



university of
 groningen

Moet systeemgericht werken de standaard worden?

Een kwalitatief onderzoek naar de behoeften en mogelijkheden met betrekking tot naastengerichte zorg in de verslavingszorg vanuit het perspectief van (ex-)cliënten, naasten en professionals

Should a system-oriented approach become the standard?

A qualitative study exploring the needs and opportunities for family-focused care in addiction treatment from the perspectives of (former) clients, family members, and professionals

Jeska van den Berg

Master Sociologie, route Criminaliteit en Veiligheid

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider: Simon Venema

Referent: Marieke van Gerner-Haan

Februari 2025 – december 2025

Samenvatting

Deze masterthesis onderzoekt hoe naastengerichte zorg in de Nederlandse verslavingszorg beter kan aansluiten bij de behoeften van (ex-)cliënten, naasten en professionals. Ondanks toenemende aandacht voor familieparticipatie blijkt uit de literatuur en praktijk dat de verslavingszorg nog sterk individueel georiënteerd is, terwijl naasten een cruciale rol spelen in motivatie, continuïteit van behandeling en duurzaam herstel. Sociologische kaders zoals het caregivermodel (Twigg & Atkin, 1994) en het Stress-Strain-Coping-Support (SSCS) model (Orford et al., 2010) laten zien dat naasten verschillende rollen in het behandel- en hersteltraject kunnen aannemen, maar ook aanzienlijke belasting ervaren door langdurige stress en gebrek aan ondersteuning.

Voor dit onderzoek zijn dertig diepte-interviews uitgevoerd met (ex-)cliënten, naasten en professionals binnen Verslavingszorg Noord Nederland. Via reflexieve thematische analyse zijn vijf hoofdthema's geconstrueerd: (1) Naasten als structurele partners in vroegtijdige samenwerking, (2) Kennis en begrip als fundament voor samenwerking, (3) Stigma, schaamte en privacy als spanningsvelden, (4) Ondersteuning en verbinding als bron voor herstel en (5) Systeemgericht werken als persoonsafhankelijk proces.

De bevindingen laten zien dat naastengerichte zorg momenteel gefragmenteerd, persoonsafhankelijk en onvoldoende structureel ingebed is. Alle perspectieven wijzen op dezelfde overkoepelende conclusie: naastengerichte zorg is slechts effectief wanneer zij onderdeel is van een breder systeemgericht werkmodel. Herstel blijkt geen individueel traject, maar een relationeel proces dat plaatsvindt binnen iemands sociale omgeving. Zowel cliënten als naasten ervaren dat herstel vooral buiten de behandelsetting vorm krijgt, wanneer iemand terugkeert naar zijn eigen systeem. Naasten willen deze rol graag vervullen, maar hebben hiervoor erkenning, informatie, duidelijke kaders en praktische ondersteuning nodig. Professionals onderschrijven het belang van methoden zoals CRAFT, triadegesprekken en systeemtherapie, maar geven aan dat deze te weinig structureel worden toegepast door gebrek aan tijd, scholing en organisatorische inbedding.

De centrale conclusie is dat de kernbehoefte niet ligt in het ontwikkelen van nieuwe interventies, maar in het structureel verankeren van systeemgericht werken in beleid, financiering en werkprocessen. Dit vraagt om een standaard werkwijze waarin naasten vanaf het begin worden betrokken, waarin psycho-educatie toegankelijk is en waarin consistent wordt gewerkt met netwerkgerichte instrumenten. Voor cliënten zonder vanzelfsprekend netwerk zijn alternatieve vormen van sociale inbedding zoals herstelruimtes, buddytrajecten en lotgenotengroepen essentieel. Het normaliseren van systeemgericht werken als vaste praktijk kan bijdragen aan duurzamer herstel, betere samenwerking en een meer gelijkwaardige positie voor naasten binnen de verslavingszorg.

Voorwoord

Het grote moment is eindelijk daar: het inleveren van mijn masterscriptie Sociologie. Het is een proces geweest dat langer heeft geduurd dan nodig was, maar daardoor tegelijkertijd ook heel waardevol was. Ik heb de tijd genomen om iets aan te leveren waar ik voor mijn gevoel écht trots op kan zijn en waar ik de verhalen van de participanten van dit onderzoek op een respectvolle manier in heb kunnen verweven. Ik besef me heel goed dat het bijzonder is dat ik dit onderzoek heb mogen uitvoeren. De behoeften en mogelijkheden rondom naasten in de verslavingszorg is een belangrijk, maar beladen onderwerp. Naasten in de verslavingszorg zijn een soort van stille helden, die niet altijd de erkenning en waardering krijgen die ze verdienen. Ik hoop dat zij dit in de toekomst steeds meer zullen ontvangen.

Ik heb ontzettend geluk gehad met de mensen om mij heen tijdens dit proces. Allereerst wil ik mijn begeleiders, Simon Venema en Marieke Van Gerner-Haan, bedanken. Het is voor een student zo veel waard om begeleiders te hebben die écht goed willen helpen en daar ook zo hun best voor doen. Jullie zijn beiden onderzoekers met hele goede, verschillende kwaliteiten en ik kreeg daardoor de allerbeste combinatie tijdens dit proces. Daarnaast mijn lieve familie en vrienden. Jullie zorgden ervoor dat ik af en toe weer even rustig kon ademen, wanneer ik mijn focus of motivatie weer even kwijt was. Hier ben ik dankbaar voor. En tot slot wil ik uiteraard alle participanten van dit onderzoek bedanken, zonder jullie bijzondere verhalen had dit onderzoek er niet kunnen zijn.

Ik wens u veel leesplezier.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Sociologische relevantie	5
1.3 Onderzoeksvraag	5
2. Theoretisch kader	7
2.1 Ervaringen en perspectieven van cliënten	7
2.2 Ervaringen en perspectieven van naasten	8
2.3 Ervaringen en perspectieven van professionals	11
2.4 Interventies voor naastengerichte zorg- en ondersteuningsaanbod	12
3. Methoden	15
3.1 Design	15
3.2 Participanten	15
3.3 Ethische overwegingen	16
3.4 Interviewschema	16
3.5 Data analyse	17
3.6 Trustworthiness criteria	19
4. Resultaten	22
4.1 Naasten als structurele partners in vroegtijdige samenwerking	22
4.2 Kennis en begrip als fundament voor samenwerking	23
4.3 Stigma, schaamte en privacy als spanningsvelden	25
4.4 Ondersteuning en verbinding als bron voor herstel	27
4.5 Systeemgericht werken als persoonsafhankelijk proces	28
5. Conclusie en discussie	30
5.1 Centrale conclusie	31
5.2 Aanbevelingen voor praktijk en vervolgonderzoek	31
Referenties	33
Bijlagen	39
Bijlage A Interviewschema's	39
Bijlage B Toestemmingsformulier	61
Bijlage C Tabellen met kenmerken van participanten	63
Bijlage D Codeboek	65
Bijlage E Verantwoording gebruik AI	72

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Verslaving heeft niet alleen ingrijpende gevolgen voor de persoon zelf, maar heeft ook een aanzienlijke impact op de naasten in de sociale omgeving. Naasten kunnen vaders, moeders, partners, broers, zussen, kinderen, verdere familieleden, vrienden of andere dierbaren zijn (De Jong & Basemans, 2022), die de directe (negatieve) gevolgen van verslavingsproblematiek ondervinden. De aanwezigheid van een dierbare met verslavingsproblematiek kan zowel mentaal als fysiek belastend zijn en klachten als stress, angst en depressie met zich meebrengen (Cassidy & Poon, 2019). Daarnaast kunnen spanningen rondom financiën en bezittingen, evenals agressieve interacties, leiden tot een verstoring van de gezinsdynamiek en het huwelijk (Orford et al., 2010). Volgens schattingen van het Trimbos-Instituut (2024) zijn er in Nederland bij elke persoon met problematisch alcoholgebruik gemiddeld 3 tot 5 naasten betrokken. Er zijn geen betrouwbare cijfers beschikbaar over het aantal naasten in Nederland, maar op basis van de ruim 65.000 cliënten die in 2023 in behandeling waren binnen de verslavingszorg (LADIS, 2023), kan er een schatting worden gemaakt dat dit getal tussen de 195.000 en 325.000 ligt.

Hoewel een groot aantal naasten worden getroffen door middelengebruik, blijft de aandacht binnen de verslavingszorg grotendeels gericht op de behoeften van de individuele gebruiker in plaats van op het systeem eromheen (Cassidy & Poon, 2019). Daardoor blijft de rol en ondersteuning van naasten binnen de behandeling beperkt. Het is belangrijk om juist aandacht te hebben voor de behoeften van naasten in het herstelproces, omdat zij hierin een essentiële bijdrage kunnen leveren (Templeton et al., 2010). Door het bieden van affectie, betrokkenheid en emotionele steun, kunnen naasten de motivatie en continuïteit in een behandeling versterken (Arcidiacono et al., 2010; Jackson & Mannix, 2003; Salonen et al., 2023). Hoewel naasten dus een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het herstelproces, is deze bijdrage sterk afhankelijk van de mate waarin zij zelf erkenning en adequate ondersteuning ontvangen (Orford et al., 2010). Wanneer hun behoeften onvoldoende worden gezien of gehoord, kan dit leiden tot overbelasting, frustratie en gevoelens van machteloosheid, wat negatieve gevolgen heeft voor zowel hun eigen welzijn als de relatie met de persoon met een verslaving (Orford et al., 2010). Het is daarom van groot belang om een gestructureerd en toegankelijk ondersteuningsaanbod te ontwikkelen dat recht doet aan de rol, mogelijkheden en grenzen van naasten, zodat hun draagkracht wordt versterkt en hun positieve invloed op het herstelproces wordt bevorderd (Templeton et al., 2010).

In de praktijk wordt het naastengerichte zorg- en ondersteuningsaanbod uitgevoerd door zorginstellingen die specialistische verslavingszorg aanbieden. Een voorbeeld hiervan is Verslavingszorg Noord Nederland (VNN), een stichting die zich richt op de behandeling en

begeleiding van mensen met verslavingsproblematiek in Drenthe, Groningen en Friesland (VNN, z.d.). VNN biedt professionele zorg voor mensen die worstelen met verslavingen aan alcohol, drugs, gokken of andere gedragsverslavingen. De organisatie heeft diverse behandelprogramma's, zowel ambulante als klinische, en werkt samen met verschillende zorginstellingen en partners om de gezondheid en het welzijn van de cliënten te verbeteren. Momenteel biedt VNN diverse interventies aan voor naasten (zie Bijlage A), waarvan een deel overeenkomt met de interventies die, op basis van een inventarisatie door Verslavingskunde Nederland, als effectief worden beschouwd (Trimbos-Instituut, 2024). Het aanbod van interventies is uitgebreid, maar er mist een wetenschappelijke vertaling naar hoe het beleid zo goed mogelijk kan inspelen op de wensen en behoeften van cliënten, naasten en professionals en hoe dit uiteindelijk ook kan leiden tot een adequate rol in het herstelproces van de cliënt.

1.2 Sociologische relevantie

Vanuit sociologisch perspectief benadrukt dit onderzoek dat verslaving niet enkel een individueel probleem is, maar een relationeel en maatschappelijk verschijnsel dat ingebed is in sociale structuren, normen en machtsverhoudingen. Sociologische theorieën zoals het SSCS-model (Orford et al., 2010) en het caregivermodel (Twigg & Atkin, 1994) laten zien dat de manier waarop families en sociale netwerken omgaan met verslaving sterk beïnvloed wordt door sociale verwachtingen over zorg, verantwoordelijkheid en stigma. Binnen herstelprocessen speelt sociale steun een cruciale rol: relaties bieden niet alleen emotionele stabiliteit, maar vormen ook een bron van sociale identiteit en betekenis. Tegelijkertijd laten theorieën over stigma (Corrigan & Watson, 2002) zien hoe morele oordelen en uitsluiting de herstelkansen van zowel cliënten als hun naasten beperken. Door deze sociale dynamieken te onderzoeken, draagt dit onderzoek bij aan een breder begrip van herstel als een collectief proces, waarin de kwaliteit van sociale relaties en maatschappelijke erkenning even belangrijk zijn als individuele gedragsverandering.

1.3 Onderzoeksvraag

Deze scriptie richt zich op de vraag hoe de behoeften van cliënten, naasten en professionals rondom naastengerichte zorg- en ondersteuningsaanbod in de verslavingszorg beter ondersteund kunnen worden, bekeken vanuit het perspectief van zowel (ex-)cliënten als naasten en professionals. Om deze vraag te beantwoorden, zijn verschillende betrokkenen uit de verslavingszorg geïnterviewd. De groep cliënten omvat zowel huidige als voormalige cliënten, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen, terwijl de groep naasten bestaat uit ouders, partners en (volwassen) kinderen. De professionals vertegenwoordigen uiteenlopende disciplines, zorgsoorten en regio's, waardoor er een brede vertegenwoordiging is van deze groep. Door deze perspectieven te combineren ontstaat een

breder en meer samenhangend beeld van hoe de ondersteuning en rol van naasten verbeterd kan worden. In de bestaande literatuur ontbreekt vaak een integrale benadering van deze drie perspectieven (Kroon et al., 2025), wat de relevantie van dit verkennend onderzoek benadrukt. Door inzicht te krijgen in hun wensen en behoeften, kan worden onderzocht in hoeverre het huidige beleid aansluit en waar ruimte is voor verbetering. Het doel is om bij te dragen aan een meer betrokken en ondersteunende rol voor naasten binnen het herstelproces.

De onderzoeksvraag die in deze scriptie centraal staat is als volgt:

“Wat zijn vanuit het perspectief van (ex-)cliënten, naasten en professionals de behoeften en mogelijkheden rondom naastengerichte zorg- en ondersteuningsaanbod in de verslavingszorg?”

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn er drie deelvragen opgesteld:

1. Wat zijn vanuit (ex-)cliënten de behoeften en mogelijkheden rondom naastengerichte zorg- en ondersteuningsaanbod?
2. Wat zijn vanuit naasten de behoeften en mogelijkheden rondom naastengerichte zorg- en ondersteuningsaanbod?
3. Wat zijn vanuit professionals de behoeften en mogelijkheden rondom naastengerichte zorg- en ondersteuningsaanbod?

2. Theoretisch kader

In dit theoretisch kader worden de belangrijkste theorieën, modellen en concepten besproken die relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Het hoofdstuk is opgedeeld naar aanleiding van de drie perspectieven: cliënten, naasten en professionals. Tot slot is er nog een apart paragraaf over interventies in de verslavingszorg toegevoegd.

2.1 Ervaringen en perspectieven van cliënten

Cliënten geven aan dat het betrekken van naasten in de behandeling waardevol kan zijn, mits dit met respect voor hun autonomie en persoonlijke grenzen gebeurt (Blaauw & Van der Meer, 2020). Ze waarderen het wanneer professionals oog hebben voor hun behoefte aan zelfbeschikking, vooral bij jongeren, en wanneer samenwerking met naasten plaatsvindt op een transparante manier.

Tegelijkertijd bestaan er ook gevoelens van tegenstrijdigheid: cliënten ervaren hun sociale netwerk soms als belastend of als mede-oorzaak van hun problematiek, waardoor zij terughoudend kunnen zijn in het betrekken van naasten (Blaauw & Van der Meer, 2020). Daarnaast voelen cliënten zich regelmatig onder druk gezet om snel resultaat te boeken in hun herstelproces en pleiten zij voor een langdurige, continue ondersteuning in plaats van kortdurende behandelingen die abrupt eindigen (Dekkers et al., 2020). Ze zien het gebrek aan langetermijnplanning in de behandeling als een belangrijke tekortkoming (Sang et al., 2022). Daartegenover vinden ze dat de behandeling meer relationeel en sociaal moet worden benaderd met een focus op de verbinding met het sociale systeem rondom de persoon in behandeling (Dekkers et al., 2020). Ook noemen zij het belang van emotionele ondersteuning bij het omgaan met gevoelens als schaamte, verdriet en tegenstrijdigheid. Waar professionals vaak barrières als trauma en systeemfouten benoemen, wijzen cliënten eerder op persoonlijke worstelingen en het gebrek aan doorlopende steun (Sang et al., 2022). Sober support, ervaringsdeskundigheid en praktische begeleiding blijken voor hen cruciale elementen in het behoud van herstel. Dit benadrukt het belang van maatwerk in de zorg, waarin wederzijds begrip en zorgvuldige afstemming centraal staan. Herstelgerichte zorg dient zich daarom niet alleen te richten op de persoon met de verslaving, maar ook op de ondersteuning van naasten in hun eigen herstelproces (Dekkers et al., 2020; Blaauw & Van der Meer, 2020; Sang et al., 2022).

Herstel

Herstel is een persoonlijk en maatschappelijk proces waarin mensen met psychische of verslavingsproblemen hun leven opnieuw vormgeven na ontwrichtende ervaringen (GGZ, 2025). Het richt zich niet alleen op het verminderen van klachten, maar vooral op het hervinden van identiteit, zelfvertrouwen en betekenisvolle relaties (GGZ, 2025; Leamy et al., 2011). Dit zorgt ervoor dat het een vrij complex maar ook voortdurend proces is, waar mensen hun hele leven mee bezig kunnen zijn (Martinelli et al., 2023). Binnen dit proces blijken cliënten en naasten echter verschillende

perspectieven te hebben (Dekkers et al., 2020). Waar naasten herstel vooral zien als zichtbare gedragsverandering en stabiliteit, benadrukken cliënten juist de persoonlijke groei die daarbij hoort, zoals het herontdekken van hun identiteit en het ontwikkelen van nieuwe copingstrategieën (Dekkers et al., 2020). Deze uiteenlopende opvattingen kunnen tot spanningen leiden, omdat verwachtingen over het tempo en de doelen van herstel niet altijd overeenkomen. Daarnaast versterken ze actuele oproepen om herstel meer te benaderen als een relationeel en sociaal proces, waarin de dynamiek tussen cliënten en hun naasten nadrukkelijk wordt meegenomen (Orford et al., 2010; Dekkers et al., 2020). Juist doordat herstel in sterke mate afhankelijk is van de kwaliteit van sociale relaties, kan naastengerichte zorg een belangrijke bijdrage leveren door verbinding, begrip en steun structureel te integreren in het herstelproces.

2.2 Ervaringen en perspectieven van naasten

Caregiver model

Het *caregiver model* van Twigg (1989) is een categorisatie van rollen die informele zorgverleners zoals naasten kunnen aannemen in de ogen van professionals (Manthorpe et al., 2003). Om de wisselwerking tussen professionals en naasten nog nauwkeuriger te beschrijven, is er in een later onderzoek een vierde component aan het oorspronkelijke model toegevoegd (Twigg & Atkin, 1994). Het model resulteert daarmee in vier te onderscheiden rollen: zorgverlener als resource, co-worker, co-cliënt en superseded zorgverlener. Zo kunnen naasten *resources* zijn, omdat ze een vanzelfsprekende en beschikbare bron van steun zijn (Manthorpe et al., 2003). Ze kunnen op een informele manier zorg verlenen zonder dat daar veel formele, professionele hulpverlening voor nodig is. Daarnaast kunnen ze ook *co-workers* zijn, wanneer ze betrokken worden als partners in de zorg. Ze werken dan actief samen met professionals, bijvoorbeeld in het beheren van medicatie (Manthorpe et al., 2003). De samenwerking tussen formele zorgprofessionals en informele netwerken blijkt vaak complex, omdat de professionele behandelgerichte benadering niet altijd aansluit op de meer relationele en ervaringsgerichte betrokkenheid van naasten (Twigg & Atkin, 1994). Het derde component van het model zijn naasten als *co-cliënten*. Dit is zo wanneer naasten erkend worden als mensen die zelf ondersteuning nodig hebben in de mentale en fysieke belasting die het zorgen voor een dierbare met zich meebrengt (Manthorpe et al., 2003). Er is dan door middel van bijvoorbeeld counseling aandacht voor hun eigen welzijn. Tot slot kunnen naasten *superseded* zorgverleners zijn. Deze rol ontstaat wanneer naasten buiten beeld raken doordat de formele hulpverlening de verantwoordelijkheid volledig overneemt, bijvoorbeeld vanwege conflicten of overbelasting (Manthorpe et al., 2003). Naasten treden vaak op als *resource*, *co-worker* en soms *co-cliënt* (Kroon et al., 2025). Echter kan er ook een ontbrekende rol in het caregiver model worden gesignaleerd: naasten als *intermediair*. Naasten vervullen namelijk in de praktijk vaak een intermediaire rol, waarbij zij

informatie en signalen overbrengen tussen cliënt en professional (Kroon et al., 2025). Al met al zijn er geen eenduidige modellen voor de relatie tussen informele zorgverleners en sociale zorginstanties.

Stress-Strain-Coping-Support model

Een van de oorzaken dat familieleden van mensen met verslavingsproblematiek zo weinig aandacht hebben gekregen in gezondheids- en welzijnsbeleid (Velleman, 2010), is het ontbreken van een geschikt model voor het analyseren verslavingsproblemen en de betrokkenheid van de familie. Het Stress-Strain-Coping-Support-model (SSCS-model) is ontwikkeld als reactie op eerdere modellen in het onderzoeksveld die verslavingsproblemen vaak toekennen aan het niet functioneren of tekortkomen van gezinnen (Orford et al., 2010). Familieleden werden in deze eerdere modellen vaak gezien als problematisch of afhankelijk, wat hen in een negatieve rol plaatste. Het SSCS-model benadrukt echter dat het hebben van een familielid met een verslaving een langdurige, stressvolle situatie is, die kan leiden tot lichamelijke en psychologische spanning bij familieleden. Het model biedt een raamwerk voor het begrijpen van de impact van verslaving binnen gezinnen en hoe familieleden hiermee omgaan (Orford et al., 2010).

Het SSCS-model kan bijdragen aan een gezondere en meer ondersteunende benadering van de betrokkenheid van naasten bij verslavingsproblematiek. Het model benadrukt dat familieleden niet als pathologisch of disfunctioneel moeten worden gezien, maar als gewone mensen die zich in een moeilijke situatie bevinden en actieve manieren ontwikkelen om daarmee om te gaan (Orford et al., 2010). Het biedt een meer bekrachtigende kijk op hun rol en ondersteuning in het behandlungsproces. Het model (zie Figuur 1) bestaat uit vier belangrijke componenten: stress, strain, coping en support (Orford et al., 2010).

Stress: Wanneer een familielid te maken heeft met verslavingsproblematiek, veroorzaakt dit aanzienlijke stress voor andere familieleden (Orford et al., 2010; Orford et al., 2013; Di Sarno et al., 2021). Verslavingsproblematiek, zoals overmatig alcohol- of drugsgebruik, vertoont verschillende kenmerken die gevolgen kunnen hebben voor persoonlijke relaties en algehele leefomstandigheden (Adams, 2008; Orford et al., 2010; Orford et al., 2013). Verslaving leidt vaak tot gedragsveranderingen en conflicten die de dynamiek binnen het gezin verstoren (Orford et al., 2010). Deze stress kan langdurig zijn en vormt daarin een risico voor de gezondheid en het welzijn van de familieleden.

Strain: Stress veroorzaakt fysieke en mentale spanning bij de familieleden. Verslaving kan de gezondheid van de naasten ondermijnen, wat leidt tot verhoogde kans op zowel mentale als fysieke gezondheidsproblemen. Veel naasten lijden aan mentale gezondheidsproblemen zoals slapeloosheid,

vermoeidheid, angst, depressie en trauma-gerelateerde symptomen (Di Sarno et al., 2021). Er zijn ook lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, hoge bloeddruk en spijsverteringsproblemen, die vaak worden toegeschreven aan de chronische stress waaraan ze blootstaan. Dit verschilt wel weer per individu en situatie (Di Sarno et al., 2021).

Coping: Familieleden moeten manieren vinden om met stress om te gaan. Coping verwijst naar de reacties en strategieën die naasten gebruiken om de situatie te beheren (Orford et al., 2010). Dit kan zowel effectieve als ineffectieve manieren omvatten, afhankelijk van hun situatie en beschikbare middelen. Het model benadrukt dat familieleden niet machteloos zijn en zowel hun eigen gezondheid kunnen verbeteren als een impact kunnen hebben op het verslavingsgedrag van hun dierbare. Familieleden hanteren diverse coping strategieën om met de verslaving om te gaan, variërend van acceptatie en aanpassing aan het gedrag van de persoon met een verslaving, tot het nemen van (zowel fysiek als mentaal) afstand of het actief confronteren en stellen van grenzen (Orford et al., 2010). Onderzoek toont aan dat geen van deze benaderingen eenduidig effectief is. Veel familieleden experimenteren met verschillende strategieën, vaak zonder succes, wat resulteert in gevoelens van machteloosheid en frustratie. Ook kinderen in gezinnen met verslaving ontwikkelen allerlei strategieën om met stress en onveiligheid om te gaan, zoals het vermijden van conflicten of het zoeken van afleiding (Muir et al., 2023). Hoewel dit veerkracht toont, bieden zulke strategieën vaak onvoldoende bescherming en blijven veel kinderen zonder passende steun overbelast en alleen.

Support: Sociale steun speelt een cruciale rol in het helpen van familieleden bij het omgaan met de stress van verslaving. Goede steun helpt familieleden niet alleen om met stress om te gaan, maar ook om beter te functioneren en het verslavingsprobleem effectiever aan te pakken (Orford et al., 2010). Een belangrijke uitdaging voor familieleden is het gebrek aan sociale steun, wat leidt tot gevoelens van isolatie en onbegrip (Lindeman et al., 2022). Ongevraagd advies en harde oordelen over hun keuzes verergeren dit gevoel van machteloosheid.

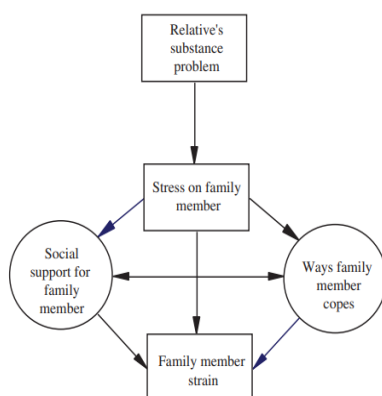


Figure 1 Het SSCS-model (Orford et al., 2010)

Stigma

Een belangrijke barrière in het verkrijgen van sociale steun is het ervaren van *stigma*. Veel naasten en cliënten voelen zich maatschappelijk veroordeeld en ervaren gevoelens van schaamte, schuld en sociale uitsluiting (McCann & Lubman, 2018). Er zijn twee vormen van stigma: publiek (extern) stigma en zelf (intern) stigma. *Publiek stigma* omvat de negatieve houdingen, stereotypen en vooroordelen die de maatschappij heeft tegenover personen met verslavingsproblemen en hun naasten (Corrigan & Tsang, 2011). Publiek stigma draagt bij aan gevoelens van eenzaamheid, wantrouwen tegenover professionals in de zorg en sociale terugtrekking (McCann & Lubman, 2018). *Zelfstigma* ontstaat wanneer naasten de negatieve overtuigingen van de maatschappij internaliseren en op zichzelf toepassen (Corrigan & Watson, 2002). Zelfstigma vormt een barrière voor het zoeken van hulp, omdat naasten het idee hebben dat ze geen recht op ondersteuning hebben of dat anderen hun situatie toch niet zullen begrijpen, wat leidt tot verdere isolatie (McCann & Lubman, 2018). Deze afzondering belemmert niet alleen hun toegang tot formele hulpverlening, maar ook tot informele steun vanuit hun sociale netwerk (Mardani et al. 2023). Het doorbreken van stigma is dan ook een essentiële voorwaarde voor het versterken van sociale steun en het bevorderen van herstel.

2.3 Ervaringen en perspectieven van professionals

Professionals in de verslavingszorg beschouwen familiebetrokkenheid als essentieel voor het herstel van volwassenen met een verslaving (Patel et al., 2016; Kroon et al., 2025). Zowel de familie- als individuele achtergrond speelt een belangrijke rol in verslavingsproblematiek en herstel. Familieleden kunnen effectief bijdragen aan de behandeling, mits zij adequaat worden ondersteund en betrokken (Orford et al., 2010). Uit onderzoek blijkt echter dat structurele familieparticipatie in de praktijk nog beperkt plaatsvindt (Blaauw & Van der Meer, 2020). Diverse factoren kunnen dit belemmeren, waaronder gevoelens van stigma en schaamte, conflicten, culturele verschillen en handelingsverlegenheid bij behandelaren (Patel et al., 2016; Blaauw & Van der Meer, 2020). Hoewel professionals het belang van naasten betrokkenheid vaak benadrukken, geven zij ook aan te worstelen met de uitvoering ervan. Gebrek aan scholing, onvoldoende organisatorische ondersteuning en het ontbreken van structurele inbedding maken het moeilijk om naastengericht te werken (Blaauw & Van der Meer, 2020). Hierdoor blijft de praktijk grotendeels individueel georiënteerd, ondanks de erkenning dat betrokkenheid van naasten kan leiden tot betere behandeluitkomsten. Het versterken van competenties en bewustwording bij professionals, evenals het inzetten van ervaringsdeskundige naasten, wordt gezien als belangrijke stap richting meer naastengerichte zorg.

Een aanvullende belemmering hierin is de houding van professionals tegenover mensen met een verslaving. Die houding varieert per sector: verslavingszorg professionals zijn doorgaans positiever dan huisartsen en generalistische ggz-medewerkers (Van Boekel et al., 2014). Negatieve attitudes,

zoals het toeschrijven van schuld of gevoelens van boosheid, bemoeilijken niet alleen de relatie met cliënten, maar verkleinen ook de kans dat naasten worden betrokken. Ook blijkt dat professionals in de praktijk te maken hebben met structurele beperkingen zoals tijdsdruk, strikte beleidskaders en een gebrek aan maatwerk in behandeltrajecten (Sang et al., 2022). Standaardisatie en korte behandelduur, ingegeven door financiering en verzekeraars, maken het lastig om langdurige of familiegerichte zorg aan te bieden. Hierdoor voelen professionals zich vaak beperkt in hun mogelijkheden om herstel op maat te ondersteunen. Meer ervaring, scholing, en samenwerking met verslaving specialisten kunnen deze houding en praktijk verbeteren, en zo familieparticipatie bevorderen (Van Boekel et al., 2014; Sang et al., 2022).

2.4 Interventies voor naastengerichte zorg- en ondersteuningsaanbod

Er zijn verschillende interventies die kunnen bijdragen aan het naastengerichte zorg- en ondersteuningsaanbod in de verslavingszorg. In deze alinea wordt er ingegaan op een aantal verschillende interventies en de effectiviteit van deze interventies.

Familiegerichte interventies

Familiegerichte interventies lijken op veel vlakken een stuk effectiever te zijn dan individueel gerichte interventies (Cassidy & Poon, 2019; Ariss & Fairbairn, 2020). Zo verbeteren ze de (langdurige) betrokkenheid bij de behandeling, leiden ze tot sterkere afname van middelengebruik, verbeteren ze zowel gezinsrelaties en gezinsfunctioneren en zijn ze duurzamer in hun effecten (Cassidy & Poon, 2019). Daarnaast is ook gebleken dat deze interventies tot minder depressieve klachten leiden, meer levensvoldoening, betere coping strategieën en een grotere kans dat de persoon met een verslaving hulp zoekt (Merkouris et al., 2022; Copello et al., 2002; Copello et al., 2006). Familiegerichte benaderingen kunnen niet alleen binnen de behandeling effectief zijn, maar ook preventief kunnen werken (Velleman, 2005). Programma's die zich richten op het versterken van gezinsstructuren en onderlinge steun, vergroten de kans op duurzame gedragsverandering én op veerkracht binnen het hele gezin.

Psychosociale interventies

Deze bevindingen sluiten goed aan bij breder onderzoek naar psychosociale interventies voor familieleden en andere naasten. Zulke interventies verbeteren niet alleen het psychisch welzijn van naasten, maar dragen ook bij aan betere relaties en gedragsverandering bij de persoon met een verslaving (Merkouris et al., 2023; McGovern et al., 2021). Er lijken ook meer positieve effecten te zijn: minder terugval en heropnames, verbeterde gezinscommunicatie en coping, minder stress bij familieleden en betere algehele behandeluitkomsten (Lucksted et al., 2012). De effectiviteit van psychosociale interventies hangt sterk af van de gebruikte technieken. Methoden die gericht zijn op

het vervangen van problematisch gedrag en het herstellen van een evenwichtige leefstijl blijken het meest effectief (Merkouris et al., 2023). Daarentegen kunnen confronterende benaderingen of het werken met beloning en dreiging juist schadelijke effecten hebben op het welzijn van naasten (Merkouris et al., 2023). Psychosociale interventies worden wereldwijd nog weinig toegepast vanwege structurele, organisatorische en financiële barrières binnen zorgsystemen, evenals gebrek aan training en ondersteuning voor hulpverleners (Lucksted et al., 2012). Het is voor in de toekomst belangrijk dat de psychosociale interventies geïntegreerd worden met herstelgerichte zorgmodellen (Lucksted et al., 2012). Daarnaast tonen recente ontwikkelingen aan dat digitale en online interventies, zoals online counseling, een waardevolle aanvulling kunnen vormen op bestaande behandelvormen. Deze vormen van hulp bieden naasten op een toegankelijke en anonieme manier erkenning, informatie en steun, waardoor zij beter leren omgaan met de gevolgen van verslaving binnen het gezin (Wilson et al., 2017).

Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)

De CRAFT is een training die naasten helpt om verslaving als ziekte beter te begrijpen en hun eigen gedrag zo aan te passen dat ze een ondersteunende en positieve omgeving creëren (Archer et al., 2020). Er wordt naasten geleerd om positief gedrag van personen met een verslaving te belonen en negatief gedrag juist niet te bekrachtigen. Dit is een effectieve interventie in het motiveren van personen met een verslaving om hulp te zoeken (Archer et al., 2020; Bischof et al., 2016), vooral wanneer goed begeleid en in combinatie met andere interventies wordt aangeboden. Daarnaast draagt de CRAFT ook bij aan het verbeteren van het psychisch en relationeel functioneren van naasten: minder depressie en boosheid en een betere gezinsdynamiek en relatietevredenheid (Roozen et al., 2010). Doordat de CRAFT zowel de persoon met verslaving als de naaste helpt, is het een sterk aanbevolen interventie in de reguliere verslavingszorg (Roozen et al., 2010) en een meer effectieve interventie dan lotgenotengroepen als Al-Anon (O'Farrell & Clements, 2012).

Behavioral Couples Therapy (BCT)

Behavioral Couples Therapy (BCT) blijkt een bijzonder effectieve interventie bij alcohol- en drugsverslaving. De behandeling leidt niet alleen tot minder middelengebruik en minder negatieve gevolgen daarvan, maar ook tot een verbeterde relatiedynamiek, vooral op de langere termijn (Powers et al., 2008). In vergelijking met individuele interventies laat BCT duidelijk betere langetermijnresultaten zien (Powers et al., 2008; O'Farrell & Schein, 2011). De therapie verbetert in eerste instantie de relatiekwaliteit, wat op termijn bijdraagt aan verminderd middelengebruik, betere psychosociale aanpassing van kinderen, minder partnergeweld en een hogere kosteneffectiviteit. BCT dan ook een effectieve benadering voor paren waarbij één partner kampt met verslavingsproblematiek (Powers et al., 2008; O'Farrell & Schein, 2011). De therapie versterkt zowel de onderlinge relatie als

het herstelproces en biedt daardoor op de lange termijn gunstigere uitkomsten dan traditionele, individueel gerichte behandelingen (O'Farrell & Clements, 2012).

Al-Anon

Al-Anon zijn zelfhulpgroepen, ook wel lotgenotengroepen, voor familieleden en naasten van mensen met een verslaving (Meyers et al., 2002). Het doel is om naasten te helpen omgaan met de gevolgen van het leven met een persoon met een verslaving. Het programma is gebaseerd op de twaalf stappen van Alcoholics Anonymous (AA) en de kernboodschap is dat naasten niet verantwoordelijk zijn voor het gedrag of herstel van de persoon met een verslaving en dat ze zich moeten focussen op hun eigen welzijn en herstel (Meyers et al., 2002; Timko et al., 2013). In vergelijking tot de CRAFT is het een meer accepterende en passieve interventie.

5-Step Method

De 5-Step Method is een interventie die is ontwikkeld om familieleden van personen met een verslaving te ondersteunen en focust zich daarbij uitsluitend op hun behoeften (Copello et al., 2010). Het is gebaseerd op het SSCS-model (Orford et al., 2010) en biedt een systematische, maar flexibele manier om familieleden te helpen omgaan met de belasting die verslaving in het gezin veroorzaakt. Er zijn vijf stappen: (1) luisteren, geruststellen en verkennen van zorgen, (2) gerichte informatie geven, (3) copingstrategieën verkennen, (4) sociale steun bespreken en (5) aanvullende behoeften verkennen (Copello et al., 2010). Het is een laagdrempelige en schaalbare interventie die geschikt is voor zowel primaire zorg als gespecialiseerde verslavingszorg (Orford et al., 2010), mits er aandacht is voor training en een empathische, niet-oordelende houding van professionals (Copello et al., 2010).

3. Methoden

3.1 Design

Met behulp van thematische analyse richt dit kwalitatieve onderzoek over de behoeften en mogelijkheden rondom naasten in de verslavingszorg zich op drie perspectieven: (ex)cliënten, naasten en professionals. Er is gekozen voor een kwalitatieve benadering omdat deze het mogelijk maakt om via een flexibel en iteratief proces diepgaand inzicht te krijgen in de complexe sociale werkelijkheid, waarbij de onderzoeker actief en reflexief betrokken is bij de analyse en betekenisgeving (Plochg & Van Zwieten, 2007). Het onderzoek sluit aan bij een bredere onderzoekslijn van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) die zich richt op naasten en de sociale omgeving. Binnen deze lijn wordt onderzocht hoe de samenwerking tussen professionals en naasten kan worden versterkt en hoe de overdracht van problematiek tussen generaties kan worden doorbroken (VNN, z.d.).

Daarnaast is het onderzoek explorerend van aard, aangezien het een relatief nieuw onderzoeksgebied betreft waarin vervolgonderzoek nodig is (Archer et al., 2020; Merkouris et al., 2022, 2023; Rushton et al., 2023; Templeton et al., 2010; Orford et al., 2010). Eerder onderzoek richtte zich vaak op slechts één perspectief, terwijl recent pas een eerste studie met een multi-actor benadering verscheen (Kroon et al., 2025). Dit onderzoek bouwt daarop voort door de behoeften en mogelijkheden rondom naastengerichte verslavingszorg vanuit drie perspectieven verder te verkennen.

3.2 Participanten

Voor het onderzoek zijn 30 diepte-interviews uitgevoerd. De participanten zijn verzameld via het professionele netwerk van VNN, waarbij een brede vertegenwoordiging van de drie groepen participanten centraal stond (purposive sampling). De participanten zijn persoonlijk benaderd en geïnterviewd door een stagiair van de Master Clinical Forensic Psychology and Victimology tussen juli en augustus 2024. Deze stagiair, een van de interviewers, heeft daarnaast ook de vragenlijsten ingevuld met de participanten die bij de interviewschema's horen (zie Bijlage A). Het verder uitwerken van de interviews is door de onderzoeker uitgevoerd. Er zijn 9 cliënten (huidige cliënten, voormalige cliënten, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen), 10 naasten (partners, ouders en volwassen kinderen) en 11 professionals (ruime representatie van verschillende soorten zorg, discipline en regio) geïnterviewd. Alle participanten waren minimaal 18 jaar oud. Een overzicht van de achtergrondkenmerken van de 30 participanten is per groep weergegeven in Bijlage C.

3.3 Ethische overwegingen

De participanten die uiteindelijk hebben ingestemd om deel te nemen aan het interview, hebben van tevoren een toestemmingsformulier ondertekend (zie Bijlage B). In dit toestemmingsformulier werden enkele zaken zoals informatie over het onderzoek en ethische kwesties zoals vrijwilligheid en privacy toegelicht. Deelname aan het onderzoek is vrijwillig en de participant kan dit op ieder moment beëindigen. De ingevulde toestemmingsformulieren van de participanten zijn opgeslagen op de beveiligde digitale omgeving van VNN. De audio-opnamen zijn met behulp van Good Tape omgezet in een eerste transcript versie. Good Tape verwerkt gegevens op een veilige manier door gebruik te maken van versleutelde verbindingen en opslag op Nederlandse servers, waardoor wordt voldaan aan de AVG-richtlijnen. Het door Good Tape gegenereerde transcript wordt zorgvuldig nagekeken om eventuele fouten te herstellen en om te waarborgen dat de participant en diens persoonlijke gegevens niet herkenbaar zijn. Na deze controle worden zowel de audio-opnamen als de transcripten binnen Good Tape verwijderd. Zodra dit gebeurt, verdwijnen de bestanden definitief van hun servers. De gecontroleerde transcripten worden vervolgens opgeslagen in een beveiligde omgeving van VNN, waarvoor alleen het onderzoeksteam toegang heeft. Onderzoek dat valt onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) moet door een erkende METC of de CCMO worden getoetst (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023). Omdat het onderzoek door de Medical Ethics Review Board van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is beoordeeld als niet-WMO-plichtig, mogen de transcripties worden bewaard zolang dit nodig is voor onderzoeksdoeleinden, binnen de kaders van de AVG. De transcripten blijven tien jaar opgeslagen in de beveiligde omgeving van VNN.

3.4 Interviewschema

De 30 diepte-interviews zijn gehouden aan de hand van vooraf opgestelde semigestructureerde interviewschema's voor (ex)cliënten, naasten en professionals (zie Bijlage A). Een semigestructureerd interviewschema spoort de interviewer aan om gerichte vragen te stellen en door te vragen, waardoor diepere inzichten in ervaringen, emoties en perspectieven worden verkregen (Hennink et al., 2020). Voor de drie groepen zijn verschillende interviewschema's gebruikt, maar een groot deel van de vragen en de structuur kwamen overeen met elkaar. De interviewschema's bestonden uit vier delen: open vragen, specifieke onderwerpen, vormen van ondersteuning vanuit VNN en vragenlijst. De open vragen gingen vooral in op hoe VNN in een ideale wereld de naasten zo goed mogelijk zou kunnen ondersteunen en daarna kwamen vragen over specifieke deelonderwerpen zoals vormen van ondersteuning en manieren van samenwerken met naasten. Vervolgens werd er nog ingegaan op de vormen van ondersteuning vanuit VNN waar gebruik van is gemaakt en zijn er nog een aantal demografische gegevens aan de participant gevraagd. De interviews duurden tussen de 45 en 75 minuten en vonden plaats met de participant en één of twee interviewers. Er zijn 20 interviews via

Microsoft Teams gehouden en 10 interviews op een locatie van VNN (zie Bijlage C). De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder en na het opnemen door de onderzoeker getranscribeerd. Bij de transcripten is er zorgvuldig op gelet of er geen belangrijke of gedetailleerde informatie is vergeten en zijn er bij sommige interviews aantekeningen gemaakt over opmerkelijke details.

3.5 Data analyse

Om de data verkregen uit de interviews te kunnen analyseren, is er gebruikgemaakt van een thematische analyse. Thematische analyse is geen uniforme methode, maar meer een soort verzamelnaam voor allerlei verschillende benaderingen van thematische analyse (Braun & Clarke, 2023). De benadering die het meest van toepassing is in dit onderzoek is *reflexieve thematische analyse*. Deze benadering gaat uit van een iteratief en interpretatief analyseproces, waarin thema's actief worden geconstrueerd door de onderzoeker als betekenis-gebaseerde, interpretatieve patronen, en niet worden opgevat als objectieve kenmerken van de data. Het doel van deze benadering is het ontwikkelen van diepgaand inzicht in terugkerende patronen van betekenis, waarbij expliciet wordt gereflecteerd op analytische keuzes en op de rol van de onderzoeker in het tot stand komen van de analyse. In deze scriptie wordt daarnaast gestreefd naar het gebruik van *knowing practice*: een bewust, reflexief en theoretisch onderbouwd gebruik van thematische analyse (Braun & Clarke, 2023). Er zijn volgens Braun en Clarke (2022, 2024) zes fasen te onderscheiden in de uitvoering van de thematische analyse en deze zijn door de onderzoeker op een eigen wijze gebruikt als leidraad in het proces van thematische analyse.

Fase 1: Vertrouwd raken met de dataset. De onderzoeker heeft aan het begin van het onderzoek een aantal documenten gekregen: een concept met eerste resultaten van de interviews, drie interviewschema's en relevante literatuur. Deze documenten zijn meerdere malen gelezen, waardoor de onderzoeker alvast met enige voorkennis over het onderwerp en de participanten kon beginnen aan het beluisteren van de interviews. De interviews zijn vervolgens getranscribeerd en meerdere malen gelezen, waardoor de vertrouwdheid met de data verder toe nam. Omdat de onderzoeker de data die verkregen is uit de interviews niet zelf heeft verzameld, is het extra belangrijk dat de onderzoeker in deze fase goed bekend is met de inhoud van de data (Braun & Clarke, 2022). Er zijn daarom tijdens het lezen notities en markeringen van de data gemaakt, zodat er al een indicatie van relevante citaten en inductieve codes kon worden gemaakt. Zo konden bijvoorbeeld al inductieve codes opgesteld worden over het belang van systeemtherapeuten, omdat dit in meerdere interviews naar voren kwam.

Fase 2: Coderen. De codes zijn ontwikkeld door zowel een deductieve als een inductieve benadering. Aan de hand van het theoretische kader is er eerst een lijst met deductieve codes opgesteld. Zo zijn er vanuit zowel het caregiver model (Twigg & Atkin, 1994) als het SSCS-model (Orford et al., 2010) al

een aantal mogelijke codes opgesteld, zoals (1) naaste als co-cliënt en (2) coping: afstand nemen. Vervolgens is deze aangevuld met de al opgestelde inductieve codes tijdens het vertrouwd raken met de data. Om het codeboek met nog meer inductieve codes te kunnen aanvullen, is er verder gecodeerd met behulp van het softwareprogramma Atlas.ti. Er is zowel beschrijvend (semantisch) als interpretatief (latent) gecodeerd. Zo kan er een combinatie ontstaan van codes die een heel expliciete betekenis hebben en codes die een meer abstracte betekenis hebben met betrekking tot de data (Braun & Clarke, 2022). In lijn met reflexiviteit is er tijdens het proces van coderen continu gereflecteerd op de codes, waardoor er ook voor gekozen is om codes samen te voegen of weg te halen. In het uiteindelijke codeboek van 45 codes is per code genoteerd of een code deductief of inductief is en is zowel een toelichting als een bijpassende quote toegevoegd (zie Bijlage D).

Fase 3: Genereren van eerste thema's. Na het volledig coderen en analyseren van de data konden de eerste voorlopige thema's worden opgesteld. Thema's omvatten terugkerende patronen van betekenis in de data, die zichtbaar worden via clusters van samenhangende codes (Braun & Clarke, 2012). Bij het construeren van de thema's is niet alleen gekeken naar de frequentie van bepaalde codes, maar vooral naar de onderliggende verbanden tussen codes en de bredere betekenissen die zij gezamenlijk vertegenwoordigen. Op basis van deze analyse werden codes die vergelijkbare ideeën of ervaringen weerspiegelden samengevoegd tot voorlopige thema's. Tijdens dit proces werden meerdere patronen zichtbaar in de ervaringen van naasten, cliënten en professionals. Dit waren: (1) vroegtijdige en structurele betrokkenheid naasten, (2) behoefte aan informatie en psycho-educatie, (3) belemmeringen van privacy en vertrouwen, (4) de barrières rondom cultuur, schaamte en stigma en (5) behoefte aan nazorg en continuïteit. Ook konden er al een aantal voorlopige aanbevelingen worden opgesteld voor de conclusie.

Fase 4: Ontwikkelen en beoordelen thema's. In deze fase zijn de voorlopige thema's beoordeeld door een andere onderzoeker, die vervolgens aanwijzingen gaf over hoe de thema's zowel op inhoud als op titel kunnen worden aangepast. Een belangrijk punt van aandacht was dat een thema niet te veel leek op een topic summary en dat er niet te veel samenhang was tussen de thema's. Ook was het belangrijk dat er per thema nog een central organizing concept werd toegevoegd. Deze feedback werd kritisch verwerkt, waardoor er uiteindelijk vier nieuwe thema's ontstonden: (1) mogelijkheden voor vroegtijdige en structurele betrokkenheid van naasten, (2) de behoefte aan informatie en psycho-educatie, (3) barrières in naastengerichte zorg, en (4) kansen binnen het ondersteuningsaanbod. Daarnaast kwam er heel sterk een overkoepelend patroon naar voren: de behoefte aan systeemgerichte naastenzorg. Dit patroon gaf daarnaast ook nog een mogelijke richting voor de conclusie.

Fase 5: Verfijnen, definiëren en benoemen van thema's. In deze fase is er nogmaals kritisch naar zowel de inhoud als de titel van de voorlopige thema's gekeken. Bij het vaststellen van de thema's werd er gelet op het creëren van thema's die: (a) intern samenhangend waren rondom een central organizing concept, (b) duidelijk van elkaar te onderscheiden waren, en (c) gezamenlijk een samenhangend beeld van de gehele dataset gaven met betrekking tot de onderzoeksvraag (Braun & Clarke 2022; Byrne 2022). Er zijn ook al enkele citaten van participanten genoteerd, om de thema's goed te kunnen illustreren. De uiteindelijke thema's zijn geworden: (1) naasten als structurele partners in vroegtijdige samenwerking, (2) kennis en begrip als fundament voor samenwerking, (3) stigma, schaamte en privacy als spanningsvelden en (4) ondersteuning en verbinding als bron voor herstel. Ook is er op aanwijzingen van een andere onderzoeker en kritisch reflecteren uiteindelijk toch een vijfde thema toegevoegd: (5) systeemgericht werken als persoonsafhankelijk proces. Hiervoor is gekozen omdat dit patroon in twee andere thema's sterk naar voren kwam als indicatie voor een apart thema. Ook dit is weer consistent met de reflexieve benadering van thematische analyse.

Fase 6: Schrijven. In de laatste fase worden alle uitgewerkte thema's in het onderzoek gepresenteerd en worden de gevonden verbanden toegelicht (Byrne, 2022). In dit proces van thematische analyse is gebleken dat deze fase zo goed als helemaal synchroon liep met fase 5, ook omdat meermaals is teruggekeerd naar het aanpassen van de thema's. Er zijn nog enkele details en citaten van de data toegevoegd.

3.6 Trustworthiness criteria

In kwalitatief onderzoek zijn er een aantal elementen die trustworthiness (ook wel: betrouwbaarheid) van een onderzoek kunnen aantonen (Ahmed, 2024). In dit paragraaf wordt ingegaan op de volgende vier elementen: credibility, transferability, dependability and confirmability.

Credibility

De credibility, ook wel de geloofwaardigheid, verwijst naar de mate waarin het onderzoek accuraat weerspiegelt wat de deelnemers hebben ervaren (Ahmed, 2024). In dit onderzoek is credibility geborgd door het gebruik van datatriangulatie: het combineren van de perspectieven van (ex-)cliënten, naasten en professionals. Door meerdere perspectieven naast elkaar te analyseren ontstaat een genuanceerd en gelaagd beeld van naastengerichte zorg. Dit vormt een sterk punt van het onderzoek, omdat eerdere onderzoeken vaak slechts één perspectief onderzochten, waardoor spanningsvelden zoals handelingsverlegenheid of tegengestelde verwachtingen onderbelicht bleven. Het systematisch vergelijken van deze drie perspectieven versterkt de diepgang en geloofwaardigheid van de interpretaties. Daarnaast zijn in het resultatenhoofdstuk representatieve citaten opgenomen, die direct zijn gekoppeld aan de thema's en interpretaties. Deze dataverankering maakt zichtbaar hoe de

bevindingen voortkomen uit de uitspraken van deelnemers (Ahmed, 2024). Het analyseproces verliep iteratief, waarbij interviews en notities herhaaldelijk zijn geraadpleegd tijdens het verfijnen van de thema's. Dit sluit aan bij de reflexieve benadering van thematische analyse en draagt bij aan de inhoudelijke betrouwbaarheid van de bevindingen (Gunawan, 2015).

Transferability

Transferability heeft betrekking op de mate waarin de bevindingen overdraagbaar zijn naar andere contexten (Haq et al., 2023). Dit onderzoek heeft een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksgroep, evenals een duidelijke schets van de organisatorische context waarin de interviews zijn afgenomen. Door deze uitgebreide contextualisering kunnen lezers beoordelen in hoeverre de bevindingen toepasbaar zijn op andere contexten binnen de verslavingszorg (Ahmed, 2024). Een beperking die de transferability beïnvloedt, is dat bepaalde subgroepen relatief ondervertegenwoordigd zijn, zoals cliënten zonder sociaal netwerk of naasten met diverse culturele achtergronden. Hierdoor blijven sommige behoeften en perspectieven minder zichtbaar. Hoewel dit de overdraagbaarheid enigszins beperkt, biedt het tegelijkertijd duidelijke aanknopingspunten voor vervolgonderzoek.

Dependability

Dependability verwijst naar de stabiliteit en navolgbaarheid van het onderzoeksproces (Ahmed, 2024). De betrouwbaarheid van dit onderzoek is bevorderd door een transparante en systematische beschrijving van de analysemethode (Amin et al., 2020). De toepassing van de zes fasen van Braun en Clarke is uitgebreid toegelicht, inclusief de wijze waarop codes zijn ontwikkeld, thema's zijn geformuleerd en vervolgens zijn verfijnd. Daarnaast versterkt de consistent gekozen reflexieve benadering van thematische analyse de methodologische stabiliteit. Ook de transparantie rondom de werving van deelnemers en de opzet van de dataverzameling draagt bij aan de reproduceerbaarheid van het proces (Ahmed, 2024). Tegelijkertijd heeft het onderzoek een beperking op dit vlak: de vertaling van de resultaten naar concrete implementatie binnen organisaties blijft beperkt. Hoewel het centrale thema, de wenselijkheid van systeemgericht werken in de verslavingszorg, duidelijk uit de data naar voren komt, is nog onvoldoende gespecificeerd welke beleidsmatige, organisatorische of financiële aanpassingen hiervoor nodig zijn. Dit raakt aan de praktische dependability van het onderzoek, maar vormt tevens een richting voor toekomstig onderzoek.

Confirmability

Confirmability betreft de mate waarin de bevindingen zijn geworteld in het empirische materiaal en niet worden gedomineerd door aannames van de onderzoeker (Haq et al., 2023). In dit onderzoek is confirmability geborgd door het systematisch gebruik van citaten die de interpretaties onderbouwen

en hierdoor controleerbaar maken (Ahmed, 2024). De onderzoeker heeft daarnaast expliciet gereflecteerd op de eigen rol binnen het interpretatieve proces, passend bij de reflexieve traditie van thematische analyse. Door te verantwoorden waarom bepaalde thema's zijn behouden en hoe keuzes in het analysetraject zijn gemaakt, wordt inzicht geboden in de manier waarop de resultaten tot stand zijn gekomen en wordt de transparantie vergroot (Ahmed, 2024).

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de bevindingen die verkregen zijn vanuit de interviews toegelicht. Tijdens het coderen en analyseren van de data, is duidelijk geworden dat het central organizing concept zich focust op dat herstel binnen de verslavingszorg duurzaam wordt wanneer naasten niet incidenteel, maar structureel als partners worden ingebed tijdens het herstelproces van de cliënt. Er zijn vijf thema's geconstrueerd: (1) Naasten als structurele partners in vroegtijdige samenwerking, (2) Kennis en begrip als fundament voor samenwerking, (3) Stigma, schaamte en privacy als spanningsvelden, (4) Ondersteuning en verbinding als bron voor herstel en 5) Systeemgericht werken als persoonsafhankelijk proces. Deze thema's komen samen in één kernidee: herstel krijgt kracht en betekenis wanneer cliënten, naasten en professionals gezamenlijk en in samenhang worden benaderd.

4.1 Naasten als structurele partners in vroegtijdige samenwerking

Het central organizing concept van het eerste thema draait om de rol en positionering van naasten vanaf het begin in het behandel- en hersteltraject. Naasten kunnen een doorslaggevende rol spelen in het behandel- en hersteltraject, maar worden nu vaak pas aan het einde van het behandel- en hersteltraject meegenomen. Een aantal cliënten benadrukken dat naasten via hetzelfde principe als cliënten opgenomen moeten worden, namelijk via een intake. Op de intake kan meteen worden geïnventariseerd welke behoeften naasten hebben op het gebied van ondersteuning en wat hun mogelijkheden zijn in het behandel- en hersteltraject. Vroegtijdige samenwerking met naasten door middel van een intake is volgens naasten ook iets dat meer vanzelfsprekend zou moeten zijn in de verslavingszorg: *“Dat je misschien standaard bij de eerste intake van de persoon met de verslaving bijvoorbeeld zegt: de eerste keer is het heel handig dat je iemand meeneemt.”*

Verschillende cliënten benadrukken dat de betrokkenheid van hun naasten, met name partners en kinderen, een belangrijke motivatiebron vormt tijdens hun traject. Zo geeft een cliënt aan dat haar dochter de belangrijkste motivatiebron was om te herstellen, omdat de consequenties van het verslavingsgedrag anders te groot waren geweest voor haar:

C3: “Ja, ik had geen keuze, het was of zij of ik. Ze zeggen wel, je kunt niet clean worden voor een ander, maar dat kun je best wel. Mijn dochter is natuurlijk een hele grote stok achter de deur geweest. Als ik niet clean was gebleven, of niet abstinente was gebleven, dan had ik daarmee haar hele toekomst bepaald.”

Tegelijkertijd vraagt deze structurele betrokkenheid wel om maatwerk: er zijn een paar cliënten die aangeven dat zij hun naasten liever niet betrokken hadden tijdens hun traject. Dit heeft er vaak mee te maken dat de relatie en het vertrouwen beschadigd is en de naasten functioneren als triggers of bron

van spanning: *“Ik heb juist dat contact tijdens mijn opname verbroken met mijn naasten, met mijn familie, omdat zij mijn triggers waren.”*

Voor naasten zelf is het belangrijk dat zij weten welke plek ze krijgen in het proces, omdat ze zich nu vaak buitengesloten voelen. Cliënten en naasten ervaren dat er bij afronding van het traject vaak onvoldoende aandacht is voor hun rol in de nazorg. Zij missen een duidelijk plan en vragen om laagdrempelige vormen van ondersteuning, zoals een vaste contactpersoon die ook na de behandeling beschikbaar blijft en buiten kantooruren te bereiken is.

Professionals erkennen deze behoefte, maar wijzen op knelpunten zoals capaciteitsproblemen en handelingsverlegenheid. Er is niet altijd genoeg tijd om hierin te investeren omdat er hoge wachtlijsten zijn en professionals het al erg druk hebben. Zo voelt het betrekken van naasten soms als extra druk of belasting, zeker wanneer naasten emotioneel belast zijn of met verwijten komen. Volgens een professional weten naasten niet altijd goed hoe ze moeten samenwerken met naasten, omdat ze hier niet altijd de juiste kennis en training voor hebben gekregen: *“Hulpverleners die handelingsverlegen zijn, die moeten hierin getraind worden en het eigen maken.”*

Daarnaast is er ook een professional die van mening is dat het betrekken van naasten wel echt meerwaarde moet hebben voor de cliënt, en anders niet ingezet zou moeten worden. Volgens deze professional is het heel belangrijk om in het behandel- en hersteltraject van de cliënt de eigen autonomie te bekrachtigen en dat het betrekken van naasten dus ook alleen mogelijk is wanneer de cliënt hier behoefte aan heeft en toestemming voor geeft. Het blijft daarin dus een kwestie van maatwerk: *“Het is zo afhankelijk van de situatie, hoe je dat soort dingen gaat aangrijpen.”*

Het thema laat zien dat herstel pas duurzaam wordt wanneer naasten vroegtijdig, bewust en met maatwerk worden gepositioneerd als partners in het behandel- en hersteltraject in plaats van bijrolspelers:

C4: “In volledige transparantie en in overleg met zowel de cliënt als zijn of haar naasten, goed uitvragen waar de behoefte ligt en daar ook in tegemoetkomen. Ja, dat is de ideale situatie wanneer er wel naasten zijn en anders op zoek gaan naar die naasten.”

4.2 Kennis en begrip als fundament voor samenwerking

Het central organizing concept van het tweede thema focust zich op hoe educatie en informatievoorziening een essentiële basis vormen voor samenwerking tussen naasten, cliënten en professionals tijdens het behandel- en hersteltraject. Zowel cliënten als naasten ervaren dat een gebrek

aan informatie over verslaving, herstel en beschikbare ondersteuning vaak leidt tot misverstanden, frustratie en een gevoel van machteloosheid. Deze noodzaak van tijdige en toegankelijke informatievoorziening komt duidelijk naar voren in de reflectie van een naaste, die beschrijft hoe het gebrek aan kennis haar aanvankelijk beperkte in het begrijpen en hanteren van de situatie:

N5: "Want toen ik erachter kwam dat mijn zoon verslaafd was, had ik echt gewoon geen idee wat überhaupt verslaving was en wat het middel aanrichtte. En wat je wel en niet moet doen, door schade en schande heb ik dat zelf moeten leren. Als daar eerder ingegrepen wordt door hulpverlening, denk ik dat je dan heel veel problemen voorkomt."

Cliënten geven aan dat veel conflicten met hun omgeving voortkomen uit onbegrip, en pleiten daarom voor meer psycho-educatie voor naasten, bijvoorbeeld over terugval, triggers en herstelprocessen. Zo geeft een cliënt aan dat zijn ouders geen kennis hadden over het verwoestende gedrag dat personen met een verslaving kunnen vertonen, zoals liegen en bedriegen: *"Daarin hadden ze misschien wel iets meer en iets sneller wat bijgebracht kunnen krijgen."*

Naasten benadrukken ook dat zij behoefte hebben aan psycho-educatie over zowel de psychologische als de medische kant van verslaving, om de ziekte beter te kunnen begrijpen. Handvatten in coping mechanismen zoals het stellen van grenzen en het herkennen van signalen kunnen hierin heel nuttig zijn. Een naaste geeft aan dat deze vorm van psycho-educatie plaats kan vinden door middel van een gesprek met een specialist:

N8: "Toch met een specialist gewoon van, hoe ga je daar dan zelf mee om en waar vooral te zoeken naar waar je eigen grens ligt en wat kan je, tot hoever en wanneer is het genoeg? Dat is voor iedereen verschillend, maar ik denk wel dat een specifiek gesprek met iemand die daar gewoon verstand van heeft daarin kan helpen."

Professionals vinden ook dat psycho-educatie een belangrijk middel is om deze kloof te verkleinen: al een kleine hoeveelheid algemene informatie kan veel opluchting en inzicht geven zonder de privacy van de cliënt te schenden:

P4: "Ik merk dat de uitleg die wij geven aan naasten, of dat nou in een adviesgesprek is, zoals wij dat noemen, of een vrijblijvend gesprek, of in zo'n training of een groep is, dat wanneer mensen al heel veel meer begrijpen, er soms een soort rust komt, als we uitleggen hoe verslaving werkt."

Veel professionals pleiten daarom voor standaard informatiepakketten, digitale mogelijkheden en vaste spreekuren bij huisartsen en gezondheidscentra. Zij adviseren dat er vanaf het begin van het behandel- en hersteltraject standaard informatiepakketten kunnen worden aangeboden, aangevuld met digitale modules of filmpjes zodat naasten in hun eigen tempo kennis kunnen opdoen. Daarnaast stellen zij voor om vaste spreekuren bij huisartsen of gezondheidscentra in te richten, zodat naasten laagdrempelig met vragen terecht kunnen zonder direct een behandeltraject te hoeven ingaan. Volgens professionals kan een gestandaardiseerde en toegankelijke informatievoorziening op deze manier veel onbegrip en handelingsverlegenheid wegnemen, zowel bij naasten als bij zorgverleners zelf. Een professional benadrukt daarnaast dat het belangrijk is dat er een divers ondersteuningsaanbod is, omdat niet iedere naaste daarin dezelfde behoeften heeft: *“Sommige mensen houden heel erg van informatie lezen, sommigen niet. Maar dat het aanbod wat breder is, zodat het bij iedereen wat aansluit.”*

Dit thema laat zien dat gedeelde kennis en educatie een cruciale sleutel vormen tot wederzijds begrip, gelijkwaardigheid en samenwerking in herstelprocessen.

4.3 Stigma, schaamte en privacy als spanningsvelden

Het central organizing concept van het derde thema is dat herstel zich vaak afspeelt binnen een kwetsbaar spanningsveld van schaamte, schuldgevoel en angst voor oordeel. Dit zijn ook wel de belemmerende factoren die de relatie en de dynamiek tussen cliënten, naasten en professionals beïnvloeden. Cliënten ervaren veel zelfstigma en voelen zich schuldig tegenover hun naasten, wat hun bereidheid om eerlijk en transparant te zijn belemmert:

CI: “En er hangt natuurlijk echt een behoorlijk stigma rondom verslaving heen. Mijn ouders die zeggen het eigenlijk nog steeds niet, wel tegen goede vrienden, maar tegen collega's ofzo, hebben ze het er ook niet over. Ik ben ook pas sinds anderhalf jaar nu eerlijk tegen alles en iedereen. Wat er bij mij is gebeurd vroeger qua verslaving.”

Daarnaast beschikt niet iedere cliënt over naasten die betrokken kunnen worden, wat vaak samenhangt met gevoelens van schaamte, beschadigd vertrouwen of eerdere afwijzing. Het ontbreken van een netwerk is dan niet alleen een praktische beperking, maar ook een weerspiegeling van sociaal isolement en zelfstigma: wie zich ongewenst of onwaardig voelt, durft anderen niet meer dichtbij te laten. In zulke situaties is het niet de vraag wie er betrokken kan worden, maar hoe er eerst ruimte kan ontstaan voor veiligheid en vertrouwen, voordat nabijheid überhaupt mogelijk wordt. Een naaste geeft aan dat er in de verslavingszorg gauw vanuit wordt gegaan dat iedereen naasten om zich heen heeft, iets wat echter niet altijd vanzelfsprekend is: *“Dus daar wordt soms wel iets te makkelijk over gedaan.”*

Dan wordt er gezegd van neem iemand mee, maar dat is niet altijd mogelijk.” Deze uitspraak bevestigt hoe belangrijk het is dat er aandacht besteed wordt aan het opbouwen van het netwerk tijdens het behandel- en hersteltraject.

Naast intern stigma is er ook sprake van extern stigma rondom verslaving. Cliënten ervaren dat de maatschappij verslaving vaak onvoldoende begrijpt, waardoor zij zich ongemakkelijk voelen om er open over te zijn. Deze onwetendheid draagt bij aan een stigmatiserend beeld waarin weinig besef bestaat van de complexiteit van verslaving en herstel. Zo geeft een cliënt aan dat hoewel de visie op verslaving veranderd is in vergelijking tot vroeger toen het nog als een karakterzwakte werd gezien, er wel nog steeds bij een deel van de maatschappij een verkeerd beeld heerst: *“Maar de maatschappij denkt nog steeds... De gemiddelde Truus en Jan, die denken nog steeds... Als je verslaafd bent en als je wilt stoppen, dan stop je toch? Maar als het zo makkelijk was, dan was je niet verslaafd.”*

Tegelijkertijd worstelen naasten ook met gevoelens van schaamte en machteloosheid, waardoor zij niet altijd om hulp durven te vragen, wanneer ze dit wel nodig hebben. Privacyregels zoals de AVG-wetgeving versterken deze afstand: cliënten willen vaak niet dat persoonlijke informatie gedeeld wordt, terwijl naasten juist behoefte hebben aan handvatten om beter met de situatie om te gaan. Dit wordt benadrukt door de uitspraak van een naaste die aangeeft dat zij niemand had om mee te praten:

N7: “Ja, en vooral omdat mijn partner het ook niet wilde, dat ik het eigenlijk met andere vriendinnen erover had. Dus dat was allemaal in het begin echt, ja, het werd een beetje verstoppt. En ik zat, nou ja, in een hoekje want ik kon er niet over praten. Het ging allemaal om hem, waar ik niet over mocht praten, dus dat was heel lastig.”

Professionals noemen deze spanning tussen vertrouwelijkheid en ondersteuning een van de lastigste dilemma's in de praktijk. Toch blijkt uit de data dat er ruimte is voor verbinding zonder privacy te schenden, bijvoorbeeld door vragen van naasten te beantwoorden vanuit algemene kennis over verslaving, zonder daarbij in te gaan op persoonlijke informatie uit de dossiers van cliënten. Ook is dit iets wat een afdeling preventie goed zou kunnen uitvoeren, omdat zij geen dossiers hoeven te beheren van cliënten dus niet de mogelijkheid hebben om de AVG wet te overschrijden: *“Tot op heden doen wij dat met preventie vaak en het voordeel daarvan is dat wij nooit iets kunnen zeggen dat niet mag, want wij kennen de cliënten helemaal niet.”*

Ook culturele waarden beïnvloeden de openheid waarmee over verslaving wordt gesproken. In sommige culturen is het niet gebruikelijk om eerlijk te zijn over zaken als verslaving. Dit maakt het belangrijk om ook rekening te houden met culturele waarden in de houding rondom het betrekken van

naasten in het behandel- en hersteltraject. Een professional bevestigt dit door in te gaan op zijn eigen ervaringen met betrekking tot de samenwerking met en ondersteuning voor naasten:

P9: “Iets dat heel erg ingebakken zit in mijn cultuur, is dat je je vieze was niet buiten hangt. Dus ik kwam er heel makkelijk mee weg door te zeggen van ja ik heb nergens last van, er gebeurt niks, terwijl ik wel behoefte had aan hulp. Dat stukje lag wel bij mij, maar er lag ook een stuk bij de vraagstelling die de hulpverlener hanteerde. Ik heb wel deelgenomen aan een aantal vormen van ondersteuning voor naasten, maar ook daar miste ik een stukje cultuur in.”

Dit thema laat zien dat herstel alleen kan plaatsvinden binnen een context van veiligheid en vertrouwen, waarin schaamte en stigma's bespreekbaar worden gemaakt en kwetsbaarheid gezien wordt als onderdeel van groei.

4.4 Ondersteuning en verbinding als bron voor herstel

Het central organizing concept van het vierde thema is dat herstel betekenis krijgt in verbinding, zowel met anderen als met zichzelf. Cliënten benoemen het belang van lotgenotengroepen, herstelruimtes en creatieve activiteiten als waardevolle bronnen van steun en zingeving. Deze vormen van ondersteuning helpen niet alleen bij het delen van ervaringen, maar ook bij het hervinden van eigenwaarde en structuur in het dagelijks leven:

C6: “En ik heb mijn weg gevonden in de herstelruimte van de VNN. Want daar ben ik gewoon weer wakker geworden. Dus daar vermaak ik me uitstekend. Want ik heb mijn creativiteit daar leren kennen. En dat verveelt natuurlijk nooit. Dus ja, dat heeft mij op een heel goed spoor gezet. Een herstelruimte eventueel voor zowel naasten als cliënten.”

Naasten benadrukken dat zij behoefte hebben aan laagdrempelig contact, praktische begeleiding en erkenning van hun eigen proces. Lotgenotengroepen zoals Moedige Moeders bieden herkenning, steun en concrete handvatten, maar zijn nog onvoldoende bekend. Het zou daarom waardevol zijn als er meer wordt geïnvesteerd in samenwerking met dit soort lotgenotengroepen. Meerdere naasten hebben aangegeven dat Moedige Moeders voor hun veel steun heeft geboden en zij ook op deze manier het gevoel hebben dat zij anderen kunnen helpen:

N5: “En dat merk ik natuurlijk vooral bij Moedige Moeders. Alles wat zij hebben meegemaakt, dat heb ik zelf ook allemaal meegemaakt. Ik ken alle valkuilen, ik weet precies waar het allemaal misgaat. Dat heb ik ook allemaal zelf gedaan. Dus dat herken je dan ook heel snel en daar kan ik, merk ik ook, anderen heel goed mee helpen.”

Daarnaast geven naasten aan dat het huidige ondersteuningsaanbod regionaal ongelijk is verdeeld: veel initiatieven bevinden zich uitsluitend in grotere steden als Leeuwarden, Groningen of Assen, waardoor deelname voor mensen in kleinere dorpen of buitengebieden praktisch niet haalbaar is. Een naaste onderstreept het belang van meer spreiding in het ondersteuningsaanbod en wijst daarbij op de extra reistijd die deelname nu bemoeilijkt: *“Ik kom zelf uit een klein dorp, dus ik heb al gauw een halfuur reistijd. Dit zorgt ervoor dat de praatgroep lastig te combineren is met mijn werk.”* Hierdoor ontstaat ongelijkheid in de toegang tot steun, waarbij juist de naasten die het meest geïsoleerd zijn het minst bereikt worden.

Toch blijken die kleine, persoonlijke vormen van contact, zoals een appje, een check-up of een gezamenlijke activiteit, vaak al een groot verschil maken. Dit thema benadrukt dat herstel versterkt wordt door relaties van nabijheid, erkenning en onderlinge steun, waarin cliënten en naasten samen leren omgaan met de uitdagingen van verslaving.

4.5 Systeemgericht werken als persoonsafhankelijk proces

Tot slot is het central organizing concept van het vijfde thema dat systeemgericht werken met naasten in de praktijk sterk afhankelijk blijkt van de individuele inzet, overtuigingen en vaardigheden van professionals. Hoewel binnen de verslavingszorg breed wordt erkend dat samenwerking met het sociale netwerk belangrijk is voor duurzaam herstel, laat de data zien dat deze samenwerking onvoldoende structureel is ingebed.

Cliënten en naasten ervaren daarom grote verschillen tussen hulpverleners: sommige professionals zoeken actief contact en betrekken naasten vanaf het begin, terwijl anderen hier nauwelijks aandacht aan besteden. Hierdoor hangt de kwaliteit van netwerkgericht werken af van persoonlijke motivatie, werkstijl en werkdruk, in plaats van van duidelijke organisatiebrede kaders. Cliënten en naasten hebben daarom behoefte aan een herkenbare en consistente werkwijze: *“Een systemische bril.”*

Deze persoonsafhankelijkheid geldt ook voor methodieken zoals CRAFT, triadegesprekken en het werken met systeemtherapeuten. De inzet hiervan is vaak afhankelijk van tijdelijke projectfinanciering of affiniteit van individuele professionals, waardoor deze methoden lang niet overal beschikbaar zijn. Dit leidt tot verschillen tussen teams en locaties, terwijl er consensus bestaat dat juist deze systemische werkwijzen een sterk fundament bieden voor duurzame herstelrelaties. Deze uiteenlopende invulling van systemische methodieken komt ook naar voren in de manier waarop professionals het begrip netwerkgericht werken toepassen, zoals een van hen toelicht:

P10: “Hier op de afdeling ben ik echt heel basaal begonnen met wat is herstelondersteunend werken nou eigenlijk. En dat is dan een afdeling die zegt we werken al heel erg met het netwerk, want we

hebben die netwerk bijeenkomst. Ja, maar dat is nog niet samenwerken met het netwerk. Dat is één keer uitnodigen en vertellen waar de cliënt staat. Nou, dat is het nog niet zeg maar. Dus dat vraagt om heel veel inspireren, investeren en daar echt voor gaan staan.”

Ook goede informatievoorziening voor naasten blijkt niet uniform geregeld. Niet iedere professional voelt zich zeker in het geven van psycho-educatie, en er ontbreken richtlijnen voor wat naasten minimaal zouden moeten ontvangen. Hierdoor krijgt de ene familie uitgebreide uitleg en ondersteuning, terwijl anderen alleen informatie krijgen wanneer ze er expliciet om vragen.

Professionals geven aan dat systeemgericht werken momenteel geen vanzelfsprekend onderdeel is van het behandelproces en vaak als een extra taak wordt ervaren. Tijdgebrek, personeelskrapte en onduidelijke taakverdeling versterken deze terughoudendheid. Bovendien verschillen professionals in hun visie op de rol van naasten, waardoor de wijze waarop zij worden betrokken sterk uiteenloopt. Een professional geeft aan dat het belangrijk is dat hulpverleners een nieuwe visie gaan omarmen en hun eigen successen hierin gaan ervaren: *“Het moet als het nieuwe normaal worden gezien, denk ik.”*

Dit thema laat zien dat duurzame netwerk betrokkenheid alleen mogelijk is wanneer deze minder afhankelijk wordt van individuele professionals en meer structureel wordt verankerd in beleid, werkwijzen, scholing en organisatiecultuur. Pas wanneer netwerkgericht werken een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt, kan er consistentie ontstaan in de manier waarop naasten worden betrokken in het herstelproces.

5. Conclusie en discussie

De centrale onderzoeksvraag in dit onderzoek was: *“Wat zijn vanuit het perspectief van (ex-)cliënten, naasten en professionals de behoeften en mogelijkheden rondom naastengerichte zorg- en ondersteuningsaanbod in de verslavingszorg?”* Deze is beantwoord aan de hand van 30 diepte-interviews met (ex-)cliënten, naasten en professionals. Er zijn uiteindelijk vijf hoofdthema's geconstateerd: (1) Naasten als structurele partners in vroegtijdige samenwerking, (2) Kennis en begrip als fundament voor samenwerking, (3) Stigma, schaamte en privacy als spanningsvelden, (4) Ondersteuning en verbinding als bron voor herstel en (5) Systeemgericht werken als persoonsafhankelijk proces.

De bevindingen van dit onderzoek laten zien dat naastengerichte zorg binnen de verslavingszorg nog steeds gefragmenteerd, persoonsafhankelijk en onvoldoende structureel ingebed is. Dit sluit deels aan bij bestaande theoretische modellen, zoals het caregivermodel (Twigg & Atkin, 1994) en het SSCS-model (Orford et al., 2010), maar laat ook nieuwe patronen zien die nog niet eerder zijn beschreven. In lijn met de literatuur bevestigen cliënten, naasten en professionals dat naasten op verschillende manieren betrokken kunnen worden en dat langdurige stress, spanning en copingstrategieën sterk hun functioneren beïnvloeden. Tegelijkertijd blijkt uit dit onderzoek dat deze rollen in de praktijk niet vanzelf ontstaan: zij vereisen structurele positionering, tijdige ondersteuning en duidelijke kaders.

Een belangrijk resultaat dat aansluit op het theoretisch kader, is dat naasten behoefte hebben aan erkenning en informatie om hun rol te kunnen vervullen, wat overeenkomt met de SSCS-componenten stress, strain en support (Orford et al., 2010). Ook cliënten herkennen dat een gebrek aan kennis en wederzijds begrip tussen hen en hun naasten vaak leidt tot misverstanden, conflicten en teleurstelling, wat overeenkomt met eerdere bevindingen over discrepante verwachtingen van herstel (Dekkers et al., 2020). Professionals zien de meerwaarde van interventies zoals CRAFT, triadegesprekken en systeemtherapie, maar signaleren dat deze onvoldoende structureel worden ingezet. Handelingsverlegenheid, gebrek aan training en privacykwesties vormen daarbij blijvende barrières.

Dit onderzoek leverde naast aansluiting bij de literatuur ook verschillende nieuwe inzichten op die niet direct theoretisch onderbouwd waren, maar wel consistent naar voren kwamen. Zo werd de wens voor een 'intake voor naasten' als structureel onderdeel van het behandelproces duidelijk: zowel cliënten als naasten gaven aan dat betrokkenheid vanaf het begin noodzakelijk is. Het idee om naasten, net als cliënten, een eigen intake aan te bieden bleek een vernieuwende bevinding. Ook werd regionale ongelijkheid in het ondersteuningsaanbod opgemerkt, met name doordat vormen van ondersteuning als lotgenotengroepen en CRAFT vaak alleen in grote steden beschikbaar zijn,

waardoor ondersteuning moeilijker toegankelijk is voor mensen buiten deze gebieden. Daarnaast benadrukten cliënten de cruciale rol van herstelruimtes, creatieve activiteiten en informele ontmoetingen in het opbouwen van sociale verbinding en zelfvertrouwen. Dit sluit aan bij hersteltheorieën over zingeving, maar wordt nauwelijks besproken in studies over naastengerichte zorg. Verder bleek systeemgericht werken sterk afhankelijk van individuele professionals, en niet van organisatiebeleid: naastenbetrokkenheid hangt in de praktijk vaak af van persoonlijke overtuigingen, ervaring en beschikbare tijd. Dit onderzoek maakt duidelijk dat netwerkgericht werken geen standaard werkwijze is, maar een persoonlijke keuze, wat in bestaande theorieën niet wordt benoemd. Ten slotte kwam de problematiek van onzichtbare groepen naar voren, zoals cliënten zonder netwerk of naasten die door cultuur of schaamte geïsoleerd raken. Hoewel stigma en schaamte al beschreven zijn in de literatuur, toonde dit onderzoek aan dat sommige cliënten geen naasten kunnen of durven betrekken, en dat naasten uit bepaalde culturele achtergronden beperkte toegang ervaren tot ondersteuning vanwege conflicterende normen over verslaving.

5.1 Centrale conclusie

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat de kernbehoefte niet ligt in méér interventies, maar in een werkmodel waarin het systeem standaard en consistent wordt meegenomen van intake tot nazorg. Het gaat dus niet enkel om het ‘betrekken van naasten’ maar om een verschuiving in perspectief: herstel mag niet langer gezien worden als een individueel traject, maar als een relationeel proces dat ingebed is in iemands sociale omgeving. Dit geldt ook voor cliënten zonder vanzelfsprekend netwerk, voor wie systeemgericht werken vraagt om bredere vormen van sociale inbedding, zoals herstelruimtes, buddytrajecten of lotgenotengroepen die kunnen fungeren als een ‘gekozen netwerk’. Het integreren van dergelijke vormen van sociale steun benadrukt dat herstel pas echt duurzaam kan plaatsvinden wanneer het verbonden is met de sociale context waarin iemand leeft.

5.2 Aanbevelingen voor praktijk en vervolgonderzoek

Op basis van de bevindingen is het aan te bevelen om systeemgericht werken in de verslavingszorg niet langer afhankelijk te laten zijn van individuele inzet, maar structureel te verankeren in beleid, financiering en werkprocessen. Dit vraagt om een organisatiebreed kader waarin de betrokkenheid van naasten vanaf de start van het traject wordt geborgd, professionals worden toegerust met passende scholing en ondersteuning, en het ondersteuningsaanbod voor naasten toegankelijk en regionaal beschikbaar wordt gemaakt. Wanneer systeemgericht werken op deze manier duurzaam wordt ingebed, ontstaat er niet alleen meer continuïteit in de samenwerking, maar wordt ook de basis gelegd voor een herstelproces dat zowel cliënt als naasten beter draagt.

Cliënten geven daarbij aan dat herstelruimtes, lotgenotengroepen en zinvolle daginvulling belangrijke steunbronnen vormen, maar alleen goed functioneren wanneer er binnen de behandeling duidelijke afspraken worden gemaakt over de rol van naasten. Voor naasten zelf is naast emotionele steun vooral praktische en toegankelijke informatie van belang. Zij pleiten voor één centrale plek waar zij terechtkunnen met vragen en waar informatiepakketten beschikbaar zijn die inzicht geven in het volledige ondersteuningsaanbod. Bestaande initiatieven zoals Moedige Moeders verdienen in dit licht meer zichtbaarheid, ook buiten de grotere steden.

Professionals benadrukken dat deze beweging alleen duurzaam kan worden gerealiseerd wanneer zij wordt ondersteund door scholing in netwerkgericht werken en door de inzet van systeemtherapie of systemisch werkers. Een standaard intake waarin het netwerk centraal staat, evenals structureel gebruik van hulpmiddelen zoals genogrammen, Family Support-methodieken en CRAFT, kan hiervoor een praktische basis vormen. Ook is een nauwere samenwerking tussen huisartsen en de verslavingszorg essentieel voor vroegsignalering en een samenhangend zorgtraject. Door gezamenlijk de huidige knelpunten in kaart te brengen, gedeelde doelen te formuleren en vaste overlegstructuren op te zetten, kan deze samenwerking stap voor stap worden versterkt en uiteindelijk structureel worden ingebed.

Hoewel dit onderzoek duidelijk maakt dat systeemgericht werken een veelbelovende richting is voor het verbeteren van naastengerichte zorg, blijven er onduidelijkheden over. Zo is vervolgonderzoek nodig naar hoe ondersteuning vormgegeven kan worden voor cliënten die geen direct netwerk hebben, en welke vormen van ondersteuning zoals buddies, herstelgroepen of community-based initiatieven hierin effectief kunnen zijn. Daarnaast is het relevant om te onderzoeken hoe methodieken als CRAFT, Family Support en systeemtherapie duurzaam ingebed kunnen worden binnen de bestaande verslavingszorg, inclusief de voorwaarden op het gebied van financiering, scholing en samenwerking tussen domeinen. Tenslotte zou longitudinaal onderzoek waardevolle inzichten kunnen bieden in de vraag hoe systeemgerichte interventies niet alleen bijdragen aan herstel, maar ook aan het voorkomen van terugval op langere termijn.

Kortom: herstel in de verslavingszorg wordt pas duurzaam wanneer de focus verschuift van de individuele cliënt naar het volledige systeem daaromheen, of dat nu bestaat uit familie, vrienden, lotgenoten of nieuw gevormde netwerken.

Referenties

- Adams, P. J. (2008). *Fragmented intimacy: Addiction in a social world*. New York, NY: Springer New York.
- Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 2, 100051.
- Amin, M. E. K., Nørgaard, L. S., Cavaco, A. M., Witry, M. J., Hillman, L., Cernasev, A., & Desselle, S. P. (2020). Establishing trustworthiness and authenticity in qualitative pharmacy research. *Research in social and administrative pharmacy*, 16(10), 1472-1482.
- Archer, M., Harwood, H., Stevelink, S., Rafferty, L., & Greenberg, N. (2020). Community reinforcement and family training and rates of treatment entry: A systematic review. *Addiction*, 115(6), 1024-1037.
- Arcidiacono, C., Velleman, R., Procentese, F., Berti, P., Albanesi, C., Sommantico, M., & Copello, A. (2010). Italian families living with relatives with alcohol or drugs problems. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(6), 659-680.
- Ariss, T., & Fairbairn, C. E. (2020). The effect of significant other involvement in treatment for substance use disorders: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(6), 526.
- Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H.-J. (2016). Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 179–185.
- Blaauw, E., & van der Meer, M. (2020). Verslaving in context: de kracht van de omgevingondersteunende zorg.
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In American Psychological Association eBooks (pp. 57-71).
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). Thematic analysis: A practical guide.
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International journal of transgender health*, 24(1), 1-6.

- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Is thematic analysis used well in health psychology? A critical review of published research, with recommendations for quality practice and reporting. *Health Psychology Review, 17*(4), 695-718.
- Braun, V., & Clarke, V. (2024). Supporting best practice in reflexive thematic analysis reporting in Palliative Medicine: A review of published research and introduction to the Reflexive Thematic Analysis Reporting Guidelines (RTARG). *Palliative medicine, 38*(6), 608-616.
- Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality & quantity, 56*(3), 1391-1412.
- Cassidy, A., & Poon, A. W. C. (2019). A scoping review of family-based interventions in drug and alcohol services: Implications for social work practice. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 19*(4), 345-367.
- Copello, A., & Orford, J. (2002). Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction, 97*, 1361–1363.
- Copello, A., Ibanga, A., Orford, J., Templeton, L., & Velleman, R. (2010). The 5-step method: Future directions. *Drugs: education, prevention and policy, 17*(sup1), 203-210.
- Copello, A., Templeton, L., & Velleman, R. (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: Is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry, 19*, 271–276.
- Corrigan, P. W., Roe, D. & Tsang, H. W. (2011). *Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapists and advocates*. John Wiley & Sons.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and practice, 9*, 35–53.
- Dekkers, A., De Ruyscher, C., & Vanderplasschen, W. (2020). Perspectives on addiction recovery: focus groups with individuals in recovery and family members. *Addiction Research & Theory, 28*(6), 526-536.
- De Jong, M. & Basemans, S. (2022). Voor elke naaste van een probleemdrinker een passend aanbod. *TSG-Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 100*(Suppl 2), 93-97.
- Di Sarno, M., De Candia, V., Rancati, F., Madeddu, F., Calati, R., & Di Pierro, R. (2021). Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and alcohol dependence, 219*, 108439.

GGZ Standaarden. (2025). *Herstelondersteuning*.

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/herstelondersteuning/herstelondersteuning>

Gunawan, J. (2015). Ensuring trustworthiness in qualitative research. *Belitung Nursing Journal*, 1(1), 10-11.

Haq, Z. U., Rasheed, R., Rashid, A., & Akhter, S. (2023). Criteria for assessing and ensuring the trustworthiness in qualitative research. *International Journal of Business Reflections*, 4(2).

Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative Research Methods*. Sage.

Jackson, D., & Mannix, J. (2003). Then suddenly he went right off the rails: Mothers' stories of adolescent cannabis use. *Contemporary Nurse*, 14(2), 169–179.

Kroon, S. J., van der Krieke, L., Bruggeman, R., & Alma, M. A. (2025). The uneven triad: a qualitative study of perspectives of relatives, patients, and professionals on (not) involving relatives in mental health. *BMC psychiatry*, 25(1), 384.

LADIS. (2023). *Kerncijfers verslavingszorg 2018 – 2023*.

<https://cdn.bluenotion.nl/7777531cdbeb6e17c64026642c55a35ce105c0b8988cae42365cf3c61b8e0273.pdf>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry*, 199(6), 445-452.

Lindeman, S. K., Titlestad, K. B., Lorås, L., & Bondas, T. (2022). An unknown invisible intrusion. Impact of an adult family member's problematic substance use on family life: A meta-ethnography. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 29(5), 464-476.

Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., Dixon, L. & Adams (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 101–121.

Manthorpe, J., Iliffe, S., & Eden, A. (2003). Testing Twigg and Atkin's typology of caring: A study of primary care professionals' perceptions of dementia care using a modified focus group method. *Health & Social Care in the Community*, 11(6), 477-485.

Mardani, M., Alipour, F., Rafiey, H., Fallahi-Khoshknab, M., & Arshi, M. (2023). Challenges in addiction-affected families: a systematic review of qualitative studies. *BMC psychiatry*, 23(1), 439.

- Martinelli, T. F., Roeg, D. P. K., Bellaert, L., Van de Mheen, D., & Nagelhout, G. E. (2023). Understanding the process of drug addiction Recovery through First-Hand Experiences: A qualitative study in the Netherlands using lifeline interviews. *Qualitative Health Research*, 33(10), 857-870.
- McCann, T. V., & Lubman, D. I. (2018). Help-seeking barriers and facilitators for affected family members of a relative with alcohol and other drug misuse: A qualitative study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 93, 7-14.
- McCann, T. V., & Lubman, D. I. (2018). Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse. *International journal of mental health nursing*, 27(2), 693-701.
- McGovern, R., Smart, D., Alderson, H., Araújo-Soares, V., Brown, J., Buykx, P., ... & Kaner, E. (2021). Psychosocial interventions to improve psychological, social and physical wellbeing in family members affected by an adult relative's substance use: A systematic search and review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1793.
- Merkouris, S. S., Rodda, S. N., & Dowling, N. A. (2022). Affected other interventions: A systematic review and meta-analysis across addictions. *Addiction*, 117(9), 2393-2414.
- Merkouris, S. S., Rodda, S. N., Aarsman, S. R., Hodgins, D. C., & Dowling, N. A. (2023). Effective behaviour change techniques for family and close friends: A systematic review and meta-analysis across the addictions. *Clinical Psychology Review*, 100, 102251.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E., & Tonigan, J. S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1182-1185.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 31 januari). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?* Onderzoekers | Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek.
<https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>
- Muir, C., Adams, E. A., Evans, V., Geijer-Simpson, E., Kaner, E., Phillips, S. M., ... & McGovern, R. (2023). A systematic review of qualitative studies exploring lived experiences, perceived impact, and coping strategies of children and young people whose parents use substances. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3629-3646.
- O'Farrell, T.J. & Clements, K. (2012). Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 122-44.

O'Farrell, T. J., & Schein, A. Z. (2011). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Family Psychotherapy*, 22(3), 193-215.

Orford, J., Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(sup1), 36-43.

Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibanga, A. (2010). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(sup1), 44-62.

Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social science & medicine*, 78, 70-77.

Patel, J. R. (2016). *Perspectives of addiction treatment professionals regarding family involvement in adult substance abuse treatment: A qualitative study*. Capella University.

Plochg, T., & Van Zwieten, M. C. B. (2007). Kwalitatief onderzoek. *Handboek gezondheidszorgonderzoek*, 77-93.

Powers, M., Vedel, E. & Emmelkamp, P. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 952–962.

Roozen, H. G., De Waart, R., & Van Der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105, 1729–1738.

Rushton, C., Kelly, P. J., Raftery, D., Beck, A., & Larance, B. (2023). The effectiveness of psychosocial interventions for family members impacted by another's substance use: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*, 42(4), 960-977.

Salonen, D., McGovern, R., Sobo-Allen, L., Adams, E., Muir, C., Bourne, J., ... & Kaner, E. (2024). Being and becoming a father in the context of heavy drinking and other substance use—a qualitative evidence synthesis. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 31(2), 163-178.

Sang, J., Patton, R. A., & Park, I. (2022). Comparing perceptions of addiction treatment between professionals and individuals in recovery. *Substance use & misuse*, 57(6), 983-994.

- Templeton, L., Velleman, R., & Russell, C. (2010). Psychological interventions with families of alcohol misusers: A systematic review. *Addiction Research & Theory*, 18(6), 616-648.
- Timko, C., Cronkite, R., Kaskutas L.A., Laudet, A., Roth, J. & Moos, R.H. (2013). Al-Anon family groups: newcomers and members. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 74: 965–76.
- Trimbos-Instituut. (2024, 13 mei). *Hulpaanbod voor naasten*. <https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol/alcohol-en-naasten/hulpaanbod-voor-naasten/>
- Trimbos-Instituut. (2024, 14 oktober). *Nieuwe cijfers drugsgebruik in Nederland in 2023*. <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/nieuwe-cijfers-drugsgebruik-in-nederland-in-2023/>
- Trimbos-Instituut. (2024, 17 april). *Cijfers naasten van problematische drinkers*. <https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol/alcohol-en-naasten/cijfers-naasten-van-problematische-drinkers/>
- Twigg, J., & Atkin, K. (1994). *Carers perceived: policy and practice in informal care*. McGraw-Hill Education (UK).
- Twigg, J. (1989). Models of carers: how do social care agencies conceptualise their relationship with informal carers?. *Journal of social policy*, 18(1), 53-66.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2014). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and alcohol dependence*, 134, 92-98.
- Velleman, R. D., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and alcohol review*, 24(2), 93-109.
- Velleman, R.D. (2010). The policy context: Reversing a state of neglect. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(S1), 8–35.
- VNN. (z.d.). *Over Verslavingszorg Noord Nederland*. <https://www.vnn.nl/over-vnn>
- VNN (z.d.). *Wetenschappelijk onderzoek*. <https://www.vnn.nl/professionals/activiteiten/onderzoek>
- Wilson, S. R., Rodda, S., Lubman, D. I., Manning, V., & Yap, M. B. (2017). How online counselling can support partners of individuals with problem alcohol or other drug use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 78, 56-62.

Bijlagen

Bijlage A Interviewschema's

INTERVIEWSCHEMA VOOR (EX-)CLIËNTEN

<start de audio-opname, benoem interview ID, datum en tijd>

Interview ID: _____ (zie overzicht)

Datum: _____

Tijd: _____

Introductie

In het eerste gedeelte van het gesprek stellen we open vragen over hoe VNN in een ideale wereld naasten zo goed mogelijk zou kunnen ondersteunen en hoe thematiek rondom naasten zo goed mogelijk verwerkt kan worden in de behandeling voor mensen met verslavingsproblematiek. Daarna gaan we in op een aantal specifiekere deelonderwerpen. Als derde zijn we benieuwd in hoeverre uw naasten op de hoogte zijn en/of gebruik hebben gemaakt van verschillende vormen van informatie en ondersteuning. Ten slotte hebben we nog een aantal vragen voor u zodat we zeker weten dat we alle informatie goed in kaart hebben gebracht.

Deel 1: Open vragen

1. In een ideale wereld, hoe kan VNN naasten zo goed mogelijk ondersteunen?
 - Hoe was dit in uw situatie?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?
2. In een ideale wereld, hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten in het behandel- en hersteltraject van de persoon met verslavingsproblematiek?
 - Hoe was dit in uw situatie?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?
3. In een ideale wereld, hoe kan VNN onderwerpen rondom naasten zo goed mogelijk onderdeel maken van de behandeling van mensen met verslavingsproblematiek?
 - Hoe was dit in uw situatie?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?

4. In een ideale wereld, hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten in de behandeling van de persoon met verslavingsproblematiek?
 - Hoe was dit in uw situatie?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?
5. In een ideale wereld, hoe kan VNN naasten zo goed mogelijk ondersteunen na afloop van het (behandel)traject van de persoon met verslavingsproblematiek?
 - Hoe was dit in uw situatie?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?
6. In een ideale wereld, hoe kan VNN bijdragen aan een positief contact tussen naasten en mensen met verslavingsproblematiek?
 - Hoe was dit in uw situatie?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?

Deel 2: Specifieke onderwerpen

7. Aan welke vormen van ondersteuning hebben uw naasten behoefte (gehad)? Wat zou helpend zijn geweest?
 - Ondersteuning vanuit VNN
 - Ondersteuning vanuit andere organisaties
8. Aan welke vormen van ondersteuning heeft u behoefte (gehad) in thematiek rondom naasten? Wat zou helpend zijn geweest?
 - Ondersteuning vanuit VNN
 - Ondersteuning vanuit andere organisaties
9. Wat hebben u en uw naaste(n) nodig om in de toekomst om te herstellen/hersteld te blijven?
10. Hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten in de beginfase van het (behandel)traject?
 - Hoe was uw ervaring met de intake in relatie tot naasten?
11. Hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten gedurende het (behandel)traject?
 - Hoe was uw ervaring met de behandeling in relatie tot thematiek rondom naasten? In hoeverre was het onderdeel van de behandeling?

- Hoe zag samenwerking tussen VNN en uw naasten er uit?
- Hoe zou volgens u de ideale samenwerking tussen naasten en professionals van VNN er uit moeten zien?
 - § Op welke manier wordt contact onderhouden?
 - § Met wie wordt contact onderhouden?
 - § Wanneer en hoe vaak wordt contact onderhouden?

12. Hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten na afloop van het (behandel)traject?

- In hoeverre zou VNN contact moeten onderhouden met naasten? Wanneer en op welke manier?
- In hoeverre zou VNN contact moeten onderhouden met personen met verslavingsproblematiek? Wanneer en op welke manier?
- Hoe zou de eventuele overdracht naar andere hulporganisaties er uit moeten zien?

13. Hoe zou VNN naasten zo goed mogelijk kunnen informeren?

- Over verslavingsproblematiek en hoe daarmee om te gaan
- Over de behandeling
- Over de mogelijkheden voor ondersteuning voor naasten zelf
- Over de mogelijke betrokkenheid van naasten bij de behandeling van de persoon met verslavingsproblematiek
- Welke vorm van informatievoorziening is hiervoor het meest passend?
 - § Website, folder, persoonlijk, etc.
 - § Op welk moment zou deze informatie verstrekt moeten worden?

14. Hoe zou volgens u VNN idealiter samen met andere organisaties moeten samenwerken in thematiek rondom naasten?

- Welk verschil zou dat voor uw naaste maken of gemaakt hebben?
- Welk verschil zou u maken of gemaakt hebben?

15. Zijn er nog andere onderwerpen die voor u belangrijk zijn en die nog niet aan bod zijn gekomen?

16. Wat vond u van de vragen? In hoeverre vindt u dat we de juiste vragen stellen?

Deel 3: Vormen van ondersteuning vanuit VNN

Met welke ondersteuningsvormen geboden door VNN bent u bekend, en van welke vormen hebben uw naasten gebruik gemaakt?

	Ben ik mee bekend (ja/nee)	Heb ik gebruik van gemaakt (ja/nee)
Informatie op de website		
Informatiefolders		
Telefonisch algemeen nummer van VNN		
Chatservice van VNN		
Preventief adviesgesprek – telefonisch. Zo ja, alleen of met anderen?		
Preventief adviesgesprek – face-to-face. Zo ja, alleen of met anderen?		
Voorlichting buiten VNN		
Gespreskgroep		
Helpcursus		
Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)		
KOPP-KOV (gesprekken voor kind(eren), gezin, of groepsaanbod kinderen)		
Gesprek(ken) met hulpverlener(s). Zo ja, wie?		
Bijwonen intake		
Multidimensionele familietherapie (MDFT)		
Systeemgesprek: intake		
Systeemtherapie		
Bijeenkomsten voor familie en naasten		
Voorlichting voor naasten behandelafdeling		
Familevertrouwenspersoon		
Eigen kracht conferentie		
Behandeling voor naaste zelf (zoals EMDR). Zo ja, welke?		
Anders, namelijk....		

-------------------------	--	--

Met welke overige vormen van ondersteuning (niet van VNN) bent u bekend, en hebben uw naasten gebruik van gemaakt?

	Ben ik mee bekend (ja/nee)	Heb ik gebruik van gemaakt (ja/nee)
Zelfhulp (groep)		
Informatie op websites		
Chatten		
De Luisterlijn		
Aanbod huisarts/praktijkondersteuner huisarets		
Aanbod wijkteam/sociaal team		
KOPP/KOV van andere aanbieder		
Gespreksgroep andere Instelling voor Verslavingszorg		
Naastenaanbod andere Instelling voor Verslavingszorg		
Anders, namelijk: 		

---	--	--

Deel 4: Vragenlijst

Ten slotte hebben we nog een aantal vragen om een goed beeld te krijgen van uw situatie. Als er vragen zijn die u liever niet wilt beantwoorden, dan kunt u deze overslaan.

1. Wat is uw leeftijd?

_____ (in jaren)

2. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Anders

3. Wat is uw hoogst behaalde opleidingsniveau?

- ☐ Basisonderwijs
- ☐ Middelbare school: VMBO
- ☐ Middelbare school: HAVO, VWO
- ☐ Hoger onderwijs (HBO, WO)
- ☐ Anders, namelijk (vul in):

4. Wat is op dit moment uw verhouding tot VNN?

- ☐ Cliënt
- ☐ Voormalig cliënt
- ☐ Ervaringsdeskundig
- ☐ Anders, namelijk (vul in):

5. Welke naaste(n) heeft/hebben een rol gespeeld in uw behandel- en/of hersteltraject? Meerdere opties zijn mogelijk.

- ☐ Vader/moeder

- ☐ Kind
- ☐ Broer/zus
- ☐ Oom/tante
- ☐ Grootouder
- ☐ Neef/nicht
- ☐ Ander familielid
- ☐ Vriend
- ☐ Buurman/-vrouw
- ☐ Kennis
- ☐ Collega
- ☐ Anders, namelijk: _____

6. Welke vorm(en) van verslaving zijn/waren van toepassing op u? (meerdere opties mogelijk)

- ☐ Alcohol
- ☐ Nicotine (sigaretten, shag, sigaren, pijp, snuif-, pruimtabak)
- ☐ Cannabis (hasjiesj, marihuana, wiet)
- ☐ Opiaten (methadon, heroïne, overige opiaten)
- ☐ Cocaïne (crack, gekookte (base) coke, snuifcoke)
- ☐ Stimulantia (Amfetamines, khat, pepmiddelen, Ponderal, Ritalin, speed)
- ☐ Ecstasy/XTC (MDMA of andere psychedelische amfetaminen zoals MDEA, MDA of 2CB)
- ☐ Andere middelen (drugs, bijvoorbeeld: psychedelica, inhalantia, poppers, GHB, paddo's)
- ☐ Sedativa (Barbituraten, benzodiazepines kalmerings-slaapmiddelen, tranquilizers, bv. Dalmadorm, Librium, Mogadon, Normison, Rohypnol, Seresta, Temesta, Valium, Xanax)
- ☐ 3-MMC
- ☐ Gokken
- ☐ Gamen
- ☐ Seks
- ☐ Anders, namelijk: _____

7. Was er bij uw (behandel)traject sprake van door de rechter opgelegde zorg in het kader van een delict?

- ☐ Ja

- ☐ Nee
- ☐ Anders, namelijk: _____

8. Welke vormen van zorg zijn/waren van toepassing voor u?

- ☐ Ambulante/poliklinische behandeling
- ☐ Klinische opname
- ☐ Bemoeizorg
- ☐ Outreachende zorg/FACT
- ☐ Reclassering
- ☐ Forensische zorg
- ☐ Anders, namelijk: _____

9. Was er ook sprake van andere psychische stoornissen gedurende uw behandeling voor verslavingsproblematiek?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Anders, namelijk: _____

10. Hoelang bent u in gebruik (geweest)? Als u het niet zeker weet, geef dan een schatting.

_____ (in jaren)

11. Op welke leeftijd is uw verslavingsproblematiek begonnen? Als u het niet zeker weet, geef dan een schatting.

_____ (leeftijd in jaren)

12. Waar bent u op dit moment in uw behandeling?

13. Wanneer is uw behandeling voor verslavingsproblematiek begonnen? Als u het niet zeker weet, geef dan een schatting

_____ (jaartal)

14. In welke provincie bent u woonachtig?

- ☐ Groningen
- ☐ Friesland
- ☐ Drenthe
- ☐ Anders, namelijk: _____

Dit waren alle vragen. Hartelijk dank voor uw deelname aan het onderzoek!

<stop de audio-opname>

INTERVIEWSCHEMA VOOR NAASTEN

<start de audio-opname, benoem interview ID, datum en tijd>

Interview ID: _____ (zie overzicht)

Datum: _____

Tijd: _____

Introductie

In het eerste gedeelte van het gesprek stellen we open vragen over hoe VNN in een ideale wereld naasten zo goed mogelijk zou kunnen ondersteunen en zou kunnen samenwerken in de behandeling van personen met verslavingsproblematiek. Daarna gaan we in op een aantal specifiekere deelonderwerpen. Als derde zijn we benieuwd in hoeverre u op de hoogte bent en/of gebruik heeft gemaakt van verschillende vormen van informatie en ondersteuning voor naasten. Ten slotte hebben we nog een aantal vragen voor u zodat we zeker weten dat we alle informatie goed in kaart hebben gebracht.

Deel 1: Open vragen

1. In een ideale wereld, hoe kan VNN naasten zo goed mogelijk ondersteunen?
 - Hoe was dit in uw situatie?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?
2. In een ideale wereld, hoe kan VNN zo goed mogelijk samenwerken met naasten in de behandeling van de persoon met verslavingsproblematiek?
 - Hoe was dit in uw situatie?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?

3. In een ideale wereld, hoe kan VNN onderwerpen rondom naasten zo goed mogelijk onderdeel maken van de behandeling van mensen met verslavingsproblematiek?
 - Hoe was dit in uw situatie?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?
4. In een ideale wereld, hoe kan VNN naasten zo goed mogelijk ondersteunen na afloop van het (behandel)traject van de persoon met verslavingsproblematiek?
 - Hoe was dit in uw situatie?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?
5. In een ideale wereld, hoe kan VNN bijdragen aan een positief contact tussen naasten en de persoon met verslavingsproblematiek?
 - Hoe was dit in uw situatie?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?

Deel 2: Specifieke onderwerpen

6. Aan welke vormen van ondersteuning heeft u als naaste behoefte (gehad)? Wat zou helpend zijn geweest?
 - Ondersteuning vanuit VNN
 - Ondersteuning vanuit andere organisaties
7. Aan welke vormen van ondersteuning heeft de persoon met verslavingsproblematiek behoefte (gehad)? Wat zou helpend zijn geweest?
 - Ondersteuning vanuit VNN
 - Ondersteuning vanuit andere organisaties
8. Wat hebben u en uw naaste(n) nodig om in de toekomst om te herstellen/hersteld te blijven?
9. Hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten in de beginfase van het (behandel)traject?
 - Hoe was uw ervaring met de intake van uw naaste?
10. Hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten gedurende het (behandel)traject?
 - Hoe was uw ervaring met de behandeling van uw naaste?
 - Hoe zag samenwerking tussen u en VNN er uit?

- Hoe zou volgens u de ideale samenwerking tussen naasten en professionals van VNN er uit moeten zien?
 - Op welke manier wordt contact onderhouden?
 - Met wie wordt contact onderhouden?
 - Wanneer en hoe vaak wordt contact onderhouden?
11. Hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten na afloop van het (behandel)traject?
- In hoeverre zou VNN contact moeten onderhouden met naasten? Wanneer en op welke manier?
 - In hoeverre zou VNN contact moeten onderhouden met personen met verslavingsproblematiek? Wanneer en op welke manier?
 - Hoe zou de eventuele overdracht naar andere hulporganisaties er uit moeten zien?
12. Hoe zou VNN naasten zo goed mogelijk kunnen informeren?
- Over verslavingsproblematiek en hoe daarmee om te gaan
 - Over de behandeling van de persoon met verslavingsproblematiek
 - Over de mogelijkheden voor ondersteuning voor naasten zelf
 - Over de mogelijke betrokkenheid van naasten bij de behandeling van de persoon met verslavingsproblematiek
 - Welke vorm van informatievoorziening is hiervoor het meest passend?
 - Website, folder, persoonlijk, etc.
 - Op welk moment zou deze informatie verstrekt moeten worden?
13. Hoe zou volgens u VNN idealiter samen met andere organisaties moeten samenwerken in thematiek rondom naasten?
- Welk verschil zou dat voor u als naaste maken of gemaakt hebben?
 - Welk verschil zou dat voor de persoon met verslavingsproblematiek maken of gemaakt hebben?
14. Zijn er nog andere onderwerpen die voor u belangrijk zijn en die nog niet aan bod zijn gekomen?
15. Wat vond u van de vragen? In hoeverre vindt u dat we de juiste vragen stellen?

Deel 3: Vormen van ondersteuning vanuit VNN

Met welke ondersteuningsvormen geboden door VNN bent u bekend, en van welke vormen heeft u gebruik gemaakt?

	Ben ik mee bekend (ja/nee)	Heb ik gebruik van gemaakt (ja/nee)
Informatie op de website		
Informatiefolders		
Telefonisch algemeen nummer van VNN		
Chatservice van VNN		
Preventief adviesgesprek – telefonisch. Zo ja, alleen of met anderen?		
Preventief adviesgesprek – face-to-face. Zo ja, alleen of met anderen?		
Voorlichting buiten VNN		
Gespreskgroep		
Helpcursus		
Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)		
KOPP-KOV (gesprekken voor kind(eren), gezin, of groepsaanbod kinderen)		
Gesprek(ken) met hulpverlener(s). Zo ja, wie?		
Bijwonen intake		
Multidimensionele familietherapie (MDFT)		
Systeemgesprek: intake		
Systeemtherapie		
Bijeenkomsten voor familie en naasten		
Voorlichting voor naasten behandelafdeling		
Familievertrouwenspersoon		
Eigen kracht conferentie		
Behandeling voor naaste zelf (zoals EMDR). Zo ja, welke?		
Anders, namelijk....		

-------------------------	--	--

Met welke overige vormen van ondersteuning (niet van VNN) bent u bekend, en heeft u gebruik van gemaakt?

	Ben ik mee bekend (ja/nee)	Heb ik gebruik van gemaakt (ja/nee)
Zelfhulp(groep)		
Informatie op andere websites		
Chatten		
De Luisterlijn		
Aanbod huisarts/praktijkondersteuner huisarts		
Aanbod wijkteam/sociaal team		
KOPP/KOV van andere aanbieder		
Gespreksgroep andere Instelling voor Verslavingszorg		
Naastenaanbod andere Instelling voor Verslavingszorg		
Anders, namelijk: 		

--	--	--

Deel 4: Vragenlijst

Ten slotte hebben we nog een aantal vragen om een goed beeld te krijgen van uw situatie. Als er vragen zijn die u liever niet wilt beantwoorden, dan kunt u deze overslaan.

1. Wat is uw leeftijd?

_____ (in jaren)

2. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw
- Anders

3. Wat is uw hoogst behaalde opleidingsniveau?

- Basisonderwijs
- Middelbare school: VMBO
- Middelbare school: HAVO, VWO
- Hoger onderwijs (HBO, WO)
- Anders, namelijk (vul in):

4. Wat is uw relatie tot de persoon met verslavingsproblematiek?

- Vader/moeder
- Kind
- Broer/zus
- Oom/tante
- Grootouder
- Neef/nicht
- Ander familielid
- Vriend
- Buurman/-vrouw
- Kennis
- Collega

- Anders, namelijk: _____
5. Welke vorm(en) van verslaving zijn/waren van toepassing op uw naaste? (meerdere opties mogelijk)
- Alcohol
 - Nicotine (sigaretten, shag, sigaren, pijp, snuif-, pruimtabak)
 - Cannabis (hasjiesj, marihuana, wiet)
 - Opiaten (methadon, heroïne, overige opiaten)
 - Cocaïne (crack, gekookte (base) coke, snuifcoke)
 - Stimulantia (Amfetamines, khat, pepmiddelen, Ponderal, Ritalin, speed)
 - Ecstasy/XTC (MDMA of andere psychedelische amfetaminen zoals MDEA, MDA of 2CB)
 - Andere middelen (drugs, bijvoorbeeld: psychedelica, inhalantia, poppers, GHB, paddo's)
 - Sedativa (Barbituraten, benzodiazepines kalmerings-slaapmiddelen, tranquilizers, bv. Dalmadorm, Librium, Mogadon, Normison, Rohypnol, Seresta, Temesta, Valium, Xanax)
 - 3-MMC
 - Gokken
 - Gamen
 - Seks
 - Anders, namelijk: _____
6. Was er bij de zorg van de persoon met verslavingsproblematiek sprake van door de rechter opgelegde zorg in het kader van een delict?
- Ja
 - Nee
 - Anders, namelijk: _____
7. Welke vormen van zorg zijn/waren van toepassing voor de persoon met verslavingsproblematiek? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Ambulante/poliklinische behandeling
 - Klinische opname
 - Bemoeizorg
 - Outreachende zorg/FACT

- Reclassering
- Forensische zorg
- Anders, namelijk: _____

8. Was er bij de persoon met verslavingsproblematiek ook sprake van andere psychische stoornissen?

- Ja
- Nee
- Anders, namelijk: _____

9. Hoelang is uw naaste in gebruik (geweest)? Als u het niet zeker weet, geef dan een schatting.

_____ (in jaren)

10. Op welke leeftijd is de verslavingsproblematiek van uw naaste begonnen? Als u het niet zeker weet, geef dan een schatting.

_____ (leeftijd in jaren)

11. Waar is uw naaste op dit moment in zijn/haar behandeling voor verslavingsproblematiek?

12. Wanneer is de behandeling voor verslavingsproblematiek van uw naaste begonnen? Als u het niet zeker weet, geef dan een schatting

_____ (jaartal)

13. In welke provincie bent u woonachtig?

- Groningen
- Friesland
- Drenthe
- Anders, namelijk: _____

Dit waren alle vragen. Hartelijk dank voor uw deelname aan het onderzoek!

<stop de audio-opname>

INTERVIEWSCHEMA VOOR PROFESSIONALS

<start de audio-opname, benoem interview ID, datum en tijd>

Interview ID: _____ (zie overzicht)

Datum: _____

Tijd: _____

Introductie

In het eerste gedeelte van het gesprek stellen we open vragen over hoe VNN in een ideale wereld naasten zo goed mogelijk zou kunnen ondersteunen en zou kunnen samenwerken met naasten bij de behandeling van personen met verslavingsproblematiek. Daarna gaan we in op een aantal specifiekere deelonderwerpen. Als derde zijn we benieuwd in hoeverre u op de hoogte bent van verschillende vormen van informatie en ondersteuning voor naasten. Ten slotte hebben we nog een aantal vragen voor u zodat we zeker weten dat we alle informatie goed in kaart hebben gebracht.

Deel 1: Open vragen

1. In een ideale wereld, hoe kan VNN naasten van cliënten zo goed mogelijk ondersteunen?
 - Hoe ziet dit er nu uit?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?
2. In een ideale wereld, hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten in het behandel- en hersteltraject van cliënten?
 - Hoe ziet dit er nu uit?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?
3. In een ideale wereld, hoe kan VNN onderwerpen rondom naasten zo goed mogelijk onderdeel maken van de behandeling van cliënten?
 - Hoe ziet dit er nu uit?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?
4. In een ideale wereld hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten in de behandeling van cliënten?
 - Hoe ziet dit er nu uit?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?

5. In een ideale wereld, hoe kan VNN naasten zo goed mogelijk ondersteunen na afloop van het (behandel)traject van cliënten?
 - Hoe ziet dit er nu uit?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?
6. In een ideale wereld, hoe kan VNN bijdragen aan een positief contact tussen naasten en cliënten?
 - Hoe ziet dit er nu uit?
 - Wat zou er moeten veranderen om tot de optimale situatie te komen?

Deel 2: Deelvragen/Specifieke onderwerpen

7. Hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten in de beginfase van het (behandel)traject?
 - Hoe ziet de optimale intake er uit?
8. Hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten gedurende het (behandel)traject?
 - Hoe zou volgens u de ideale samenwerking tussen professionals van VNN en naasten er uit moeten zien?
 - § Op welke manier wordt contact onderhouden?
 - § Met wie wordt contact onderhouden?
 - § Wanneer en hoe vaak wordt contact onderhouden?
9. Hoe zou VNN het beste kunnen samenwerken met naasten na afloop van het (behandel)traject?
 - In hoeverre zou VNN contact moeten onderhouden met naasten? Wanneer en op welke manier?
 - In hoeverre zou VNN contact moeten onderhouden met ex-cliënten? Wanneer en op welke manier?
 - Hoe zou de eventuele overdracht naar andere hulporganisaties er uit moeten zien?
10. Hoe zou de registratie van informatie over naasten eruit moeten zien?
 - Hoe gaat dit nu?
 - Wat moet er veranderen/gebeuren om tot een optimale situatie te komen?
11. Hoe zou VNN naasten zo goed mogelijk kunnen informeren?

- Over verslavingsproblematiek en hoe daarmee om te gaan
- Over de behandeling van de cliënt
- Over de mogelijkheden voor ondersteuning voor naasten zelf
- Over de mogelijke betrokkenheid van naasten bij de behandeling van de persoon met verslavingsproblematiek
- Welke vorm van informatievoorziening is hiervoor het meest passend?
 - § Website, folder, persoonlijk, etc.
 - § Op welk moment zou deze informatie verstrekt moeten worden?

12. Hoe zou volgens u VNN idealiter samen met andere organisaties moeten samenwerken in thematiek rondom naasten?

- Welk verschil zou dat voor naasten maken?
- Welk verschil zou dat voor cliënten maken?

13. Wat zijn belemmerende factoren in het samenwerken met naasten?

- Wat zouden oplossingsrichting kunnen zijn?

14. VNN wordt gekenmerkt door een grote verscheidenheid aan locaties en zorgsoorten, soms met hun eigen werkwijzen. Hoe zou VNN hiermee om kunnen gaan in het kader van het ontwikkelen van een naastenbeleid en systematische toepassing hiervan?

- Hoe moeten we hierbij omgaan met de verschillende zorgsoorten (bijv. klinisch, poliklinisch, jeugd, forensisch, etc.)?
- Hoe moeten we hierbij omgaan met de verschillen tussen locaties?
- Hoe kunnen we toewerken naar een systematische toepassing van een naastenbeleid binnen VNN?

Deel 4: Afsluiting

15. Zijn er andere onderwerpen en/of ideeën over de betrekking van naasten die u nog zou willen bespreken?

16. Wat vond u van de vragen? In hoeverre vindt u dat we de juiste vragen stellen?

Deel 3: Vormen van ondersteuning vanuit VNN

Met welke ondersteuningsvormen geboden door VNN bent u bekend?

	Ben ik mee bekend (ja/nee)
Informatie op de website voor naasten	
Informatiefolders voor naasten	
Telefonisch algemeen nummer van VNN (voor naasten)	
Chatservice van VNN (voor naasten)	
Preventief adviesgesprek – telefonisch. Zo ja, alleen of met anderen?	
Preventief adviesgesprek – face-to-face. Zo ja, alleen of met anderen?	
Voorlichting buiten VNN	
Gespreksgroep voor naasten	
Helpcursus	
Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)	
KOPP-KOV (gesprekken voor kind(eren), gezin, of groepsaanbod kinderen)	
Gesprek(ken) met hulpverlener(s) voor naasten. Zo ja, wie?	
Bijwonen intake voor naasten	
Multidimensionele familietherapie (MDFT)	
Systeemgesprek: intake	
Systeemtherapie	
Bijeenkomsten voor familie en naasten	
Voorlichting voor naasten behandelafdeling	
Familevertrouwenspersoon	
Eigen kracht conferentie	
Behandeling voor naaste zelf (zoals EMDR). Zo ja, welke?	
Anders, namelijk.... _____ _____	

-------------	--

Met welke overige vormen van ondersteuning (niet van VNN) bent u bekend?

	Ben ik mee bekend (ja/nee)
Zelfhulp (groep) voor naasten	
Informatie op websites voor naasten	
Chatten voor naasten	
De Luisterlijn	
Aanbod huisarts/praktijkondersteuner huisarts voor naasten	
Aanbod wijkteam/sociaal team voor naasten	
KOPP/KOV van andere aanbieder	
Gespreksgroep andere instelling voor verslavingszorg	
Naastenaanbod andere instelling voor verslavingszorg	
Anders, namelijk: 	

Deel 4: Vragenlijst

1. Hoelang werkt u in de verslavingszorg?

_____ (in jaren)

2. Hoelang werkt u al bij VNN?

_____ (in jaren)

3. Welke functie heeft u bij VNN?

4. Bij welke locatie van VNN bent u werkzaam?

5. Wat is uw hoogst behaalde opleidingsniveau?

- ☐ Basisonderwijs
- ☐ Middelbare school: VMBO
- ☐ Middelbare school: HAVO, VWO
- ☐ Hoger onderwijs (HBO, WO)
- ☐ Anders, namelijk (vul in):

6. Welke opleiding heeft u gevolgd?

7. Wat is uw leeftijd?

_____ (in jaren)

8. Bent u...

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Anders

Bijlage B Toestemmingsformulier

Onderzoek 'Naasten & verslavingszorg'

Beste,

Graag willen wij u uitnodigen om deel te nemen aan ons onderzoek naar 'Naasten & verslavingszorg'. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de afdeling onderzoek van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN). Het doel van het onderzoek is om te verkennen hoe VNN naasten zo optimaal mogelijk kan samenwerken met naasten en kan ondersteunen bij de zorg voor mensen met verslavingsproblematiek. Uw ervaringen en perspectieven zijn hierbij van groot belang.

Waarom?

Met dit onderzoek willen wij advies geven over de vraag of het huidige aanbod van VNN voor naasten voldoende is, of dit voldoende bekend is bij medewerkers, cliënten en naasten, en hoe het geoptimaliseerd kan worden.

Wat betekent meedoen aan het onderzoek?

Tijdens een interview zullen wij u vragen stellen over **uw ideeën en ervaringen** met betrekking tot dit thema. Het gesprek duurt **maximaal een uur**.

Deelname aan het onderzoek is geheel **vrijwillig**. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Als u een vraag niet wilt beantwoorden of als u op enig moment wilt stoppen met het onderzoek, kunt u dit zonder gevolgen aangeven. U hoeft geen redenen op te geven voor het weigeren of stoppen van uw deelname. Er zijn geen fysieke, juridische of economische risico's verbonden aan uw deelname.

Wat gebeurt er met uw antwoorden?

Uw privacy wordt maximaal beschermd. Er worden geen vertrouwelijke informatie of persoonsgegevens van of over u naar buiten gebracht. Het onderzoek is **anoniem** en de antwoorden die u geeft zijn niet terug te herleiden naar u als persoon. De gegevens worden opgeslagen in een beveiligde digitale omgeving van VNN en niet gedeeld met andere organisaties. Alleen de onderzoekers van ons team hebben toegang tot uw antwoorden. Na tien jaar worden de gegevens verwijderd.

Tijdens het interview worden **audio-opnames** gemaakt. Dit doen we alleen als u hiervoor toestemming geeft. Dit zullen we zo nog vragen. De audio-opnames gebruiken we alleen om het interview uit te werken. Nadat de opname is verwerkt, wordt de opname gewist.

Wanneer u van gedachten veranderd en besluit om niet meer mee te willen doen aan het onderzoek, dan kunt u dit op elk moment aangeven. De audio-opname wordt vervolgens verwijderd. Het stoppen met deelname aan het onderzoek heeft geen gevolgen voor u. Dit kan ook wanneer het interview al afgelopen is. Als u dan alsnog besluit om te stoppen met deelname aan het onderzoek, dan kunt u dit doorgeven aan ons. De audio-opname wordt vervolgens verwijderd.

Het interview wordt verwerkt in een onderzoeksverslag. **Wij zorgen ervoor dat u niet herleidbaar bent in de verslaglegging.** Uw naam en andere persoonlijke gegevens zullen niet in het verslag worden opgenomen.

Heeft u vragen over het onderzoek?

Neem contact op met Simon Venema (coördinator afdeling onderzoek) via onderzoek@vnn.nl.

Toestemmingsformulier

Wilt u meedoen aan het onderzoek?

☐

Ja, ik geef toestemming om mee te doen aan het onderzoek.

Ik ben voldoende geïnformeerd over het onderzoek en heb geen verdere vragen.

☐

Nee, ik doe niet mee aan het onderzoek.

Als u niet meedoet aan het onderzoek, zou u dan aan willen geven waarom u niet meedoet?

Dit is niet verplicht, maar helpt ons wel om het onderzoek te verbeteren.

Gaat u akkoord dat we audio-opnames maken tijdens het interview? *Deze opnamen worden alleen voor onderzoek gebruikt en worden nooit gedeeld met andere partijen.*

☐

Ja

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nee

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

De onderzoeker verklaart door het ondertekenen van dit formulier dat het toestemmingsformulier naar waarheid is ingevuld:

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

Bijlage C Tabellen met kenmerken van participanten

Tabel 1 Cliënten

ID	Geslacht	Leeftijd	Verhouding tot VNN	Setting	Duur
C1	Man	31	Voormalig cliënt, ervaringsdeskundig	Online	52m39s
C2	Vrouw	55	Voormalig cliënt	Face-to-face	45m30s
C3	Vrouw	47	Voormalig cliënt, ervaringsdeskundig, anders: vrijwilliger	Online	1u6m20s
C4	Man	54	Ervaringsdeskundig	Face-to-face	52m29s
C5	Vrouw	56	Ervaringsdeskundig	Face-to-face	59m21s
C6	Vrouw	69	Voormalig cliënt, anders: vrijwilliger	Online	57m25s
C7	Vrouw	46	Ervaringsdeskundig	Online	1u9m14s
C8	Man	26	Cliënt	Face-to-face	1u3m38s
C9	Man	32	Cliënt	Face-to-face	42m4s

Tabel 2 Naasten

ID	Geslacht	Leeftijd	Relatie tot cliënt	Setting	Duur
N1	Vrouw	64	Vader/moeder	Online	1u2m53s
N2	Vrouw	42	Partner	Online	1u2m52s
N3	Vrouw	54	Vader/moeder	Online	57m31s
N4	Vrouw	58	Vader/moeder	Online	59m23s
N5	Vrouw	65	Vader/moeder, broer/zus	Online	55m36s
N6	Vrouw	56	Vader/moeder	Online	38m48s
N7	Vrouw	26	Partner	Online	52m32s
N8	Vrouw	40	Kind	Face-to-face	1u0m34s
N9	Vrouw	23	Kind	Online	48m21s
N10	Vrouw	29	Ex-partner	Online	59m23s
N11	Man	24	Kind	Online	54m35s

Tabel 3 Professionals

ID	Geslacht	Leeftijd	Functie	Setting	Duur
P1	Man	54	Psychiater	Online	58m56s
P2	Vrouw	57	Ambulant behandelaar	Online	48m9s
P3	Vrouw	30	Ambulant hulpverlener	Face-to-face	49m52s
P4	Vrouw	43	Preventiefunctionaris	Online	50m15s
P5	Vrouw	44	Gezin- en relatietherapeut	Online	46m25s
P6	Vrouw	49	Systemisch therapeutisch werker, kom medewerker en ggz agoog	Face-to-face	1u8m24s
P7	Man	47	Verpleegkundig specialist ggz	Online	42m57s
P8	Vrouw	54	Verpleegkundig specialist en regiebehandelaar	Online	55m46s
P9	Vrouw + man	48 + 36	Behandelaar ggz agoog maatschappelijk werker/zorg houder	Face-to-face	1u6m0s
P10	Vrouw	41	Ambulant hulpverlener en manager	Face-to-face	57m47s

Bijlage D Codeboek

Thema 1: Naasten als structurele partners in vroegtijdige samenwerking

Code	Type	Toelichting	Quote
Behoeftte aan vroegtijdige betrokkenheid naasten	Inductief	Zowel cliënten als naasten geven aan dat het waardevol is als naasten al vroeg in het traject betrokken worden, om een goede basis voor samenwerking te leggen.	<i>“Ik zou het zo vroeg mogelijk, zo snel als het kan, bij de naasten, ja, het liefst gelijk bij de intake, in kaart brengen.”</i>
Vroegtijdige bespreking en positionering van naasten in het behandeltraject	Inductief	Cliënten, naasten en professionals pleiten voor vroegtijdige bespreking en positionering van naasten in het behandeltraject.	<i>“Dus van, ja, het liefst bij zo'n intake, gewoon die naasten erbij en gewoon uitleggen van dit is er aan de hand, dit zijn de mogelijkheden, dit is wat VNN te bieden heeft, waaraan hebben jullie behoefte, hoe kunnen we de zaken op elkaar aan laten sluiten, moet er iets nieuws gebeuren.”</i>
Belang betrekken naasten	Inductief	Het betrekken van naasten draagt bij aan het herstelproces van de cliënt en voorkomt overbelasting bij de naaste.	<i>“Ik denk dat de naasten het er net zo moeilijk mee hebben als iemand die in herstel is, misschien nog wel meer. Dus ik vind dat je bij zulke dingen je naasten toch eigenlijk wel moet betrekken. Dat is belangrijk.”</i>
Naasten als motivatiebron	Inductief	Naasten (bijv. kinderen) vormen een belangrijke motivatiebron voor cliënten om af te kicken of in herstel te blijven.	<i>“Ik heb ook nog een zoon en daar heb ik wel een bepaalde verantwoordelijkheid voor. En als ik die verantwoordelijkheid niet pak dan heeft hij een grote kans dat hij niet een goed leven krijgt of minstens een slecht leven krijgt dan wat hij heeft verdiend omdat zijn moeder en zijn vader dan ook nog verslaafd zijn. Dus toen dacht ik van oké weet je, ik moet gewoon aan mezelf werken en de verslaving overwinnen om hem een beter leven te gunnen. Dus dat was mijn insteek.”</i>
Naasten als triggers	Inductief	Sommige naasten worden door cliënten als emotionele of verslavingsgerelateerde triggers ervaren.	<i>“Ik heb juist dat contact tijdens mijn opname verbroken met mijn naasten, met mijn familie. Omdat zij mijn triggers waren.”</i>
Transparantie over contact met naasten	Inductief	Cliënten ervaren het als belangrijk om zelf regie te hebben over wat met naasten gedeeld wordt.	<i>“Nou ik denk dat het, volgens mij, het gaat om de client. Het moet naar mijn idee gewoon in het dossier van de cliënt staan met wie je contact hebt en wat er dan besproken is.”</i>

Behoeftte aan maatwerk	Deductief	Wens voor gepersonaliseerde ondersteuning, ook voor naaste zelf.	<i>“Dat is maar net wanneer het nodig is. Het kan soms gelijk in het begin al zijn, het kan soms later in het traject zijn. Nogmaals, dat is maatwerk. Ik geloof echt niet dat je daar een vast stramien voor kunt bewegen.”</i>
Belemmering door handelingsverlegenheid	Deductief	Zorgprofessionals voelen zich onzeker of onvoldoende toegerust om naasten actief te betrekken.	<i>“Ja, maar dat behandelaars, sociotherapeuten, woning begeleiders, wie dan ook maar, ook bijna een soort van interventieboekje hebben met wat doe ik nou eigenlijk? En waarom doe ik dat dan? En hoe doe ik dat dan? En dat ze gewoon niet te bang zijn.”</i>
Naasten als co-cliënt	Deductief	De naaste wordt zelf erkend als zorgbehoevend persoon met eigen ondersteuning.	<i>“Ja, dan had je soms familie, die konden ook wel wat hulp gebruiken, zeg maar.”</i>
Naasten als intermediair	Deductief	De naaste fungeert als brug of vertaler tussen cliënt en professional.	<i>“Wat ik bijvoorbeeld wel vanuit de literatuur zie is dat je bijvoorbeeld, je hebt wel van die modellen waarbij de cliënt echt een naaste aanwijst als de belangrijkste persoon in iemands leven. En dan is dat jouw ingebrachte mentor. En ik denk dat zoiets eigenlijk wel heel mooi zou zijn. Dat je dus ook echt een vertegenwoordiger van de cliënt hebt die intensief meegenomen wordt. En waar we nauw contact mee kunnen houden.”</i>
Behoeftte aan laagdrempelig contact met professionals	Inductief	Vraag naar online bijeenkomsten, Whatsapp-groepen, webinars of digitale informatievoorziening.	<i>“Op het moment dat er weer een behoefte is van, wij willen toch af en toe even ruggespraak kunnen houden met iemand van VNN of met een soort consultfunctie of hey ik loop daar of daar tegenaan of hey je hebt een terugval of hey je doet dit en dat, hoe ga ik daar mee om?”</i>
Autonomie van cliënt	Deductief	Cliënten willen regie behouden en zelf kiezen of naasten betrokken zijn.	<i>“Maar ik denk vaak wel vanuit een partner die er nog wel betrokken bij, die van alles regelt, maar die dan voor de rest buiten wordt gehouden omdat een cliënt zegt ik wil dat niet. Volgens mij moeten we daar meer op doorvragen. Omdat als een cliënt dat zegt, mogen we ook echt niks.”</i>
Belemmering door conflict of verstoorde relaties	Deductief	Relaties met naasten zijn beschadigd of conflictueus, waardoor samenwerking lastig is.	<i>“Ja van geweld en dat is ook wel een van de redenen waarom ze soms geen contact meer hebben met familieleden omdat ze dan ruzie hebben gehad of dat die mensen er niet meer zijn of dat ze dusdanige trauma's hebben opgelopen in het verleden dat ze geen contact meer hebben met familieleden. Ja,</i>

			<i>het is vaker dat ze er niet zijn dan dat ze er wel zijn.”</i>
Belemmering door gebrek aan kennis of training	Deductief	Professionals hebben geen of weinig scholing gehad in naastengericht werken.	<i>“Nou, dat ze het heel ingewikkeld vinden op het moment dat ze bijvoorbeeld iets gaan doen daarin, van wat kom je dan tegen? En kom je dan iets tegen wat een systemische interventie vraagt, die ze niet kunnen bieden? Dus ja, waar kom je dan aan? Dus dat gaat heel erg over, wat is de grens van je eigen expertise, zeg maar? En wat laat je over aan een specialist?”</i>

Thema 2: Kennis en begrip als fundament voor samenwerking

Code	Type	Toelichting	Quote
Behoeftte aan informatiepakketten	Inductief	Vraag naar folders, filmpjes en andere toegankelijke middelen voor cliënten en hun naasten.	<i>“Dus ik denk dat het allermooiste zou zijn als er gewoon een verzameling zou zijn. Heel veel dingen zijn ook vrijblijvend en gratis. Net als jullie naasten programma. We maken er een soort startpagina van waar alles op staat. Dan kan iedereen gewoon zelf kiezen wat bij hem of haar past.”</i>
Behoeftte aan duidelijke communicatie en rolverdeling	Inductief	Er is behoefte aan heldere communicatie over wat naasten kunnen verwachten, wat hun rol is en wat de grenzen zijn.	<i>“Ik neem zelf heel veel initiatief. En ik sta ook meer op de contacten en organiseer de agenda van mijn partner als dat dan niet goed op orde is. Maar als er wat is, dan trek ik aan de bel en dan neem ik contact op. Dus ik zoek het zelf heel erg. Maar ja, ik zou dat toch wel liever zien dat ze ook mij bijvoorbeeld een keer benaderen.”</i>
Behoeftte aan voorlichting voor naasten	Inductief	Naasten willen beter begrijpen wat verslaving inhoudt en hoe zij op een helpende manier kunnen omgaan met hun naaste.	<i>“Door goed aan te duiden wat verslaving nou precies is, hoe het werkt, over middelen, wat je wel kan doen. Dan zie je dat ongelooflijk veel ervaring natuurlijk ook kan worden opgedaan in hoe het werkt tussen cliënten en naasten. Dat kan ingezet worden.”</i>
Informereren over ondersteuningsaanbod naasten	Inductief	Veel naasten zijn niet op de hoogte van het beschikbare ondersteuningsaanbod voor henzelf.	<i>“Nou ik denk sowieso dat het eerste aanbod wel van VNN had kunnen komen daarin. Zij zijn toch op dat moment de hoofdverantwoordelijke in behandeling. En als zij zeggen, kijk wij zien dit en jullie hebben dit nodig maar wij kunnen dit niet bieden, hier hebben wij contacten die het wel kunnen.”</i>
Bekendmaken van	Inductief	Zowel naasten als	<i>“Maar dan kunnen zij het wel uitdragen</i>

VNN		verwijzers kennen VNN en haar aanbod onvoldoende, wat drempels creëert voor het zoeken van hulp.	<i>waar wij in geloven en wat we er dan aan doen. Wat we nu onvoldoende doen."</i>
Voorlichting zonder privacy schending	Inductief	Professionals zoeken manieren om informatie te geven aan naasten zonder privacy van cliënt te schenden.	<i>"En je hoeft geen namen te noemen. Maar je kunt ook met voorbeelden werken. Je kunt doorgeven welke instanties er zijn, waar je heen kunt. Ik wist echt niet waar ik heen moest."</i>
Inzicht in behoeften	Inductief	Professionals willen beter zicht krijgen op de behoeften van naasten, om ondersteuning daarop af te stemmen.	<i>"Dat we dus gewoon een gezamenlijk gesprek hebben waarin we ook de wederzijdse verwachtingen en behoeften eigenlijk wat bespreken en dan ook daarin kijken van wat voor informatie kunnen we al daarover geven."</i>
Behoefte aan digitale ondersteuning	Inductief	Vraag naar online bijeenkomsten, Whatsapp-groepen, webinars of digitale informatievoorziening.	<i>"Elke persoon reageert of gaat op andere dingen aan he, misschien een of andere film of iets dergelijks van VNN, wat je kan vinden op internet of zo iets. Voor naasten."</i>
Coping - afstand nemen	Deductief	Fysieke of emotionele terugtrekking als beschermingsmechanisme.	<i>"Ja ze zijn wel naar zo'n groep geweest en daar kwamen ze inderdaad op Help mijn kind is verslaafd. Dat was moeilijk en toen hebben ze toch wel handvatten meegekregen voor het loslaten. Pas toen, en dat hebben ze dan ook wel gedaan. Maar dat is natuurlijk heel erg moeilijk. Want je laat je kind los en dat is ook niet wat je eigenlijk zou willen doen."</i>
Coping - grenzen stellen	Deductief	Actief proberen om eigen grenzen te bewaken.	<i>"Ja, je bent heel gauw geneigd om overal in mee te gaan en alles voor hen te doen om ze een beetje uit de wind te houden. Maar vaak houd je het probleem in stand. Voor cliënten is het gewoon heel belangrijk om toch strepen te trekken. En dat vergeet je vaak."</i>
Samenwerking met huisartsen	Inductief	Huisartsen spelen een belangrijke rol in signalering en doorverwijzing, maar samenwerking is niet altijd optimaal.	<i>"Mijn huisarts hadden ze misschien ook wat meer kunnen informeren denk ik. Ik denk dat als mijn huisarts daar meer informatie over had gehad, dat die misschien ook daar anders in had gestaan. Volgens mij had mijn huisarts ook heel weinig verstand van verslaving."</i>

Thema 3: Stigma, schaamte en privacy als spanningsvelden

Code	Type	Toelichting	Quote
Belemmering door privacy en toestemming	Deductief	Juridische en ethische grenzen (zoals geheimhouding) belemmeren het delen van informatie.	<i>“Nou, ja, privacy is een woord waarmee je overwegingen over wat je doet kunt boycotten. Maar eigenlijk is het nietszeggend, want wiens privacy schend ik als ik luister naar een ander?”</i>
Intern stigma en schaamte	Deductief	Ervaren schaamte, schuld of negatieve zelfbeelden als gevolg van de verslavingsproblematiek binnen het gezin of netwerk.	<i>“Schaamte. Ook dat ik moeilijk kan loslaten dat ik nu anders ben dan toen. Als ik in de spiegel kijk dan denk ik nog steeds dat ik een junk ben en dat ik nog steeds gebruiker ben, terwijl dat niet meer zo is. Hoe verhoud je je dan wel in contact met mensen zonder gebruik? Geloven zij überhaupt dat je nog steeds een gebruiker bent? Er komen eigenlijk honderd miljoen vragen achteraan.”</i>
Extern stigma	Deductief	Ervaren veroordeling, uitsluiting of negatieve behandeling door anderen vanwege de verslavingsproblematiek van een naaste.	<i>“Nee, dat heeft te maken met wat ik geflikt heb natuurlijk. Dus dat stigma dat blijft ook aan haar plakken. Dus daar moet echt wel rekening mee gehouden worden.”</i>
Gevoelens van isolatie en onbegrip	Inductief	Naaste voelt zich niet meegenomen of zelfs buitengesloten.	<i>“Nee, ik denk op dat moment dat ik het fijn had gevonden als er gewoon iemand was geweest. Dat er gewoon iemand was die mijn verhaal aanhoorde.”</i>
Gevoelens van schuld	Inductief	Naasten, met name ouders, voelen zich vaak verantwoordelijk voor de problematiek van de cliënt.	<i>“En dat maakt ook dat mensen het ook moeilijk vinden om erover te praten. Want goed bedoelde adviezen krijg je, maar naasten voelen zich vaak toch schuldig, met name toch wel ouders. Die voelen zich toch vaak schuldig of heb ik dan verkeerd gedaan en ben ik geen goede moeder geweest.”</i>
Behoeftte aan bewustzijn en normalisering in maatschappij	Inductief	Er is behoefte aan maatschappelijke bewustwording rond verslaving en het normaliseren van naastenzorg.	<i>“Nou in de ideale wereld is er helemaal geen stigma meer op verslaving. Durven we daar allemaal open over te praten en dan kun je ook wat makkelijker het aanbod rondstrooien. Maar goed, de ideale wereld hebben we nog niet helemaal. Maar dat zou wel schaamte wat weghalen. En het stigma, daar zijn we altijd mee bezig in de verslavingszorg, hoe kunnen we dat stigma wat verkleinen, de schaamte wat weghalen. Dus het heeft ook met taal te maken en met aandacht te maken, voor de omgang van informatie.”</i>

Belemmering door culturele waarden	Deductief	Culturele waarden en verwachtingen maken familieparticipatie complex.	<i>“Dat je dan ook echt wel rekening houdt met al die verschillende culturen, zeg maar. Dat het ene middel beter aansluit bij de ander en bij de ander misschien totaal de plank mis slaat en dat je ze daarmee nog steeds iets goed kunt bereiken.”</i>
Aandacht voor gebrek naasten	Inductief	Sommige cliënten hebben weinig tot geen netwerk, wat betrokkenheid van naasten onmogelijk maakt.	<i>“Wanneer naasten helemaal niet meer aanwezig zijn. Dat is denk ik een hele ingewikkelde moeilijkheid. Dus in de ideale wereld onderneemt VNN wel pogingen om die naasten te betrekken.”</i>
Eenzaamheid	Inductief	Veel cliënten ervaren eenzaamheid, zeker bij afwezigheid van een netwerk.	<i>“Je staat best wel alleen. Er wordt ook al heel snel, naar mijn gevoel wel vrij snel van uitgegaan dat je mensen hebt om terug te vallen. Terwijl dat denk ik voor veel mensen die hier komen ook niet meer zo is. Dus daar wordt soms wel iets te makkelijk over gedaan.”</i>

Thema 4: Ondersteuning en verbinding als bron voor herstel

Code	Type	Toelichting	Quote
Rol van lotgenotengroepen	Inductief	Lotgenotengroepen bieden herkenning, erkenning en steun aan zowel cliënten als naasten.	<i>“En dat was echt, ja dat vonden we eigenlijk allebei heel goed dat je ook met mensen die in hetzelfde schuitje zitten, dat je zo'n proces meemaakt en dat je elkaar daarin ook ondersteunen kan.”</i>
Gebrek aan regionale spreiding van ondersteuning voor naasten	Inductief	Steun voor naasten is vaak geconcentreerd in grote steden (zoals Groningen), wat een drempel vormt voor mensen in andere regio's.	<i>“En ook voor sommige mensen hier uit Noord-Oost-Friesland bijvoorbeeld, is het gewoon niet haalbaar om daar naartoe te gaan op een avond. Dat zou misschien ook meer in de regio kunnen.”</i>
Belang van ervaringsdeskundigheid	Deductief	De toegevoegde waarde van ervaringsdeskundigen (bijvoorbeeld ex-clieënten of naasten) in het contact met cliënten, naasten of professionals binnen de verslavingszorg.	<i>“Dan krijg je ook een vrijwilliger te horen. Die vertelt over hoe het gaat en hoe hij de behandeling die hij heeft gehad bij VNN heeft ervaren. Dat werkt gewoon heel erg mooi.”</i>
Belang van creatieve en alternatieve ondersteuning	Inductief	Er is behoefte aan laagdrempelige, creatieve vormen van ondersteuning, zoals herstel ruimtes of kunstzinnige therapie.	<i>“En alle creatieve dingen die we doen en zo. Dat raad ik iedereen aan. Om een aparte herstelruimte te hebben. Waar je nou ja wat voor creatieve manier dan ook, wat je hebt. Je moet het weten dat het er is. En van alles proberen te doen, dat is altijd zeker goed.”</i>

Belemmering door organisatorische beperkingen	Deductief	Factoren zoals tijdsdruk, korte behandeltrajecten of beleid maken familiebetrokkenheid lastig.	<i>“Want je zit toch ook snel met beschikbaarheid. En hoe zeg ik dat, hoeveel tijd er is voor iemand die kan komen en hoeveel tijd er is vanuit VNN voor gesprekken.”</i>
Samenwerking met externe organisaties	Inductief	Betere samenwerking met huisartsen, GGZ, Moedige Moeders, sociale wijkteams.	<i>“Er zijn denk ik ook wel veel naasten waar de cliënt nog niet in behandeling bij ons is, maar die wel behoefte hebben aan informatie of aan tools om met de persoonlijke kwesties om te gaan. Die weten VNN misschien niet goed te vinden, maar die zijn wel bij teams of bij GGD of andere instanties in beeld. En dus daar zouden we best wel goed mee kunnen samenwerken.”</i>

Thema 5: Systeemgericht werken als persoonsafhankelijk proces

Code	Type	Toelichting	Quote
Behoeft aan triadegesprekken	Inductief	Wens voor gezamenlijke gesprekken tussen client, professional en naaste voor betere afstemming.	<i>“Door het inzetten van de aanwezige expertise, denk ik, bij alle verschillende professionals die we hebben. Door goed aan te duiden wat verslaving nou precies is, hoe het werkt, over middelen, wat je wel kan doen. Dan zie je dat ongelooflijk veel ervaring natuurlijk ook opgedaan kan worden in hoe het werkt tussen cliënten en naasten. Dat kan ingezet worden.”</i>
Belang CRAFT	Inductief	Naasten hebben baat bij de CRAFT-methodiek, waarin zij leren omgaan met de situatie zonder zichzelf te verliezen.	<i>“Dus ik denk dat craft, denk ik dat dat een heel mooi aanbod is. En dat we dat vooral ook heel goed moeten uitbreiden. En dat mensen daar altijd heen kunnen.”</i>
Belang van systeemtherapeuten	Inductief	Systeemtherapeuten kunnen op een neutrale, maar effectieve manier de dynamiek tussen cliënt en naasten begeleiden.	<i>“En juist in die gesprekken met de systeemtherapeut erbij, die weet dat gewoon weer bij elkaar te brengen. In ons geval was dat wel zo. Dat vond ik heel belangrijk, heel fijn.”</i>
Belang van systeemgericht werken	Inductief	Een integrale benadering waarbij het hele systeem wordt betrokken, draagt bij aan duurzaam herstel.	<i>“Want ik bedoel het is leuk en aardig, het stoppen met drinken of het stoppen pillen en drugs of weet ik veel wat. In principe, naar mijn mening, kan iedereen dat wel. Maar het is je omgeving met alles eromheen. Je huis, je vrienden, je werk, weet ik veel wat het voor wie dan ook is. Daar moet je iets aan veranderen.”</i>

Bijlage E Verantwoording gebruik AI

Er is tijdens het schrijven van deze scriptie op een ondersteunende manier gebruikgemaakt van de AI tool Chat GPT. Hier zijn met zowel de begeleider als de referent op een transparante manier afspraken over gemaakt. Zo werd het goedgekeurd dat Chat GPT als hulp tool werd gebruikt voor het creëren van een academische schrijftijl. Chat GPT heeft hierin geholpen door advies te geven in woordkeuzes, het soepel laten overlopen van zinnen en het nadenken over indelingen van bijvoorbeeld paragrafen of witregels. Ook heeft Chat GPT een helpende hand geboden in het controleren van bijvoorbeeld de alfabetische volgorde van de referenties. Er is tijdens het gehele proces van de scriptie altijd bewust omgegaan met de tool, waarin er geen zaken overgedragen zijn maar de tool puur is ingezet ter controle of op een assisterende wijze.