literatuur (evidence based) en ervaringen van de uitvoerders (practice based). Zodat, wanneer op basis van de bestaande programma's een standaardaanbod ontworpen zou worden, dit in potentie effectief zou kunnen zijn.

Literatuurstudie

Eind 2019 is door de academische werkplaats verslaving van Tranzo in samenwerking met de Universiteit Maastricht een voorstudie uitgevoerd voor ZonMw in het programma Werkzame elementen van preventieve interventies, waarbij als doelgroep ouderen met alcoholproblematiek is gekozen (Bovens et al., 2019). In dat kader is ook een literatuurstudie uitgevoerd naar de werkzame elementen van interventies voor ouderen, inclusief behandelinterventies.

Om de programma-opzet en inhoud van de in de interviews behandelde Fris Verder-interventies op hun theoretische achtergrond te kunnen beoordelen, zijn de resultaten van de betreffende literatuurstudie als uitgangspunt gehanteerd[5]. De voornaamste conclusies worden in dit hoofdstuk weergegeven.

Hoewel de aanleiding van het ZonMw-onderzoek was om te kijken naar werkzame elementen bij preventieve interventies voor ouderen met alcoholproblematiek, zijn in de literatuurstudie ook behandelinterventies betrokken. De gerapporteerde werkzame elementen golden voor zowel preventieve als behandelinterventies. In deze studie werd onderzoek naar zwaar-problematische alcoholproblematiek geëxcludeerd (bijv. forensisch, comorbiditeit en zware alcoholafhankelijkheid, waarbij detoxificatie onderdeel uitmaakt van het programma). Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen in dit rapport lijkt dit geen probleem, omdat het programma Fris Verder ook niet voor deze doelgroep is bedoeld.

De resultaten van de literatuurstudie over werkzame elementen vallen in 4 categorieën uiteen:
Categorie 1: Een geëigende benadering door de uitvoerder van de interventie, zoals niet betuttelen vanwege bedreiging autonomie, anonimiteit borgen vanwege schaamte, en een gepersonaliseerde behandeling met vriendelijke feedback. Rekening houden met rouw, verlies, isolement, en lichamelijke gezondheidsproblemen. Hoop geven en aandacht voor zingeving.
Categorie 2: Aandacht voor het vergroten van bepaalde individuele vaardigheden (zoals verhogen zelfcontrole (o.a. met mindfulness) of beliefs (zoals reduceren zelf-stigma) of het verhogen van de intrinsieke motivatie. Motivational Interviewing, indien goed uitgevoerd,

[5] De literatuurstudie wordt momenteel uitgebreid en ge-update ten behoeve van een Engelstalige, wetenschappelijke publicatie (Boumans, Rozema, Van de Mheen, *in progress*). De search hiervoor is inmiddels uitgevoerd. Op basis van de eerste analyses lijken er uit de aanvullende literatuur geen extra elementen naar voren te komen aanvullend aan de in de ZonMw-rapportage gepresenteerde resultaten.

ontlokt en versterkt de intrinsieke motivatie en bereidheid tot verandering met betrekking tot problematisch alcoholgebruik.
Categorie 3: Aandacht voor informatieoverdracht (over drinkrichtlijnen/bewustwording of gevolgen) en het gebruik van positief geframede communicatie (bijvoorbeeld in plaats van praten over het zijn van (ex)alcoholist het hebben over 'ik ben alcoholvrij'.
Categorie 4: Aandacht voor het beïnvloeden van sociale normen. Een groepsgerichte benadering, met daarbinnen het bevorderen van groepsprocessen (gebruik van ervaringsdeskundigen in verband met 'herkenning', het opbouwen van een gezamenlijke 'identiteit').

Daarnaast kunnen in de omgeving condities gecreëerd worden die bijdragen aan het verminderen/stoppen van problematisch alcoholgebruik. Hierbij kan zowel gedacht worden aan het verbeteren van het sociale netwerk van de cliënt waaronder vrienden, familie en het hebben van een levenspartner, als aan een passend zorgnetwerk (thuiszorg, huisarts, ggz).

In de ZonMw voorstudie is ter toetsing van de in de literatuur gevonden resultaten aansluitend aan het literatuuronderzoek een focus-interview gehouden, waaraan ook leden van de werkgroep alcohol en ouderen (waaronder ook enkele uitvoerders van Fris Verder) hebben deelgenomen. In de focusgroep werden vrijwel alle werkzame elementen die in de internationale literatuur werden gevonden bevestigd door zorgprofessionals. Een persoonlijke aanpak, vriendelijke benadering (niet confronterend) en een traag tempo van de behandeling zorgen bij ouderen voor positieve uitkomsten. Ook dient er rekening gehouden te worden met omstandigheden waarmee ouderen geconfronteerd worden, zoals zorgen voor zingeving, bijvoorbeeld bij het opbouwen van een nieuw na het overlijden van de partner, of zorgen voor dagbesteding in geval van isolement, eenzaamheid of lichamelijke gezondheidsproblemen. Zelf-stigma waarbij ouderen denken 'ik ben te oud om te veranderen' kan ervoor zorgen dat de behandeling niet succesvol is. Een sociaal netwerk waaruit de oudere steun kan halen werkt positief en de locatie waar de behandeling plaats vindt doet ertoe bij ouderen. Ouderen bezoeken bij voorkeur de huisarts in plaats van een verslavingskliniek die vaak verder weg en onbekend is. Hier spelen verminderde mobiliteit en stigma rondom verslavingsklinieken een rol.

Werkzame elementen uit de literatuur en Fris Verder

Indien de diverse varianten binnen het programma Fris Verder worden vergeleken met wat de literatuur beschrijft als werkzame elementen van interventies voor ouderen met alcoholproblematiek zien we de meeste in de literatuur genoemde werkzame elementen in de programmaopzet terug:

Categorie 1: Een geëigende benadering. Niet-betuttelen wordt niet expliciet benoemd door de geïnterviewden, maar wel het belang van motiverende gespreksvoering. Deze gespreksmethodiek sluit moraliseren uit. Hetzelfde geldt voor het gebruik van de Acceptance Commitment Therapie-benadering. In de opbouw van het programma wordt qua onderwerpen aangesloten bij de levensfase van de deelnemers, zoals verlies, rouw, lichamelijke veroudering en isolement. Ook wordt aandacht geschonken aan het bevorderen van zingeving.

Categorie 2: Alle programma's bevatten aandacht voor het vergroten van bepaalde individuele vaardigheden: er wordt gebruik gemaakt van mindfulness, omgaan met trek, het maken van veranderplannen of strategieën om terugval te voorkomen. Het beïnvloeden van beliefs (zoals reduceren zelf-stigma, het verminderen van gevoelens van schuld en schaamte)

wordt door alle uitvoerders expliciet benoemd. Het verhogen van de intrinsieke motivatie wordt bevorderd door het gebruik van Motiverende Gespreksvoering.

Categorie 3: Aan informatieoverdracht wordt in alle programma's veel tijd besteed. Dan gaat het niet alleen over de risico's en consequenties van overmatig alcoholgebruik (en bijvoorbeeld een uitleg van de richtlijnen van de Gezondheidsraad), maar ook over elementen van gezond ouder worden (goede voeding, bewegen, sociale relaties).
Het gebruik van Motiverende Gespreksvoering, maar vooral ook de Acceptance Communication Therapy bevordert het positief framen van communicatie.

Categorie 4: Het gaat om een groepsgerichte aanpak, bedoeld ook om herkenning bij elkaar(s) problematiek te hebben. Groepsprocessen worden bevorderd door bijvoorbeeld het gebruik van gezamenlijke maaltijden, zoeken naar een gezamenlijke identiteit (door het uitwisselen van ervaringen in relatie tot de gezamenlijke levensfase). Twee van de vier programma's gebruiken voor het bevorderen hiervan de inzet van ervaringsdeskundigen.
Er is aandacht voor (vermindering van) gevoelens van schaamte door een zorgvuldige voorbereiding tijdens de intake en door de groepsgerichte benadering.

Uit de interviews zijn, buiten de vier genoemde categorieën, geen nieuwe inzichten naar voren gekomen met betrekking tot werkzame elementen voor deze leeftijdsgroep.

Hoofdstuk 5 Conclusies en discussie

Conclusies

In dit onderzoek dienden twee vragen beantwoord te worden. De eerste vraag is of op basis van het huidige, op CGT gebaseerde groepsbehandelaanbod voor ouderen met alcoholproblematiek één standaardprogramma samen te stellen is dat als zodanig geaccepteerd kan worden door de uitvoerders van de verschillende programma's.
De tweede vraag is of een dergelijk standaardprogramma onderbouwd wordt door theoretische uitgangspunten en werkzame elementen uit de literatuur (*evidence based*) en ervaringen van de uitvoerders (*practice based*). Dit alles met het doel om te komen tot een basis voor landelijk onderzoek naar effectiviteit en dus validering van een groepsaanbod voor ouderen.

Overeenkomsten

Qua opzet en inhoud blijken er tussen de vier onderzochte programma's veel overeenkomsten te zijn. De programma's volgen alle de CGT-opbouw, lopen wat betreft groepsgrootte niet veel uit elkaar (8-12 deelnemers) en worden door de uitvoerders gezien als onderdeel van de gespecialiseerde GGZ. Alle programma's stellen als doel het gedrag te veranderen en het alcoholgebruik hanteerbaar te maken. Abstinentie is in geen van de programma's als expliciet doel omschreven, maar wordt volgens de meeste uitvoerders wel nagestreefd. Abstinentie wordt echter niet altijd haalbaar geacht. Alle programma's worden uitgevoerd door sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar en daarnaast (in drie van de vier gevallen) een psychiater. In één programma worden ook *social workers* ingezet. In het oorspronkelijke groepsaanbod werden meerdere disciplines ingezet (ervaringsdeskundigen, diëtisten, fysiotherapeuten en dramatherapeuten). Geen van de huidige programma's kent nog de dramatherapeut. Alleen bij Fris Verder Den Haag en Fris Verder VNN wordt gewerkt met ervaringsdeskundigen. Alleen Fris Verder Den Haag maakt gebruik van de genoemde andere disciplines. De overige programma's maken hier geen gebruik van, voornamelijk omdat hiervoor de (praktische en financiële) mogelijkheden ontbreken. GGZ Centraal zet wel een bewegingsagoog in tijdens bewegingsactiviteiten die in de ochtend voorafgaand aan het groepsaanbod plaatsvindt (zie tabel 1 in hoofdstuk 2).
Psycho-educatie maakt van alle vier programma's een wezenlijk onderdeel uit.
Mindfulness wordt in alle programma's ingezet als methode om het bewustzijn te vergroten ten aanzien van het eigen gedrag, en draagt tevens bij aan gevoelens van ontspanning.
Alle programma's bevorderen het groepsproces door gezamenlijk te eten. Daarnaast besteden alle programma's substantieel aandacht aan de thema's gezond ouder worden, gezonde voeding, bewegen en sociaal contact.

Verschillen

Daar staat tegenover dat er ook verschillen worden aangetroffen tussen de vier programma's. Een eerste verschil is het gebruik van recente *evidence based* kennis. In een aantal programma's wordt nog materiaal ingezet uit de voormalige leefstijlinterventies, terwijl Cognitieve Gedragstherapie vanuit de Stichting Resultaten Scoren binnen de verslavingszorg als landelijke standaard wordt aangemerkt. Een ander verschil is de wijze van instroom: ambulant of via andere (klinische) programma's. Zo stelt één programma voorafgaande detoxificatie als voorwaarde. Andere programma's stellen dat niet als eis. Maar wel wordt bij alle programma's ervan uitgegaan dat deelnemers de bijeenkomsten nuchter bijwonen, op drie

van de vier locaties leidt dit zelfs tot het afnemen van blaastesten voorafgaande aan de bijeenkomst.
Een derde in het oog springend verschil is de groepsstructuur: open vs. gesloten groepen. Bij open groepen is een tussentijdse instroom mogelijk, dit is in één programma mogelijk. Bij het programma waar de open structuur gehanteerd wordt staat er geen sanctie op afwezigheid, bij de overige drie programma's is sprake van exclusie na twee keer afwezig te zijn geweest.
Vervolgens zijn er verschillen in aandacht voor gezond bewegen: twee van de vier programma's besteden hier aandacht aan, maar doen dit niet in de vorm van actieve beoefening.
Ook wat betreft de benadering van tabaksgebruik zijn er verschillen: bij twee van de vier programma's wordt dit niet getolereerd bij verblijf op de programmalocatie, bij de andere twee wel (respectievelijk in aparte rookpauzes en tussen programmaonderdelen).
Tenslotte wordt bij één programma de methodiek van Acceptance Commitment Therapy als verrijkend gezien en ook als zodanig ingezet.

Bereidheid tot verandering

Wat betreft acceptatie van veranderingen zien alle gesproken uitvoerders het nut van een groepsaanbod voor ouderen met alcoholproblematiek. Alle uitvoerders vinden enige mate van standaardisering belangrijk (met name als voorwaarde voor het kunnen uitvoeren van effectonderzoek in de toekomst), maar ze verschillen in de bereidheid af te wijken van het eigen programma. Bij één programma is men heel stellig. Pas als uit onderzoek blijkt dat er meerwaarde zit in de verandering wordt dit geaccepteerd. Volgens de uitvoerder van dit programma is het tevens belangrijk dat een verandering inhoudelijk onderbouwd dient te zijn en niet gebaseerd op praktische (lokaal gekleurde) redenen.

Theoretische gronden zijn de basis geweest voor de aanpassingen die een andere uitvoerder op het oorspronkelijke aanbod heeft doorgevoerd. Ook deze uitvoerder zou er moeite mee hebben als een nieuwe standaard te veel zou afwijken van datgene wat gefundeerd tot stand is gebracht. De overige twee programma's zijn tot standaardisering en aanpassingen bereid, mits dit praktisch haalbaar is binnen hun organisatie. Zij pleiten dan ook voor vrijheid van lokale invulling.

Alle geïnterviewden vinden een groepsaanbod voor ouderen met alcoholproblematiek relevant en noodzakelijk en zijn voorstander van een groter bereik voor een dergelijk aanbod. Daarbij zou bekeken moeten worden of er niet ook al in een eerdere fase in de zorgketen (bij de huisarts, op wijkniveau of in de generalistische GGZ) een aanbod zou kunnen worden gedaan. Het huidige aanbod richt zich op een doelgroep die in overeenstemming is met de huidige omvang, inhoud en zwaarte van het programma, de hierbij passende benodigde deskundigheid en bekostigingsmogelijkheden. Een aanbod in een eerdere fase van de zorgketen in een vroegere fase van de problematiek past vooralsnog niet in de bestaande bekostigingssystematiek.

De voorwaarden voor standaardisering lijken op voorhand aanwezig nu alle programma's gebruik maken van de in de onderzoeksliteratuur beschreven werkzame elementen.

Discussie

Uit het onderzoek is gebleken dat ondanks verschillen, er ook veel overeenkomsten zijn tussen de programma's. De uitvoerders vinden het erg belangrijk dat het groepsaanbod voor ouderen landelijk gevalideerd wordt en vinden het komen tot een standaard daarom wenselijk. Daar staat tegenover dat ze niet allemaal in dezelfde mate bereid zijn hun eigen aanbod

zomaar aan te passen ten faveure van een landelijke standaard. Eén programma stelt expliciet dat afwijkingen uitsluitend geaccepteerd worden indien dit op grond van wetenschappelijke evidentie gebeurt.

Aangezien het bij landelijk onderzoek naar effectiviteit van belang is voldoende draagvlak te hebben voor deelname aan en uitvoering van het onderzoek, is het belangrijk te bezien of de tegenstellingen zodanig zijn, dat zij hieraan in de weg staan. In een gesprek met de landelijke werkgroep alcohol en ouderen (inclusief uitvoeders van de betreffende programma's), waarbij de uitkomsten van dit onderzoek werden getoetst, bleek er een grote bereidheid om noodzakelijke veranderingen door te voeren in het eigen programma indien er sprake zou zijn van een landelijk validatie-onderzoek. Zo zou in dat geval het (verouderde) leefstijlinterventiemateriaal wijken voor het CGT-materiaal. Ook waren uitvoerders bereid om onderling ervaringen uit te wisselen over *best practises* om eventueel aansluitend aanpassingen door te voeren. Op voorhand werden ook bepaalde verschillen als minder onoverkomelijk gezien. Zo werd de bijdrage van ACT door een van de instellingen aan de doelstellingen van het programma gezien als iets, dat ook op andere wijze gerealiseerd kan worden. Kortom: alle uitvoerders vinden het belangrijk dat er een ruimer, *evidence based* aanbod voor ouderen met alcoholproblematiek is vanwege de groeiende problematiek in onze samenleving. Zij zijn bovendien bereid hieraan hun bijdrage te leveren.

In het onderzoek kwam ook naar voren, dat vanuit de initiatiefnemers van het groepsaanbod bij Victas (nu De Jellinek) en Brijder/Parnassia het betreurd werd dat de oorspronkelijke 'voorzorggroep' (een wachtlijstgroep) vanwege financiële omstandigheden is verdwenen. In de landelijke bijeenkomst werd vanuit VNN in Friesland opgemerkt, dat dit ook te maken kon hebben met onvoldoende deelnemersaantallen. Die constatering leidde in die regio tot een startgroep-aanbod, waarbij ook andere verslavingsvormen toegelaten werden, om daarmee de vereiste aantallen te kunnen halen. Een voorzorggroep kan volgens de uitvoerders zorgen voor een goede voorbereiding op het hoofdprogramma Fris Verder.
Daarnaast wordt het oorspronkelijke nazorgprogramma, mede om financiële redenen nog slechts op twee plaatsen aangeboden, ook dit wordt als een belangrijk gemis ervaren.

In het veld van de verslavingszorg en preventie komt steeds meer aandacht voor de alcoholproblematiek onder ouderen. Ouderen worden als prioritaire aandachtsgroep genoemd in het Nationaal Preventie Akkoord (VWS, 2018). In de door Tranzo in samenwerking met de Universiteit Maastricht (CAPHRI) uitgevoerde voorstudie voor ZonMw in het kader van het onderzoeksprogramma Werkzame Elementen (Bovens et al., 2019) wordt een aantal veelbelovende, nog relatief jonge preventieve interventies genoemd als Moti-55 (Dupont, 2019), 'het groepsaanbod 'Gezond Genieten' van KBO-PCOB (ontworpen door De Jellinek) en IkPas (Bovens, Schuitema & Schmidt, 2017). Een standaardaanbod Fris Verder als vervolg op deze preventieve interventies zou een welkome aanvulling kunnen zijn.
Wellicht zou het te overwegen zijn om opnieuw te kijken naar het ontwikkelen van een voorbereidingsprogramma, een 'lightversie' van Fris Verder (al eerder geopperd door de uitvoerders van de Brijder in Den Haag). Dit zou een beperkt aantal (bijvoorbeeld vier) bijeenkomsten kunnen omvatten, waarin veel aandacht geschonken wordt aan psycho-educatie. Ook elementen van gezond ouder worden zouden hierin vervlochten kunnen worden, met bijvoorbeeld ook actieve onderdelen. En tevens zou kunnen worden nagegaan of onderdelen ook in de vorm van een webinar (VNN heeft hiermee reeds ervaringen opgedaan) kunnen worden aangeboden. Een dergelijk voorbereidingsprogramma zou dan eerder in de keten aangeboden kunnen worden, bijvoorbeeld door verslavingspreventie, of door zorgprofessionals als POH-GGZ of verpleegkundig specialisten in ziekenhuizen.

Alle uitvoerders van het huidige groepsaanbod voor ouderen met alcoholproblematiek zijn geïnteresseerd in een validering van dit aanbod. De eerste stap hiervoor is al in de bijeenkomst van de landelijke werkgroep alcohol en ouderen gezet: een gezamenlijke keuze voor de naam Fris Verder voor het groepsaanbod, mede ingegeven door het feit dat deze naam ooit verzonnen is door deelnemers aan de Haagse groep zelf.

Literatuur

Referenties

Bovens, R., Dupont, B. H. M., van den Hooven, J., & Rozema, A. (2019). Preventie van problematisch alcoholgebruik bij ouderen: Eindverslag van een voorstudie voor de call Werkzame Elementen van ZonMw. Tranzo, TiU & CAPHRI Maastricht.

- Bovens, R. H. L. M. (2018). Addendum Ouderen en verslaving. Bij het CGT-protocol voor middelengebruik en gokken. Handreiking.Amersfoort, Stichting Resultaten Scoren.
- Bovens, R.H.L.M., van Etten, D.M., & Weingart, S.W.S.M. (2013). Advies ouderen en verslaving. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.
- Duine, H., Ven, S. van de, Linden, A. van der & Gottmer, P. (2010). Leefstijltraining voor ouderen. Handleiding voor de trainer. Vught, Novadic-Kentron/Tilburg, GGZ Breburg.
- Hermes, J.S.J., Van Etten, D.M. & Van den Berg, J.F. (2016). Fris Verder. Een groepsaanbod voor ouderen met alcoholproblemen. Tijdschrift voor verpleegkundige experts.
- https://www.brijder.nl/hoe-wij-helpen/behandelingen/herstelgroep (geopend 23 september 2020).
- https://www.novadic-kentron.nl/hulp-en-advies/ondersteuning-van-ervaringswerkers (geopend 23 september 2020).
- Merkx, MJM, Korrelboom, CW, & de Wildt, WAJM. (2015). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik. Protocol en leertheoretische reflectie. Gedragstherapie. Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie, 48(2), 111-137.
- Veerbeek, M., Heijkants, C. & Willemse B. Alcoholgebruik onder 55-plussers. Utrecht: Trimbos-instituut, 2017.
- Weiland, A. (2019). ‘De toekomst weer fris tegemoet’: een fenomenologisch onderzoek naar de ervaringen van ouderen na deelname aan de groepsbehandeling ‘Fris verder’. Leeuwarden, GGZ-Friesland.

Gehanteerde bronnen literatuurstudie alcohol en ouderen (Bovens et al., 2019):

- Blow, F.C., et al., Older adult treatment outcome following elder-specific inpatient alcoholism treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 2000. 19(1): p. 67-75.
- Kuerbis, A.N., et al., A pilot study of online feedback for adult drinkers 50 and older: Feasibility, efficacy, and preferences for intervention. Journal of Substance Abuse Treatment, 2017. 77: p. 126-132.
- Lee, H.S., et al., Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the Multi-Site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2009. 24(1): p. 54-60.
- Lemke, S. and R.H. Moos, Outcomes at 1 and 5 years for older patients with alcohol use disorders. Journal of Substance Abuse Treatment, 2003. 24(1): p. 43-50.
- Lin, J.C., et al., Do health educator telephone calls reduce at-risk drinking among older adults in primary care? J Gen Intern Med, 2010. 25(4): p. 334-9.
- Moore, A.A., et al., Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: A randomized controlled trial. Addiction, 2011. 106(1): p. 111-120.
- Ahacic, K., L. Nederfeldt, and A.R. Helgason, The national alcohol helpline in Sweden: an evaluation of its first year. Subst Abuse Treat Prev Policy, 2014. 9: p. 28.

- Attwood, S., et al., Using a mobile health application to reduce alcohol consumption: a mixed-methods evaluation of the drinkaware track & calculate units application. BMC Public Health, 2017. 17(1): p. 394.
- Bowen, S., et al., Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders. Jama Psychiatry, 2014. 71(5): p. 547-556.
- Chambers, S.E., et al., Identity in recovery from problematic alcohol use: A qualitative study of online mutual aid. Drug and Alcohol Dependence, 2017. 174: p. 17-22.
- Dulin, P.L., V.M. Gonzalez, and K. Campbell, Results of a pilot test of a self-administered smartphone-based treatment system for alcohol use disorders: usability and early outcomes. Subst Abus, 2014. 35(2): p. 168-75.
- Eberl, C., et al., Approach bias modification in alcohol dependence: do clinical effects replicate and for whom does it work best? Dev Cogn Neurosci, 2013. 4: p. 38-51.
- Grow, J.C., et al., Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. Addict Behav, 2015. 40: p.16-20.
- John, U., et al., Motivational intervention: An individual counselling vs a group treatment approach for alcohol-dependent in-patients. Alcohol and Alcoholism, 2003. 38(3): p.263-269.
- Postel, M.G., et al., Attrition in web-based treatment for problem drinkers. J Med Internet Res, 2011. 13(4): p. e117.
- Postel, M.G., et al., A 9-month follow-up of a 3-month web-based alcohol treatment program using intensive asynchronous therapeutic support. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2015. 41(4): p. 309-316.
- Satre, D.D., et al., Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program. Addiction, 2004. 99(10): p. 1286-97.
- Schneider, B.C., et al., Association splitting: A randomized controlled trial of a new method to reduce craving among inpatients with alcohol dependence. Psychiatry Research, 2016. 238: p. 310-317.
- Schulz, D.N., S.P. Kremers, and H. de Vries, Are the stages of change relevant for the development and implementation of a web-based tailored alcohol intervention? A cross-sectional study. BMC Public Health, 2012. 12: p. 360.
- Schumm, J.A., et al., A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually based treatment for women with alcohol dependence. J Consult Clin Psychol, 2014. 82(6): p. 993-1004.
- Shakeshaft, A., et al., The effectiveness of community action in reducing risky alcohol consumption and harm: a cluster randomised controlled trial. PLoS Med, 2014. 11(3): p. e1001617.
- Sinclair, J.M.A., S.E. Chambers, and C.C. Manson, Internet support for dealing with problematic alcohol use: A survey of the Soberistas online community. Alcohol and Alcoholism, 2017. 52(2): p. 220-226.
- Stotts, A.L., J.M. Schmitz, and J. Grabowski, Concurrent treatment for alcohol and tobacco dependence: Are patients ready to quit both? Drug and Alcohol Dependence, 2003. 69(1): p. 1-7.
- Tracy, K., et al., Mentorship for Alcohol Problems (MAP): a peer to peer modular intervention for outpatients. Alcohol Alcohol, 2012. 47(1): p. 42-7.

Bijlage 1 Topiclijst

Introductie en achtergrond

De landelijke werkgroep alcohol en ouderen heeft de wens geuit om te komen tot een standaardisatie van een groepsgericht aanbod voor 55-plussers met alcoholproblemen. De vragen die wij u stellen helpen ons bij de opzet van deze standaardisatie.

Allereerst hebben wij het door Parnassia/Brijder ontwikkelde Fris Verder programma als basis geanalyseerd en in deelthema's opgesplitst. Hier hebben wij meerdere bestaande programma's gericht op 55-plussers met alcoholproblemen naast gehouden om verschillen en overeenkomsten in de diverse deelthema's te kunnen identificeren. Dit hebben wij ook voor uw programma gedaan en de belangrijkste verschillen hebben we u reeds voorgelegd. In dit interview willen we hier per deelthema graag op doorvragen. We zijn met name geïnteresseerd in uw motivatie voor keuzes in uw programma. Daarnaast hebben wij nog een aantal aanvullende verdiepende vragen voor u.

U heeft als het goed is via email een document ontvangen wat u mag openen waar ik u verdiepende vragen over ga stellen. Dit mag u openen.

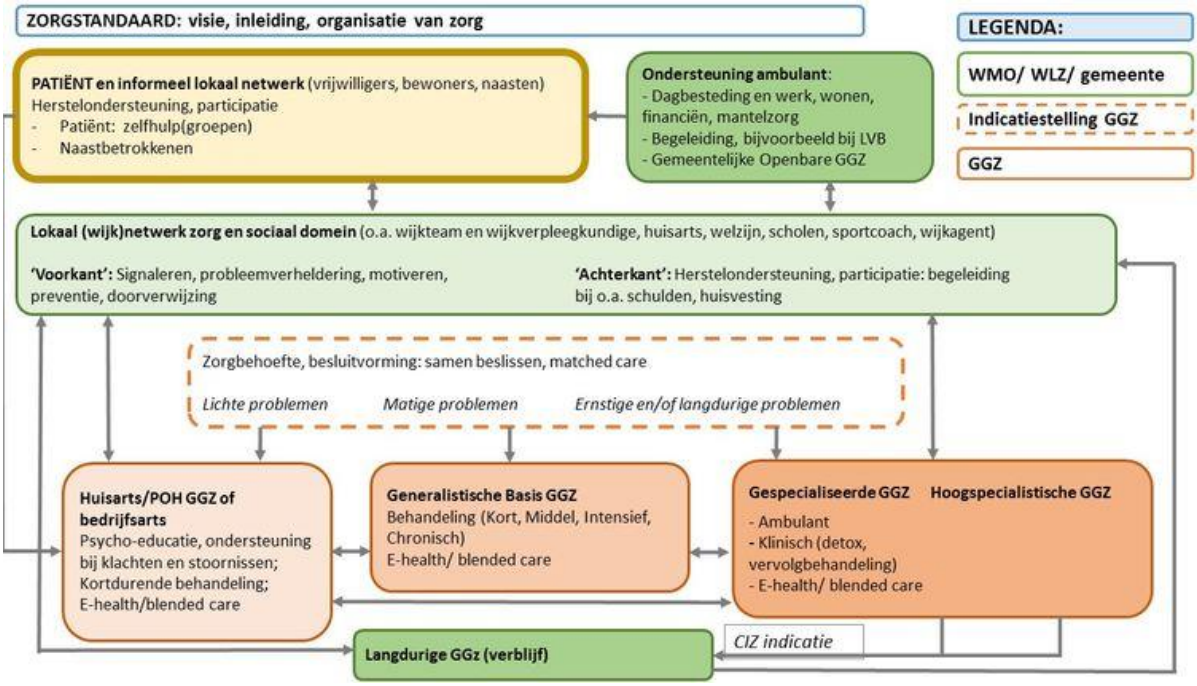
Het telefonisch interview zal ongeveer een uur duren. De gegevens die we van u verzamelen worden geanonimiseerd. Dat wil zeggen dat niemand zal weten dat u het bent die deze antwoorden geeft. Ook hoeft u vragen niet te beantwoorden als u dat niet wilt en kunt u altijd stoppen.

Verder zou ik dit telefoongesprek ook graag op audio willen opnemen. Dan kunnen wij goed naar u luisteren en later alles uitwerken. Uw antwoorden op de audio worden opgeslagen in een veilige omgeving (waar alleen de direct betrokken onderzoekers bij kunnen) zolang als het onderzoek duurt.

Is tot zover alles duidelijk voor u?

Dan start ik nu de audio opname en kan het interview beginnen.

Positionering ‘Fris Verder’



Voor u ziet u het schema ‘Zorgstandaard alcoholproblematiek GGZ’ (staat ook in het document van de geïnterviewde).

1) Waar zou u ‘Fris Verder’ plaatsen in deze zorgstandaard? Kunt u dat toelichten?

2) Hoe verlopen verwijzingen van deelnemers? Waar komen deelnemers vandaan?

Specifieke vraag voor Annette Sins: Waar gaat uw programma verder dan Fris Verder? Zou uw programma een gevolg moeten zijn van Fris Verder?

Doelstellingen

[Doelstelling betreffende programma plakken] (staat ook in het document van de geïnterviewde)

1) Wat zijn de doelstellingen van uw programma?
(Heeft u nog aanvullingen over uw doelstelling?)

2) Wat zijn volgens u haalbare uitgangspunten?
Is dit abstinentie, of hanteerbaarheid?

3) Als er een landelijk protocol Fris Verder komt, moet dat zich dan beperkten tot alcohol (met eventuele uitstapjes naar benzodiazepines)?
Of moet ook ander middelengebruik meegenomen worden hierin?
Wat vindt u?

4) Waarom wordt uw programma in groepen gegeven?
Waarom niet individueel (zoals bij sommige CGT)?

Voorbereiding/verwijzing programma

[Voorbereiding/verwijzing betreffende programma plakken] (staat ook in het document van de geïnterviewde)

1) Wie doet de inschatting of mensen geschikt zijn voor het programma?
Waarom deze persoon?
Hoe verloopt deze inschatting?

2) Is er een intake voor het programma?
Hoe verloopt deze intake?
Is er een voorgesprek, of een eerste individuele behandelsessie?
Heeft dit meerwaarde en waarom?
Hoe en waar wordt deze gedaan?
En waar wordt op gelet?
En welke screenings/onderzoeken worden uitgevoerd?
Wordt er gekeken naar groepsgeschiktheid
Wordt er gekeken naar cognitieve vermogens?
Mag een naasten aanwezig zijn?

Programmaduur

[Programmaduur betreffende programma plakken] (staat ook in het document van de geïnterviewde)

1) Waarom is gekozen voor dit aantal bijeenkomsten?

2) Wordt uitloop toegestaan?
Wanneer komt dit voor en waarom is dit?
Hoe wordt dit opgevangen?

3) Worden sommige sessies vaker gegeven (herhaling)?
Wanneer komt dit voor en waarom is dit?

4) Worden sommige sessies gespreid over meerdere bijeenkomsten?
Wanneer komt dit voor en waarom is dit?

5) Waarom worden er meerdere bijeenkomsten in één week uitgevoerd?
Of waarom maar één bijeenkomst in de week?
Waar zijn deze keuzes op gebaseerd?

Kenmerken/criteria groep

[Kenmerken/criteria betreffende programma plakken] (staat ook in het document van de geïnterviewde)

1) Kunt u een omschrijving geven van FrisVerder deelnemers?
In welke fase van de problematiek zitten zij meestal?

2) Welke eigenschappen heeft de potentiele FrisVerder deelnemer volgens u?

3) Zijn er ook contra-indicaties?

4) Heeft u ervaring met ouderen die schaamte ervaren m.b.t. hun problematiek?
Heeft dit invloed op de groepsdynamiek?

5) Wanneer is iemand klaar met Fris Verder?
Wie maakt deze inschatting/besluit?
Waarom?

6) Is tussentijdse instroom mogelijk in uw programma?
Waarom wel/niet?

7) Hoeveel deelnemers staat u toe?
Waarom dit aantal?

Inhoud programma

Gebleken is dat individuele CGT niet goed werkt voor de Fris Verder doelgroep (55-plussers met alcoholproblematiek). Zoals u weet ik hier vervolgens het alternatieve Fris Verder programma uit voortgekomen. Wij zijn nieuwsgierig naar de verschillen tussen uw programma en de individuele CGT / Fris Verder basis ontwikkeld door Parnassia/Brijder.

[Inhoud programma plakken] (staat ook in het document van de geïnterviewde)

[Verschillen tussen betreffende programma en individuele CGT / Fris Verder basis op een rijtje zetten] (staat ook in het document van de geïnterviewde)

1) Welke bijeenkomsten worden gehouden en wat wordt daarin gedaan? Klopt de opsomming die wij u voorleggen (in het document van de geïnterviewde)?

2) Kunt u redenen formuleren voor het afwijken van de individuele CGT / Fris Verder basis?
Waarom is er afgeweken?

3) Hoe heeft u het programma ontwikkeld?
Welke documenten zijn gebruikt?

Programma-inhoudelijke vragen (afhankelijk van wat de geïnterviewde gestuurd heeft):
Hoe gaat u om met terugvalgedrag?
Heeft u tussenevaluaties ingericht?
Worden mensen geholpen bij het maken van huiswerk?
Worden trainingen ook thuis aangeboden?
Zijn naasten welkom?
Hoe motiveert u ouderen tot gedragsverandering als de mogelijkheden beperkt zijn (e.g., inhaken op zingeving)?
Wordt er ook lunch geregeld?
Hoe gaat u om met roken?
Zijn rookpauzes ingelast?

Hoe gaat u om met alcoholgebruik?
    Moeten mensen vooraf een blaastest doen?
Wat is groep-verstorend gedrag?
    Hoe gaat u daarmee om?
Hoe krijgen mensen buiten het dagprogramma om ondersteuning (wanneer nodig)?
Wie is klinisch eindverantwoordelijke voor de deelnemer?
Is er ruimte voor vrije invulling van bijeenkomsten?
    Bijvoorbeeld Corona als thema?
Wat zijn consequenties bij afwezigheid?
    Hoe vaak mogen mensen bijeenkomsten missen?
    Wat zijn gevolgen?
Waarom heeft u dramatherapie (of de dramadriehoek) toegevoegd aan het programma?
    Wat is hiervan de achterliggende reden?
Wordt zelfcontrole/trek (craving) 'live' geoefend met de deelnemers?

Info over deelnemers en begeleiders

[Informatie over deelnemers en begeleiders betreffende programma plakken] (staat ook in het document van de geïnterviewde)

1) Welke thema's zijn met name geschikt om te bespreken met ouderen?
Wat zijn thema's die in de groep goed werken?
En hoe brengt u die ter sprake?

2) In welke mate speelt leeftijd een rol in de benadering die u kiest?
Speelt leeftijd een rol in de keuze voor fysieke elementen in uw behandeling (e.g., in de ochtend sporten, in de middag gesprekken)?
Hoe gaat u om met groepsdynamiek binnen deze doelgroep?

3) Welke trainers/begeleiders zouden volgens u het programma moeten draaien?
Waarom?
Welke kwalificaties zijn volgens u minimaal vereist?
Welke ervaring moet iemand hebben?

4) Wordt EMDR aanbevolen (of andere therapie) door u bij verwijzingen?
Heeft u dat in huis?
Wordt dit ook in de groep besproken, of wordt dit individueel aangeboden?
Waarom doet u dat zo?

5) Maakt u gebruik van ervaringsdeskundigen?
Waarom wel/waarom niet?

Oplevering protocol

1) Als wij het protocol of standaardprogramma gereed hebben, in hoeverre bent u bereidt tot het maken van aanpassingen aan uw eigen programma?

2) Hoeveel behoefte is er voor een standaard-protocol?

Afsluiting interview

Heeft u hier verder nog wat aan toe te voegen?

Heeft u verder nog vragen?

Bedankt voor uw tijd en inzichten!

Bijlage 2 Programmabeschrijvingen

Programma 1 (Fris Verder Den Haag)

Doelstelling

Een gespecialiseerd aanbod aanreiken voor 55-plussers voor het doorbreken van problematisch alcoholgebruik met aandacht voor gezond leven, gezonde voeding, bewegen en mindfulness.

Intake

Deelnemers worden verwezen en/of aangemeld door de behandelaren (intern via eigen kliniek), via de huisarts of op eigen initiatief. De 'voorzorggroep', waarin mensen voorbereidende zorg ontvingen wanneer zij moesten wachten op beschikbaarheid in groepen, is gestopt. De inschatting van potentiele deelnemers wordt gedaan door de trainers of begeleiders van de groep (een telefonisch en face-to-face contact vindt plaats). In deze inschatting wordt met name gekeken naar de motivatie van mensen en wordt duidelijk gemaakt dat deelname vrijwillig is, maar niet vrijblijvend. Mensen worden geacht te komen. Daarnaast worden in deze inschattingen vier metingen verricht (o.a. over PTSS en middelengebruik). Deze worden, in eerste instantie, vier keer afgenomen (bij de intake, eerste bijeenkomst, laatste bijeenkomst en na 3 maanden).

Beschrijving programma

Het programma is gebaseerd op aspecten van leefstijltrainingen (zoals zelfcontrole, omgaan met trek, etc.). Levensfaseproblematiek is een belangrijk toegevoegd onderwerp. Tijdens het programma maakt men een werkplan, stelt men doelen en een terugvalpreventieplan. Verder is er in het programma aandacht voor bewegen (Nordic walking), ontspanning (hoewel niet met die functie aangeboden draagt de inzet van mindfulness wel hieraan bij) en alcohol en verkeer. Oorspronkelijk werd ook dramatherapie (waar ingegaan wordt op liegen, schuld, schaamte en sociaal weerbaarder worden) ingezet. Dit is inmiddels vervangen door aandacht voor 'De cirkels van Van Dijk'.
In het kader van psycho-educatie is er tijdens het programma aandacht voor gezond leven, gezonde voeding en bewegen. De diëtiste bespreekt het belang van goede voeding en wat goede voeding inhoudt. Een fysiotherapeut probeert automatismen (dus gewoontegedrag) te doorbreken met behulp van bewegingsoefeningen. Mindfulness laat de deelnemers inzien dat gevoelens waargenomen kunnen worden zonder dat je gelijk tot actie hoeft over te gaan (bijvoorbeeld alcoholgebruik). Een ervaringsdeskundige laat uit persoonlijke ervaringen zien hoe de draad van het leven weer is opgepakt en hoe moeizaam dit proces kan verlopen. Aan het eind wordt een terugvalpreventieplan gemaakt. Samen met een van de trainers of begeleiders wordt na de laatste sessie stilgestaan bij de huidige situatie van de deelnemer.

Overige onderbouwing programma

- Terugval wordt zo snel mogelijk gesignaleerd. Triggers hiervoor worden als huiswerkopdracht besproken. Levensfaseproblematiek is hierin erg belangrijk (bijvoorbeeld het gat waarin men kan vallen na pensioen).
- De lunch is erg belangrijk voor het groepsgevoel en om mensen na een zware of emotionele sessie rustig te laten afsluiten. Voor het groepsgevoel is het goed dat mensen elkaar tijdens de lunch ook eens anders zien dan in de sessies. Bovendien

krijgen mensen een voedzame en goede maaltijd, wat belangrijk is bij overmatig alcoholgebruik.

- In vergelijking met het programma, waarop Fris Verder Den Haag is gebaseerd (het groepsaanbod van Victas) is het gebruik van dramatherapie verdwenen. Daarvoor in de plaats zijn de ‘Cirkels van Van Dijk’ toegevoegd om inzicht in het eigen functioneren van de deelnemer te verschaffen.

Programma 2 Fris Verder VNN

Ontwikkeling programma

Als leidraad is het Fris Verder pakket uit het initiële programma en het boek voor de deelnemers en therapeuten gebruikt. Dit is vervolgens aangepast en ingericht naar de mogelijkheden die binnen het verslavingscentrum beschikbaar en haalbaar zijn.

Doelstelling

Doelstelling is fors te minderen met drinken, liefst te stoppen. Daarnaast de doorbreking en bewustwording van het patroon van problematisch alcoholgebruik (en andere verslavingen, bijvoorbeeld gokverslaving).

Intake

De eerste algemene intake is poliklinisch en is ingericht voor alle cliënten van het behandelcentrum. Aanvullend aan de algemene screening en het onderzoek, worden bij ouderen ook een lichamelijk onderzoek, een labonderzoek en de MOCA afgenomen (laatstgenoemde is standaard voor iedereen boven de 55). In een tweede intake wordt triage gedaan door een regiebehandelaar. Als hier Fris Verder uitkomt als suggestie, dan wordt er door een SPV/groepstherapeut contact gelegd met de beoogde deelnemer voor kennismaking, voor het uitleggen van de vereiste commitment en het motiveren van de potentiele deelnemer (verwachtingen worden geschetst). Vervolgens voeren twee SPV/groepstherapeuten en een psychiater een inschatting uit, aangezien zij het meest betrokken zijn bij deze doelgroep. De inschatting richt zich op kalenderleeftijd, biologische leeftijd, mogelijkheid om nuchter te verschijnen, etc., een intrinsieke poliklinische inschatting.

Beschrijving programma

Het programma is grofweg opgedeeld in twee gedeeltes: het eerste gedeelte volgt de CGT-opzet en is sterk gericht op gedragsverandering, het tweede gedeelte bestaat voornamelijk uit psycho-educatie met inzet van gastsprekers/ervaringsdeskundigen. Deelnemers maken collages (met knippen en plakken), over de vraag “hoe kijk je naar de toekomst, hoe kijk je naar het leven over twee jaar?”. Aan het einde presenteert ieder zijn eigen collage.
Thema’s programma:

- Kennismaken
- Alcohol en ouder worden
- Doelen stellen
- Omgaan met trek
- Bewegen
- Systeemtherapie
- Zingeving
- Ervaringsdeskundigheid (ingevuld door oud-deelnemer Fris Verder)
- De toekomst
- Slapen en omgaan met verliesverwerking
- Evaluatie en afsluiting

Na afronding van het programma is er na enige tijd ook een reünie (nu tijdelijk opgeschort i.v.m. Corona).

Opbouw sessie:
10u00 Welkom (en eerste keer kennismaking) / terugblik op afgelopen week
11u00 Pauze

11u15 informatie behorende bij thema; huiswerk; dagboek
12u15 Gezamenlijke lunch
12u45 afsluiting

Overige onderbouwing programma

- Bij terugvalgedrag tussen sessies wordt er bij de opening van de sessies door de begeleider bij stilgestaan. Hier is geen sanctie aan verbonden. Dit bespreken van terugvalgedrag is afhankelijk van de situatie en hoe snel iemand ontvankelijk is voor positieve verandering. Soms wordt dit ook individueel opgenomen met een deelnemer.
- Door Corona en verschuivingen van groepen is er i.p.v. lunch nu een avondbuffet. De maaltijd is een van de grootste voordelen van Fris Verder. Het is een afsluiting van het formele gedeelte van een bijeenkomst, draagt bij aan groepsverbondenheid en biedt een overgang naar het normale leven (‘men gaat met een genormaliseerde hartslag naar huis’).
- Een oud Fris Verder deelnemer wordt ingezet als ervaringsdeskundige. Van belang is dat een ervaringsdeskundige op leeftijd is en ook daadwerkelijk ervaring heeft met alcohol (en bij voorkeur ook Fris Verder heeft doorlopen).

Beschrijving en redenen voor afwijken van Fris Verder basis Parnassia/Brijder

Het programma is verschillend door gelegenheidsargumentatie. Aandacht voor bewegen is geschrapt (geen nordic walking), omdat dit niet beschikbaar is. Ontspannen of mindfulness zit niet in het lopende programma, maar ontspanningsoefeningen worden wel aan het begin van bijeenkomsten gedaan. Daarnaast komt een deskundige over mindfulness praten. Er komt geen geriater langs, dramatherapie wordt niet gegeven en aandacht voor verkeer zit niet in het programma. Psycho-educatie zit verweven in alle sessies. Als er wordt afgeweken van het initiële Fris Verder programma, heeft dat pragmatische redenen.

Programma 3 (GGZ Centraal)

Ontwikkeling programma

De ontwikkeling van het programma is gebaseerd op jarenlange ervaring van mensen die groepen geven. Daarnaast is ter inspiratie ook bij andere groepen gekeken. De basis is vanuit de theorie opgezet en vanuit CGT. Dat alles samengevoegd maakt het programma.

Doelstelling

Het doel van het programma is dat men leert om het gebruik van alcohol, kalmerende middelen (benzodiazepines) of andere verslavende middelen onder controle te houden. Het programma is voor patiënten met verslavingsproblematiek die hun gebruik willen stoppen of minderen en dit willen volhouden. Volledige abstinentie is geen eis om aan de groep deel te nemen.

Intake

Patiënten kunnen zowel vanuit deeltijdbehandeling als door ambulante behandelaars voor deze groep worden aangemeld. Als de leefstijltraining stagneert, kunnen potentiele deelnemers doorverwezen worden naar de deeltijdbehandeling. Hier wordt het programma gegeven. De groepstherapeuten nodigen iemand uit voor een intake en er wordt een inschatting gemaakt op geschiktheid voor het programma. Deze geschiktheid is voornamelijk gebaseerd op een inschatting van het passen van potentiele deelnemers in de groep, bereidheid tot het voldoen aan de voorwaarden (proberen om niet te drinken) en het cognitieve vermogen van de potentiele deelnemer). De intake is laagdrempelig van aard, er worden geen screenings of andere metingen uitgevoerd. Naasten zijn welkom om aan te sluiten bij de intake.

Beschrijving programma

De bekende thema's van de CGT/leefstijltraining en psycho-educatie worden aangemerkt als belangrijk in het programma.

Introductie dagprogramma:
- Alcoholblaastest (afgenomen door de verpleegkundige).
- Bewegingsgroep.
- Lunch.

Start inhoudelijke programma:
- Terugblik op de afgelopen week.
- Welke dingen gaan er goed in het dagelijks leven en hoe kun je dat versterken.
- Hoe ga je om met trek, hoe lukt het je om niet of minder te gebruiken.
- Ook thema's als zingeving, omgaan met alleen zijn, omgaan met sociale druk, vrijetijdsbesteding en voeding kunnen aan de orde komen.
- Een mapje met thema's wordt in de loop van de tijd samengesteld, zodat deelnemers het thuis nog eens kunnen nalezen.
- Ook krijgen deelnemers huiswerkopdrachten mee, bijvoorbeeld om de trek in alcohol of andere middelen te registreren.

Belangrijke thema's van het programma:
- De bekende thema's van de CGT/leefstijltraining.
- De bekende thema's psycho-educatie.
- Alcohol en verslaving in het algemeen (oorzaak, effecten, etc.).

- Alcohol en verkeer.
- Omgaan met trek.
- Vrijetijdsbesteding/zingeving.
- Omgaan met alleen zijn.
- Voeding.
- Omgaan met sociale druk.
- (Sociale) contacten.
- Hoe lukt het om te stoppen?
- Kan een alcoholist sociaal drinken?
- Wat gebeurt er op het moment van terugval?
- Stiekem drinken, voor en nadelen.
- Wat helpt om niet te drinken?
- Omgaan met tegenslagen en conflicten.
- Concentratie en geheugen.
- Ontspanning.
- Lichamelijke gevolgen, risico's.
- Bewegen.
- Feestdagen en andere herinneringsdagen.
- Schaamte en schuld, hoe kun je relaties herstellen?
- Grenzen stellen.
- Dramadriehoek.
- Zelfbeeld.
- Zingeving.
- Slapen.

Voorwaarden/huisregels programma:
- Voorop staat openheid over het gebruik van alcohol, drugs en/of medicijnen.
- Aan het begin van de dag wordt een alcoholblaastest afgenomen. Als uit de test blijkt dat er alcohol is gedronken, kan die ochtend niet deelgenomen worden.
- Aanwezigheid wordt verwacht, ook als het minder goed gaat.
- Alles wat in de groep besproken wordt blijft binnen de muren van de groepsruimte.
- Het is niet toegestaan onderling cadeaus uit te wisselen of diensten te verlenen, ook niet aan teamleden. Dit om scheve verhoudingen/verplichtingen in de groep te voorkomen. Als er contact plaatsvindt buiten de therapietijd om moet dit open in de groep besproken worden.
- Roken is in het gebouw niet toegestaan.
- Als er moeite is de verslaving onder controle te houden, kan voor ondersteuning binnen kantooruren telefonisch contact opgenomen worden met de begeleiders.
- Bij voldoende stabiliteit kan de groep worden beëindigd en wordt overleg gepleegd tussen de deelnemer en behandelaar over verdere (na)zorg in deeltijd of ambulant.

Overige onderbouwing programma
- Terugvalgedrag wordt besproken in de groep en in een individueel gesprek met de deelnemer.
- Door de open programmastructuur is een eventuele herhaling van sessies, de volgorde van behandelingen en een vrije instroom van deelnemers mogelijk.
- Er wordt door de behandelaren goed geluisterd naar de behoeftes in de groep. Men gaat aan de slag met gevoelige onderwerpen die op dat moment spelen in de groep.
- Er wordt door de behandelaren herhaaldelijk geïnventariseerd of de belangrijkste elementen in het programma zijn behandeld.

Programma 4 Groepsaanbod De Jellinek

Ontwikkeling programma

Het programma is indertijd bij Victas begonnen met ervaringen bespreken en dagboeken bijhouden in groepsverband. Thema's waren de 'Cirkels van van Dijk', bewegen (nordic walking en zwemmen met cliënten), voeding, schuld, schaamte, weerbaarheid, alcohol in het verkeer, etc. Ook kwam een ervaringsdeskundige en verslavingsarts informatie verstrekken (laatstgenoemde gaf uitleg over trekremmers en de invloed van alcohol op het lijf). Dramatherapie (op CGT gestoeld) werd ook gedaan, waarbij ingegaan werd op het omgaan met liegen en vertrouwen. Documenten die gebruikt werden waren gericht op de 'Cirkels van van Dijk', levensfaseproblematiek en ontspanning. Deze elementen zijn in het initiële programma opgenomen. Vervolgens zijn voor de verdere ontwikkeling materialen uit ACT-therapie gebruikt, als ook alle elementen uit het groene boekje (resultaten scoren).

Doelstelling

Doel van de behandeling is om te minderen of te stoppen met het gebruik van middelen en daarbij vaardigheden te leren om anders om te gaan met situaties, gedachten en gevoelens die leiden tot gebruik van middelen. Voorwaarde voor deelname is abstinentie.

Intake

Er is een intakestraat die doorlopen wordt. Gebruik wordt gemeten met de MATE en men krijgt vragenlijsten thuisgestuurd (DASS en MANSA). Deze krijgt men ook op het einde van het programma en worden besproken met de cliënten. De cliënt wordt gezien door een intaker, een regiebehandelaar en een arts. Er is ook een overleg tussen deze professionals. Aan de hand van een beslisboom wordt gekeken of iemand in aanmerking komt voor een (poli)klinisch (dag)programma. De 55-plus groep valt onder poliklinische behandeling. Voorafgaand aan dit programma krijgt de deelnemer een kennismakingsgesprek met de groepsbehandelaar. Daar wordt de inschatting gemaakt of een cliënt geschikt is om deel te nemen in de groep. Er wordt gekeken naar cognitieve schade, waarbij soms de MOCA wordt afgenomen. Naasten zijn welkom bij deze kennismaking. Voorafgaand aan de groepsbehandeling kan een klinische of ambulante detox plaatsvinden, dit wordt in overleg met de arts bepaald.

Beschrijving programma

Het behandelprogramma is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie; hierbij worden motiverende, cognitieve en gedragstherapeutische interventies ingezet om cliënten te ondersteunen bij het realiseren van verandering in middelengebruik. Bij mensen van 55 jaar en ouder is er aanvullend vaak ook sprake van levensfaseproblematiek. In het behandelprogramma is aandacht voor deze thema's.

Onderwerpen in de behandeling

<u>Verandering in middelengebruik</u>

Basis voor het realiseren van verandering in middelengebruik is het werkboek 'Cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken 4' (behandeling in groepen) van Resultaten Scoren. Verder wordt tijdens de groep uitleg gegeven over een signaleringsplan/ terugvalpreventieplan en deze plannen worden individueel uitgewerkt (fase groen, oranje en rood). Deelnemers schrijven in de laatste week een brief aan hun verslaving en gaan in gesprek met hun verslaving om te onderzoeken of hun houding ten aanzien van het gebruik van middelen is veranderd.

Psycho-educatie
Voorlichting (psycho-educatie) is een ander belangrijk onderdeel van het programma. Psycho-educatie wordt gegeven op de volgende onderwerpen:

- Lichamelijke en psychische gevolgen van gebruik middelen. Deelnemers zijn vaak onbekend met de gevolgen en dit thema kan behoorlijk confronterend zijn.
- Uitleg over trek (conditionering) en werking van middelen in de hersenen. Deelnemers hebben vaak het idee dat trek en gebruik hen overkomt, waardoor ze er niets aan kunnen doen en goede uitleg over het mechanisme van verslaving is helpend om hen te laten zien dat ze weer grip kunnen krijgen op hun leven.
- Slaaphygiëne waarbij tips voor een gezonde nachtrust worden gegeven.
- Gezond ouder worden met name gericht op aandacht voor voldoende beweging, gezond eetpatroon, voldoende sociale contacten.

Levensfaseproblematiek
Bij het bespreken van de levensfaseproblematiek wordt gebruik gemaakt van de theorie en oefeningen uit de ACT.
De volgende thema's worden besproken:

- Uitleg over waarden en het belang daarvan en het ontdekken van waarden aan de hand van een waardenlijst. Deelnemers maken foto's van dagelijkse waardevolle zaken in hun leven en presenteren dat aan de andere groepsleden. Deelnemers leren elkaar hierdoor beter kennen en het geeft een mooi inkijkje in het levensverhaal van deelnemers.
- Toegewijde acties op basis van waarden: iedere week stellen deelnemers zich concrete doelen op basis van een waarde die aandacht behoeft, zodat zij komen tot een zinvolle daginvulling.
- Omgaan met eenzaamheid
- Omgaan met emoties: De functie van de 4 basisemoties wordt besproken en er wordt stilgestaan bij het effect van vermijden van angst, boosheid en verdriet. Via oefeningen uit de ACT ervaren deelnemers dat je open stellen voor emoties uiteindelijk meer oplevert dan vermijden. Speciale aandacht krijgt hierbij het omgaan met schuld, schaamte en spijt.
- Omgaan met verlies: Het kan hierbij gaan om het verlies van een dierbare, verlies van gezondheid, verlies van gezondheid of verlies van idealen. Deelnemers brengen een voorwerp mee van een voor hen betekenisvol verlies en aan de hand van die voorwerpen delen we verlieservaringen, wat vaak veel herkenning oplevert. Daarnaast wordt stilgestaan bij wat rouw is en worden handvatten geboden om te rouwen.

Terugkerend bij iedere bijeenkomst
Iedere bijeenkomst wordt gestart met het bespreken van het registratieformulier uit het werkboek CGT4 en wordt stilgestaan bij de toegewijde acties. Tijdens de nazorggroep kan verdieping van bovengenoemde thema's besproken worden.

Huisregels

- Privacy:

Wat binnen de groep wordt besproken, dient binnen de groep te blijven.

- Aanwezigheid:

100% aanwezigheid wordt verwacht, op afgesproken tijdstippen. Eventuele vertraging of verhindering van aanwezigheid moet worden aangegeven.

- Middelen:

Onder invloed kan men niet deelnemen aan de groep. Blazen is verplicht. Bij een BAC van < 0.3 moet 1,5 uur gewacht worden. Bij een BAC van > 0.3 mag pas de eerstvolgende bijeenkomst weer geparticipeerd worden.

In en om het gebouw is roken verboden.

- Praktische zaken:

Voor de start van de groep en in de pauzes is koffie of thee beschikbaar.

Mobiele telefoons moeten stil (geluid en trillen uit) en zijn uit het zicht verdwenen zijn.

- Veiligheid:

Lichamelijk geweld, ongewenste intimiteiten, discriminerende uitingen en onfatsoenlijk gedrag worden niet getolereerd. Hierbij wordt overwogen de behandeling te stoppen en/of aangifte gedaan bij de politie.

Overige onderbouwing programma

- Bij terugvalgedrag en uitglijders wordt de functieanalyse ingezet (schuld, schaamte, spijt, worden hierin meegenomen). Het verschil tussen terugval en uitglijders is dat bij terugval wordt doorgedronken, bij uitglijders staan mensen weer op.
- Uitloop wordt niet toegestaan i.v.m. geld en logistiek. Mocht aanvullende begeleiding nodig zijn, kan dit individueel.
- Tussenevaluaties worden uitgevoerd na 7 weken, mits er voldoende ruimte is in de planning/agenda. Als huiswerk moeten deelnemers individueel aan de slag met het terugval-preventieplan en dit wordt ook individueel geëvalueerd. Verder worden de doelen geëvalueerd, en wordt wat nog actueel is meegenomen naar het nazorgprogramma.
- Mensen worden niet geholpen bij het maken van huiswerk, samenwerken met de naasten wordt gestimuleerd. Een voorbeeld van huiswerk maken met de naasten is ‘picture your life’, waarin cliënten foto’s maken van waardevolle elementen in hun leven en dit opsturen naar de behandelaar. Dit wordt vervolgens in de groep besproken.
- Mensen krijgen na hun algemene intake een medisch verslavingsonderzoek en krijgen hulp om te stoppen met roken (pleisters, gesprekken met een verslavingsarts, etc.). Mensen kunnen meerdere trajecten tegelijkertijd doorlopen.
- De lunch wordt gezien als een ontspannen afsluiter. De deelnemers kunnen elkaar op een andere manier leren kennen (praten over koetjes/kalfjes) en kunnen de spanning weg laten vloeien. Ook wordt het belang van goede voeding onderstreept én aangeboden.
- Dramatherapie ontbreekt in het huidige eigen programma. Dit wordt opgevangen met de oefeningen binnen de ACT waarin mensen ook dingen kunnen ervaren.
- Indien er sprake is van bijkomende problematiek die niet in de groep besproken kan worden, wordt een individuele behandeling gegeven (stemmingsstoornissen of angststoornissen).

Beschrijving en redenen voor afwijken van Fris Verder basis Parnassia/Brijder

- Het programma is uitgebreid op levensthema’s (gebruik van materialen uit de ACT).
- Bij eenzaamheid en verlies wordt aangeboden hoe daarmee om te gaan.
- Alle elementen uit het groene boekje (Resultaten Scoren) zijn toegevoegd, afgewisseld met levensthema’s (de leefstijltrainingen uit het initiële programma zijn in het eigen programma hiermee vervangen).

- Doelen worden met deelnemers geïnventariseerd en geëvalueerd (begin programma en eind programma).
- Bewegen wordt niet actief gedaan, maar gestimuleerd in diverse thema's (bij gezond ouder worden en eenzaamheid).
- Mindfulness wordt niet gedaan, maar is onderdeel van de ACT.
- Alcohol en verkeer is geen onderdeel.
- 'Cirkels van Van Dijk' worden niet meer besproken (is vervangen met functieanalyse).
- Er worden geen diëtisten, fysiotherapeuten (gezond leven is wel onderdeel van het eigen programma) of ervaringsdeskundigen ingezet.
- Er wordt een terugval-preventieplan gemaakt, het nazorgprogramma is hierin een belangrijk onderdeel.
- In vergelijking met het initiële programma zijn er veel overeenkomsten, maar het eigen programma is sterk gemoderniseerd.