**[](http://www.google.nl/imgres?q=leger+des+heils&um=1&sa=N&rls=com.microsoft:*:IE-SearchBox&hl=nl&biw=1280&bih=717&tbm=isch&tbnid=QaPjHMcnxNegTM:&imgrefurl=http://www.facebook.com/legerdesheils&docid=dwirn5QGWmAT8M&imgurl=http://profile.ak.fbcdn.net/hprofile-ak-ash3/c21.21.259.259/s160x160/556305_497563040264920_565353199_n.png&w=160&h=160&ei=FjWNUaypFYbesgbU5IGABg&zoom=1&ved=1t:3588,r:17,s:0,i:214&iact=rc&dur=188&page=2&tbnh=128&tbnw=123&start=16&ndsp=23&tx=67&ty=76)**[](http://www.google.nl/url?sa=i&rct=j&q=christelijke+hogeschool+ede&source=images&cd=&cad=rja&docid=5oMeDm1yesLuPM&tbnid=ajSqx2xxWOX1ZM:&ved=0CAUQjRw&url=http://www.evident.nl/Portfolio/Klanten/Christelijke%20Hogeschool%20Ede&ei=zTWNUeeoAo3ktQbJyIH4Bw&bvm=bv.46340616,d.Yms&psig=AFQjCNEBRzxs6gtZgYd3H88THTt5JNv6IQ&ust=1368295139262200)

*Aanbevelingen voor toekomstige ambulante verslavingshulpverlening door het Leger des Heils Gelderland*

Ambulantisering in de Verslavingszorg

Afstudeeronderzoek in opdracht van het Leger des Heils Gelderland

aan de Christelijke Hogeschool Ede

Maatschappelijk werk en Dienstverlening

Werkveldbegeleider: José Kroon

Opdrachtgever: Els Anne de Graaff

Afstudeerdocent: Jaap de Jong

Medebeoordelaar: Adriana de Ridder

**Joost Baaij &**

**Michaël van Steijn**

**Juni 2013**

Inhoudsopgave

Voorwoord 3

Samenvatting 4

Opbouw en leeswijzer 5

Hoofdstuk 1 Aanleiding, probleembeschrijving en verantwoording 6

1.1 Aanleiding en probleembeschrijving 6 1.2 Vraagstelling 9 1.3 Doel, doelgroep en doelstelling 9 1.4 Verantwoording 10

1.4.1 Verantwoording literatuuronderzoek 10 1.4.2 Verantwoording Interviews 10

Hoofdstuk 2 Resultaten literatuuronderzoek 13

Inleiding 13

2.1 Geschiedenis van behandeling voor verslaving en 13

maatschappelijke opinie over verslaving

2.2 Verschillende behandelvormen voor verslaving 15 2.2.1 Aanmelding, intake en voortraject 16 2.2.2 Behandeling 17 2.2.3 Nazorg 22

2.2.4 Overige aandachtspunten 23

2.3 Samenvatting en toepassing 24

Hoofdstuk 3 Resultaten interviews 27

Inleiding 27

3.1 Aanmelding, intake en voortraject 27

3.2 Behandeling 30

3.3 Nazorg 34

3.4 Overige aandachtspunten 35

Hoofdstuk 4 Conclusies en discussie 39

Inleiding 39

4.1 Conclusies 39

4.2 Aanbevelingen 42

4.3 Discussie 44

4.4 Evaluatie 45

4.5 Suggesties voor verder onderzoek 46

Bibliografie 47

Literatuur 47 Interviews 48

Bijlagen 50

Methodiekbeschrijving 50

Labelsysteem 55

Topiclijsten 56

Standaardbrief 62

CD-ROM

Kerntabellen

Gelabelde interviews

Voorwoord

*Zolang...  
Zolang er nog vrouwen huilen, zal ik strijden.  
Zolang er nog kinderen honger lijden, zal ik strijden.  
Zolang er nog mannen naar de gevangenis gaan,  
erin en eruit, erin en eruit, zal ik strijden.  
Zolang er nog één verslaafde is, zal ik strijden,  
zolang er nog één meisje verloren op straat loopt, zal ik strijden.  
Zolang er nog één mens het licht van God niet heeft gezien,  
zal ik strijden, strijden tot het bittere eind.  
  
William Booth - oprichter van het Leger des Heils*

Eén verslaafde is een utopie. De werkelijkheid is dat alleen al in Nederland meer dan 70.000 mensen kampen met verslavingsproblemen. Dat is de reden dat het Leger des Heils strijdt om verslaafden te helpen. Als twee studenten van de Christelijke Hogeschool Ede en werkzaam bij het Leger des Heils Gelderland strijden wij graag mee. Vandaar dat we in opdracht van het Leger des Heils Gelderland een advies hebben geschreven in de vorm van een afstudeerscriptie, over hoe ze verslaafden ambulant kunnen gaan behandelen.

Voor dit advies hebben we bibliotheken doorzocht en het land doorkruist om mensen te spreken. We zijn op plekken als Dordrecht, Weesp, Vught en Apeldoorn geweest om mensen te spreken. We hebben personen werkzaam bij instellingen als The Home Clinic, De Hoop, Tactus en Novadic-Kentron bereid gevonden mee te werken aan ons onderzoek. Hiervoor onze hartelijke dank.

Ook hebben mensen, soms anoniem, de bereidheid gehad met ons te spreken over hun verslavingsverleden. Hun openheid hierin bewonderen en waarderen we enorm.

Daarnaast hebben de medewerkers binnen het Leger des Heils Gelderland een groot aandeel gehad in ons eindproduct. In het bijzonder willen we daarbij Els Anne de Graaff bedanken. Zij heeft ons de opdracht gegeven en is eindverantwoordelijk. Bauke Sijtsma, die vanaf het begin betrokken is geweest en gelijktijdig met ons advies druk bezig is geweest met het opzetten van het E-health traject. En natuurlijk José Kroon. Zij was bij elke stap die we gezet hebben het wakende oog en de helpende hand. Ze heeft ons intensief begeleid en we hopen door middel van onze scriptie haar te kunnen bedanken.

Vanuit de Christelijke Hogeschool Ede is Jaap de Jong onze afstudeerbegeleider geweest. Hij heeft ons wegwijs gemaakt in kwalitatief onderzoek doen. Elke groei gaat gepaard met groeipijn, maar hij heeft ons zeker helpen groeien. Dank hiervoor!

Wij hopen dat u als lezer bewogen wordt door de omvang van het probleem en de verhalen die verteld worden. Maar dat u dankzij ons onderzoek net zoveel vertrouwen krijgt in de mogelijkheden tot behandeling voor deze doelgroep.

Wij wensen u plezier en inzicht bij het lezen van deze scriptie.

Joost Baaij en Michaël van Steijn

Samenvatting

Door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) wordt er de komende jaren aanzienlijk bezuinigd in de GGZ. De zorgkosten mogen minder groeien, daardoor zal er dus fors minder geld beschikbaar zijn voor de klinische behandelvormen. Het Leger des Heils heeft op dit moment geen ambulante behandeling voor verslaving en wil deze wel aan gaan bieden.

Met dit onderzoek adviseren wij het Leger des Heils over welke manier een ambulant behandeltraject voor verslavingszorg op een methodisch verantwoorde wijze vorm en inhoud kan krijgen. We hebben hiervoor literatuuronderzoek gedaan en interviews afgenomen bij beleidsmedewerkers bij instellingen die al wel een ambulante behandeling aanbieden, medewerkers van de klinische behandeling van het Leger des Heils en cliënten die een ambulante behandeling hebben gevolgd.

Uit de literatuur halen wij 3 evidence-based methodieken die ambulant gebruikt kunnen worden: de motiverende gespreksvoering, de 12-stappenbehandeling van Minnesota en de cognitieve gedragstherapie. Deze evidence-based methodieken zijn door wetenschappelijk onderzoek bewezen effectief. Uit de interviews komt naar voren dat er het beste een kortdurende intensieve ambulante behandeling opgestart kan worden waarin plaats is voor individuele gesprekken, groepsgesprekken en waarin ook het netwerk een plaats krijgt. Daarnaast is het belangrijk dat er een goed nazorgtraject komt in combinatie met internethulpverlening ook wel E-health genoemd. De visie op verslaving baseren de instellingen vooral op het biopsychosociale model. In dit model wordt verslaving gezien als een stoornis die invloed heeft op de drie levensgebieden binnen dit model, het biologische, het psychische en het sociale aspect. Al deze drie aspecten dienen aandacht te krijgen binnen de behandeling.

De aanbeveling die wij het Leger des Heils doen is om twee ambulante behandelingen aan te bieden. Wij doen dit op basis van een aantal criteria. De criteria zijn dat er vanuit evidence-based methodieken gewerkt wordt, de behandeling passend is bij de doelgroep en de problematiek en dat de behandeling aansluit bij de visie en het behandelaanbod van het Leger des Heils. Hierin kunnen ook motiverende gespreksvoering en E-health een plek krijgen. We adviseren om een intensieve ambulante behandeling aan te bieden met meerdere contactmomenten per week waarin groepsgesprekken en individuele gesprekken worden aangeboden met ruimte voor het netwerk.

Op basis van de door vijf door ons gestelde criteria bevelen we een behandeltraject aan gebaseerd op de 12-stappenmethode en een behandeltraject gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. De 12-stappen behandeling zal gevuld worden met specifieke behandeling zoals stappensessies. Het nazorg programma kan de vorm krijgen van zelfhulp en E-Health. De cognitieve gedragstherapeutische behandeling zal gevuld worden met voor die methode specifieke interventies zoals de Leefstijltraining of Liberman. De nazorg kan de vorm krijgen van een wekelijks groepsgesprek en E-Health.

Opbouw en leeswijzer

Ons onderzoek is grofweg in twee onderdelen te verdelen. Het literatuuronderzoek en het onderzoek gedaan door afgenomen interviews. Eerst komt het literatuuronderzoek aan bod. Hierin zijn uitgebreid de bevindingen beschreven die gaan over alle mogelijke interventies binnen de verslavingszorg. Deze bevindingen eindigen met een samenvatting die we besluiten met een korte deelconclusie.

De resultaten van de interviews zijn opgedeeld in drie delen. Het eerste deel zal gaan over de interviews afgenomen bij beleidsmedewerkers werkzaam in klinieken. Gevolgd door interviews afgenomen bij cliënten die een of meerdere ambulante behandelingen hebben gevolgd. Tot slot komen de interviews aan bod die afgenomen zijn bij de beleidsmedewerkers bij instellingen met ambulante behandelingen voor verslaving. Beide onderzoeksresultaten zijn beschreven in een chronologische volgorde. De methodieken van de literatuur en de onderwerpen van de interviews komen aan bod in de volgorde van de aanmelding en intake van een behandeling tot en met het nazorgtraject. Tot slot komen dan overige aandachtspunten aan de orde. Deze chronologische lijn houden wij in het hele onderzoek aan.

In hoofdstuk 1 staat verder nog achtergrondinformatie en onderbouwende gegevens. Hierin beschrijven we wat de aanleiding en het probleem precies is, wie de doelgroep vormt voor ons onderzoek en hoe we gekomen zijn tot gemaakte keuzes als het gaat om literatuur en interviews.

De interviews zijn letterlijk uitgetypt en verwerkt in labelformats die leiden tot een overzicht van verworven informatie. Vooral het overzicht van deze informatie is nuttig om te lezen. Vanuit dit overzicht zijn drie deelconclusies te lezen. De resultaten van het literatuuronderzoek en de interviews zijn te lezen in hoofdstuk 2.

In totaal zijn er vier deelconclusies die antwoord geven op de vier deelvragen:

1. Welke informatie over ambulante behandeltrajecten in de verslavingszorg is er te vinden in verschillende bronnen zoals literatuur en recent onderzoek en beleidsprotocollen van andere instellingen.
2. Wat zijn volgens de betrokkenen binnen klinische verslavingsbehandelcentra de onmisbare doelen en methodes van de huidige werkwijze en welke elementen zijn daarvan bruikbaar en geven inhoud aan de ambulantisering rekening houdende met de doelgroep?
3. Wat zijn de ervaringen van cliënten die een ambulant behandeltraject hebben gevolgd en wat is de mening van de naasten van deze cliënten hierover?
4. Op welke manier zijn ambulante behandeltrajecten voor verslavingszorg vormgegeven bij andere instellingen en volgens welke methodieken werken de medewerkers. Welke van deze methodieken zijn volgens hen het meest effectief en welke het minst?

Deze deelvragen leiden tot onze eindconclusie. Deze eindconclusie geeft antwoord op de hoofdvraag: *Op welke manier kan volgens (vak)literatuur en betrokkenen een ambulant behandeltraject voor verslavingszorg op een methodisch verantwoorde wijze vorm en inhoud krijgen binnen het Leger des Heils Gelderland.* Vanuit deze conclusie is onze aanbeveling te lezen in combinatie met een evaluatie, discussie en aanbeveling voor verder onderzoek. Dit alles is te lezen in hoofdstuk 3.

Hoofdstuk 1

Aanleiding, probleembeschrijving en verantwoording

# Aanleiding en probleembeschrijving

Ontwikkelingen in de GGZ in Nederland

In Nederland zijn er het afgelopen jaar bijna 70.000 mensen geweest die hulp hebben gezocht voor problematisch gebruik van middelen (Wisselink, 2012, p. 70). Voor de behandeling van deze mensen wordt door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) komende jaren aanzienlijk bezuinigd.

Momenteel speelt in de GGZ de ontwikkeling dat er minder groei in de zorgkosten mag zijn. Deze ontwikkelingen zijn al een tijd lang gaande. Sinds 2008 worden beleidsplannen gemaakt om de groei van kosten terug te dringen. De afspraken voor de toekomst van de GGZ in het jaar 2013-2014 zijn gemaakt en staan beschreven in een bestuurlijk akkoord. Een van de afspraken in dit akkoord die van grote invloed is op de manier waarop we in Nederland mensen met een verslaving kunnen behandelen is afspraak c; *‘…zorgverzekeraars en zorgaanbieders delen de ambitie om de huidige totale beddencapaciteit in de periode tot 2020 fors af te bouwen met een derde ten opzichte van de omvang van de bedden in 2008 en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg…’* (Schippers, 2012, p. 8)*.*

Door deze ontwikkeling zal er dus fors minder geld beschikbaar zijn voor de intramurale behandelvormen. Het aantal klinische bedden in de GGZ moet afnemen en er zal meer hulp geboden worden in de vorm van ambulante zorg. Bij een ambulante behandeling blijft iemand thuis wonen in tegenstelling tot een klinische behandeling. Bij een klinische behandeling wordt de cliënt opgenomen bij de instelling waar deze een behandeling volgt en krijgt deze daar een kamer. Bij een ambulante behandeling blijft iemand thuis wonen. De intensiteit en vorm verschillen per instelling. In veel gevallen komt de cliënt naar de instelling om het programma te volgen, in andere gevallen gaat de hulpverlener bij de cliënt thuis langs. De intensiteit van behandelingen kan variëren van behandelprogramma’s waarbij iemand een keer in de twee weken langskomt tot programma’s waarbij 4 of 5 keer per week contactmomenten zijn. Er zitten uiteraard verschillen tussen een ambulante en een klinische behandeling, een ambulante behandeling ziet er anders uit en brengt ook andere risico’s met zich mee, de kans op terugval kan bijvoorbeeld groter zijn. Daarom zijn er bepaalde voorwaarden te noemen waaraan iemand moet voldoen om een ambulante behandeling te kunnen volgen zoals het hebben van een veilige thuissituatie. In de resultaten vanuit de interviews en de literatuur is hier meer over te lezen. De verschillende methodieken die in de verslavingszorg gebruikt worden zijn per definitie zowel klinisch als ambulant toepasbaar. De verschillen die er zijn worden beschreven in de resultaten van het literatuuronderzoek.

Het Leger des Heils - De Wending

Deze ontwikkelingen in de GGZ hebben ook invloed op het Leger des Heils, vooral de ontwenningskliniek de Wending. Op dit moment wordt er namelijk uitsluitend klinische behandeling aangeboden. Juist hierin zal moeten worden bezuinigd volgens het ministerie van VWS. Dit betekent dat het Leger des Heils een omslag zal moeten maken van klinische behandeling naar meer ambulante behandeling.

De bezuinigingen binnen de zorg zijn afgelopen jaar duidelijk zichtbaar geweest binnen ontwenningscentrum de Wending van het Leger des Heils. Wij hebben vorig jaar binnen de Wending stage gelopen en zijn daar nog steeds werkzaam. Hierdoor hebben we de verschillende afdelingen van de Wending en de mensen die daar werken goed leren kennen. Ook hebben we van dichtbij gezien wat voor gevolgen het heeft dat er de komende jaren steeds minder geld beschikbaar zal zijn om bij de Wending mensen met een verslaving intramuraal te behandelen. We hebben bijvoorbeeld gezien dat er als gevolg van de bezuinigingen programmaonderdelen geschrapt moesten worden. Deze kennis van de afdelingen, het werkveld, de collega’s en methodieken en de passie die wij hebben voor werken met mensen met een verslaving zetten we graag in bij het doen van dit onderzoek doen. Door middel van dit onderzoek leveren wij een bijdrage aan de toekomstige ambulante behandeling voor mensen met een verslaving.

Op dit moment is het zo dat onze opdrachtgever, het Leger des Heils Gelderland, in drie verschillende afdelingen intramurale behandeling voor verslaving aanbiedt. We hebben het dan over de afdelingen Minnesota, de Woon- en Werktraining en Hoog Buurlo met respectievelijk 24, 12 en 22 bedden. Zoals eerder beschreven zijn de bezuinigingsmaatregelen al in werking gesteld. De gevolgen hiervan waren dat er voor de afdeling Minnesota geschrapt is in programmaonderdelen en werktijden van het personeel zodat de financiering voor het personeel mogelijk bleef. Binnen de Woon- en Werktraining was dit hetzelfde geval. Voor de afdeling Hoog Buurlo zijn er voor zover bekend geen veranderingen geweest in de programmaonderdelen. Wel waren er veranderingen binnen de behandelstaf die deels verantwoordelijk was voor Hoog Buurlo. Hierdoor nam de werkdruk daar enigszins toe. We hebben het dan over medewerkers van het maatschappelijk werk en behandelend psychologen. Deze psychologen hadden tevens ook cliënten op de andere afdelingen en hier was deze overplaatsing ook merkbaar in de behandeling.

Omdat de veranderingen zo veel omvattend zullen zijn speelt de trend van intramuraal behandelen naar extramuraal behandelen, oftewel de ambulantisering, zich nu nog vooral af op het beleidsmatige niveau. De werknemers zijn bekend met de problemen. Zij hebben links en rechts ook al gevolgen kunnen ervaren. Het advies richt zich echter vooral op de beleidsmedewerkers die een plan moeten gaan creëren dat op een adequate manier om gaat met de huidige ontwikkelingen.

Er is op dit moment een van de beleidsmedewerkers bezig om de huidige trend en tevens opdracht vanuit het ministerie vorm te geven. Eén van de manieren om de zorgkosten beheersbaar te houden in de toekomst is door behandeling voor verslaving digitaal aan te bieden. Zogenoemd e-mental health (Schippers, 2012, p. 16). Het Leger des Heils zal naar alle waarschijnlijkheid hun zogenoemde E-Health programma begin 2013 af hebben en in gebruik gaan nemen. Dit programma zal er in eerste instantie voor zorgen dat cliënten voor aanvang van hun intramurale behandeling al zorg ontvangen, en tijdens en na hun behandeling de nodige ondersteuning via internet krijgen. Het is nog niet zo ver ontwikkeld dat het de behandeling volledig over zal kunnen nemen en dit is ook niet het doel van E-Health. Het dient dus puur als ondersteuning en zal mogelijk de kosten van de behandeling hierdoor drukken. Verder biedt het Leger des Heils Gelderland wel ambulante zorg voor en na behandeling, maar deze is op zichzelf niet gericht op behandeling. Het verschil met de plannen vanuit de overheid zit hem er echter in dat deze zorg geen behandeling tot doel heeft. Het is louter ondersteuning en hierdoor dus (nog) niet geschikt voor behandeling (Schippers, 2012, p. 16).

Hoe verdere ontwikkelingen op het gebied van de ambulantisering zijn vormgegeven is vooralsnog vertrouwelijk. De doelstellingen in het bestuurlijk akkoord hebben gevolgen voor de financiering vanuit de zorgverzekeraars voor GGZ instellingen. Hoe dit onderling vormgegeven wordt is besproken door de partijen onderling. Deze afspraken zijn zo vers dat we ze nog niet in hebben kunnen zien.

### *Onderzoek naar ambulantisering in de verslavingszorg*

Met het vooruitzicht dat er aangestuurd gaat worden op een vermindering met een derde van het totaal aantal bedden in de GGZ in de periode 2013-2020, verwachten we dat dit ingrijpende gevolgen gaat hebben voor het Leger des Heils Gelderland (Schippers, 2012, p. 7).

Zoals we eerder al noemden is er op dit moment geen ambulante behandeling voor verslaving binnen het Leger des Heils Gelderland. Wij beginnen met het gegeven dat ambulantisering noodzakelijk is. We gaan vanaf punt 0 onderzoeken hoe een ambulante behandeling vormgegeven kan worden en welke onderdelen daarbij gewenst zijn. Hierbij richten wij ons voornamelijk op het methodische aspect. Het is belangrijk dat de behandeling die wij aanbevelen methodisch verantwoord is. Een behandeling is methodisch verantwoord wanneer de interventies die gepleegd worden zoveel mogelijk te verantwoorden zijn vanuit evidence-based methodieken. Het is hierin ook belangrijk dat te verantwoorden is waarom deze methodieken passen bij de doelgroep en de problematiek. Ook belangrijk is dat het aansluit bij de visie en het behandelaanbod van het Leger des Heils. In dit onderzoek is door ons onderzocht welke methodieken in de verslavingszorg gebruikt worden en welke van deze methodieken volgens de literatuur en betrokkenen als het meest effectief zijn, daarin nemen we ook de bovengenoemde criteria voor methodisch verantwoorde methodieken mee. Met evidence-based bedoelen wij methodieken waarbij met kwalitatief en/of kwantitatief onderzoek is aangetoond dat deze methodieken effectief zijn. Secundair kijken we naar de vorm waarin deze methodieken aangeboden kunnen worden. De verwachting is dat er naast verantwoorde methodieken nog aanverwante interventies de inhoud vormen van een ambulante behandeling. Te denken valt dan aan urinecontroles of de inzet van personeel.

Bij veel andere instellingen wordt op dit moment al wél een ambulant behandelprogramma voor verslaving aangeboden. Te denken valt dan aan de instellingen De Hoop in Dordrecht en Tactus in Apeldoorn. In dit onderzoek over hoe een ambulant behandeltraject vorm en inhoud kan krijgen is het nuttig om bij anderen te kijken hoe ze dat doen. Om een methodisch verantwoorde aanbeveling te doen aan onze opdrachtgever doen we niet alleen onderzoek binnen instellingen met een ambulant behandeltraject voor verslaving. Ook is er onderzoek gedaan naar literatuur en onderzoeksresultaten over behandeling voor verslaving. Daarnaast nemen we de ervaringen mee van cliënten, over hun intramurale behandeling en ambulante behandeling en ervaringen van personen die invloed hebben in het leven van de cliënt, de zogenoemde ‘naasten’. Verder nemen we de ervaringen en aanbevelingen mee van medewerkers en beleidsmakers die te maken hebben met de behandeling van verslaving.

# Vraagstelling

Op welke manier kan volgens (vak)literatuur en betrokkenen een ambulant behandeltraject voor verslavingszorg op een methodisch verantwoorde wijze vorm en inhoud krijgen binnen het Leger des Heils Gelderland.

1. Welke informatie over ambulante behandeltrajecten in de verslavingszorg is er te vinden in verschillende bronnen zoals literatuur en recent onderzoek en beleidsprotocollen van andere instellingen.
2. Wat zijn volgens de betrokkenen binnen klinische verslavingsbehandelcentra de onmisbare doelen en methodes van de huidige werkwijze en welke elementen zijn daarvan bruikbaar en geven inhoud aan de ambulantisering rekening houdend met de doelgroep?
3. Wat zijn de ervaringen van cliënten die een ambulant behandeltraject hebben gevolgd en wat is de mening van de naasten van deze cliënten hierover?
4. Op welke manier zijn ambulante behandeltrajecten voor verslavingszorg vormgegeven bij andere instellingen en volgens welke methodieken werken de medewerkers. Welke van deze methodieken zijn volgens hen het meest effectief en welke het minst?

# Doel, doelgroep en doelstelling

Ons product heeft de vorm van een verslag. In dit verslag adviseren wij het Leger des Heils Gelderland over hoe een ambulant behandeltraject vormgegeven kan worden. Eind augustus presenteren we dit aan het management en de beleidmakers. Het einddoel van het onderzoek is dat zij aan de hand van ons advies een methodisch verantwoorde ambulante behandeling kunnen vormgeven.

Ter ondersteuning van het einddoel hebben we de volgende subdoelen:

* We inventariseren beschikbare literatuur over (ambulante) behandeling voor verslaving en de onderzoeksresultaten die daarbij nuttig zijn.
* Ter onderbouwing en verrijking van de beschikbare gegevens uit de literatuur beschrijven we wat cliënten en betrokkenen bij behandeling van verslaving zelf in de praktijk ervaren en nuttig vinden. Hiervan maken we een actueel overzicht dat aansluit bij de behandeling anno 2013.
* Als derde subdoel creëren we een overzicht van wat er momenteel aangeboden wordt aan ambulante behandeling voor verslaving. Hierbij maken we een weging van wat verantwoord is voor onze aanbevelingen.

Het doel is bereikt als in dat uiteindelijke behandelprogramma een deel van de uitkomsten van ons onderzoek terug te vinden is. Het opstarten van een ambulant behandeltraject is urgent voor het Leger des Heils. Vanwege de urgentie is het realistisch om er vanuit te gaan dat de uitkomst van ons onderzoek gebruikt wordt bij het vormgeven van het ambulante behandeltraject. Tevens staat dit als doel vermeld in het jaarplan 2013 (Kroon, 2012, p. 2). De haalbaarheid van ons advies hebben we gewaarborgd door tijdens het schrijven van ons advies in gesprek te gaan met de beleidsmakers. We bespraken met hen of het advies bruikbaar, realistisch en haalbaar is.

# 1.4 Verantwoording

## 1.4.1 Verantwoording literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek vormt de basis van ons onderzoek. De afgenomen interviews zijn in aantal zo klein dat ze slecht illustratief zijn bij het literatuuronderzoek. Als hulpmiddel bij het zoeken naar kwalitatieve literatuur is onder andere Picarta gebruikt. Gebruikte zoektermen zijn: ambulantisering, verslavingszorg, ambulante verslavingszorg, ambulante zorg verslaving en ambulante behandeling verslaving. We hebben ons gericht op recente literatuur. Via deze bron zijn de gebruikte boeken *Handboek Verslaving* en *Ziek of zwak* gevonden*.*

Vanuit de mediatheek van ons opleidingsinstituut de CHE hebben we het boek *Verslaving; handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. De redactie van dit boek is al vele jaren actief in de verslavingszorg, zowel uitvoerend als binnen het onderwijs. De auteur van het boek *Handboek verslaving* Ingmar Franken, heeft meegewerkt aan het publiceren van 86 andere titels. De hoofdstukken in het boek zijn gebaseerd op de meest recente onderzoeken (Franken & van den Brink, 2009, p. recensie). Gemma Blok is de auteur van *Ziek of Zwak*. Zij is universitair docent aan de Leerstoelgroep Nederlandse Geschiedenis van de Universiteit van Amsterdam, en gastdocent Medische Geschiedenis aan de Vrije Universiteit en ook zij heeft al tientallen titels gepubliceerd.

Omdat het onderdeel ambulantisering zo belangrijk is in ons onderzoek hebben we ook het boek *Hulp in eigen omgeving, ambulantisering in de hulpverlening* geraadpleegd. In dit boek wordt veel aandacht besteed aan het ambulante werk dat Novadic-Kentron verricht in Brabant en omstreken. Via deze bron hebben we waardevol contact kunnen leggen binnen deze hulpverleningsinstantie.

Vanuit *handboek verslaving* wordt veel verwezen naar de onderzoeksresultaten uit het boek *Alcohol en drugsverslaving; een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Ook in andere bronnen zoals het Trimbos instituut en toonaangevende Amerikaanse en Britse bladen zoals Science en het British Medical Journal wordt gebruik gemaakt van deze onderzoeksresultaten. Het boek geeft de wetenschappelijke basis van veel behandelmethoden die in bovengenoemde boeken beschreven worden. Hiermee hebben wij een zo volledig mogelijk beeld weten te creëren van de beschikbare methoden, hun inzet en evidentie.

## 1.4.2 Verantwoording Interviews

Voor ons onderzoek zijn drie verschillende soorten interviews afgenomen. Er zijn interviews afgenomen bij 4 medewerkers van andere instellingen voor verslavingszorg waar al een ambulante behandeling wordt aangeboden. Er zijn interviews afgenomen bij 2 medewerkers van een klinische behandeling binnen het Leger des Heils. Daarnaast zijn er 3 interviews afgenomen bij cliënten die zelf een ambulante behandeling hebben gevolgd. Bij 2 van de geïnterviewde cliënten gebruiken we alleen de voornaam omwille van hun privacy. Zoals hierboven beschreven zijn de interviews illustratief bij onze bevindingen vanuit de literatuur.

De interviews met beleidsmedewerkers bij ambulante behandelingen zijn hierbij wel zeer interessant. De resultaten geven een mooie inkijk in hoe de collega’s in het werkveld hun ambulante behandeling voor verslaving vormgeven. Deze resultaten zijn niet representatief maar wel illustratief.

### *Cliënten die een ambulante behandeling volgden*

Voor de interviews met cliënten hebben we ons gericht op een vrijwilliger binnen de Wending. Hij bezoekt zelfhulpgroepen waarbinnen hij ook een verantwoordelijke rol vervult. Dit in combinatie met zijn vele contacten vanuit het vrijwilligerswerk maakt hem geschikt om te interviewen, en ons de twee andere personen aan te dragen. We hebben iemand gesproken die driemaal een ambulante behandeling heeft gevolgd. Deze heeft hij gevolgd bij Tactus verslavingszorg in verschillende regio’s. De derde persoon heeft ook twee ambulante behandelingen bij Tactus gevolgd maar in andere delen van het land dan de tweede persoon. Daarnaast heeft zij een klinische behandeling gevolgd in het buitenland. Zoals al eerder benoemd is deze groep respondenten niet representatief. Ze geven inzicht in hun bevindingen met ambulante behandeling en zijn illustratief bij het literatuuronderzoek.

Medewerkers van klinische behandelingen

Voor de interviews met medewerkers spreken wij twee medewerkers van de twee behandelafdelingen van het Leger des Heils. We doen dit door in onze aanbeveling nauw aan te sluiten bij het klinische behandelaanbod. We willen van hen weten wat specifiek is in de behandeling aan de doelgroep van het Leger des Heils. Daarnaast geven ze informatie over wat goed werkt in het klinische aanbod en wat eventueel overgeheveld moet worden naar het ambulante traject. Om de twee meest geschikte kandidaten te selecteren zijn de unitmanagers van beide afdelingen bevraagd. Een persoon is werkzaam op meerdere afdelingen en betrokken bij de beleidsmatige kant van de behandeling. De ander heeft vroeger ambulante zorgverlening aangeboden en is nu alweer 9 jaar werkzaam binnen de kliniek. Ondanks hun geschiktheid zijn ook deze interviews illustratief.

*Medewerkers van ambulante behandelingen*

Er zijn voor ons drie criteria belangrijk als het gaat om het benaderen van medewerkers bij ambulante behandelingen. Wij vinden het belangrijk dat er al langere tijd ambulante behandeling(en) aangeboden worden binnen de instelling zodat er sprake is van ruime ervaring en evaluatie. Daarnaast is het nuttig als er duidelijk iets gezegd kan worden over de methodiek(en) die toegepast worden en het liefst zien wij hierin verschil tussen de verschillende instellingen. Tot slot vinden wij het belangrijk dat een instelling groot is. Dit omdat het Leger des Heils zelf groot is. Daarnaast zegt de grootte van de instelling iets over het budget dat de instelling te besteden heeft voor kwaliteitsontwikkeling.

Op basis van deze criteria hebben we de volgende vier instellingen bezocht: Novadic-Kentron, The Home Clinic, Tactus en De Hoop. Twee van de vier instellingen zaten op het moment dat wij ze bezochten in een reorganisatie. Hierdoor gebruikte een van de twee net een nieuwe methodiek en kon daar nog niet veel over zeggen. De tweede gebruikte een hoeveelheid aan methodieken. De andere twee instellingen gebruiken wel één specifieke methodiek die verschillend zijn aan elkaar en verschillend aan die van de andere twee instellingen.

Novadic-Kentron heeft meer dan 10.000 cliënten geholpen, waarvan 260 klinisch en met ongeveer 1100 medewerkers (Novadic-Kentron, 2009). De Hoop heeft in 2011 3.193 mensen behandeld waarvan 183 klinisch. Dit hebben ze met 505 medewerkers gedaan (De Hoop, 2012). Tactus heeft een actuele toelating voor intramurale activiteit van 259 bedden (Tactus, 2013). Hiermee is Novadic-Kentron verreweg de grootste instelling, ook van Nederland. Van The Home Clinic zijn geen cijfers online beschikbaar van. We weten dat dit een kleinere instelling is. Hun ervaring met ambulante behandeling voor verslaving is echter doorslaggevend geweest om ze toch in het onderzoek te betrekken. The Home Clinic specialiseert zich al sinds 2004 in deze vorm van hulpverlening. De Hoop doet dit nu al ongeveer 15 jaar en Tactus heeft al 5 jaar de ambulante 12-stappen behandeling en van Novadic-Kentron weten we het niet precies maar wel weten we dat ze dit al meerdere jaren doen. We zijn vooral met deze interviews erg tevreden. We hebben grote instellingen bezocht die ons een mooie inkijk hebben gegeven in hun praktijk. Maar ook deze interviews zijn illustratief en kunnen niet als representatief worden weergegeven.

Bij alle gehouden interviews is het gesprek opgenomen. Van deze gesprekken hebben we een letterlijk verslag getypt. Met dit verslag hebben we de informatie die relevant is voor ons onderzoek gelabeld. De gelabelde interviews en de verantwoording van het labelsysteem zijn te vinden op de toegevoegde CD-ROM.

Hoofdstuk 2 Resultaten literatuuronderzoek

### **Inleiding**

Deze literatuurstudie vormt de basis van ons onderzoek. Het geeft antwoord op de vraag welke methodieken verantwoord zijn om in te zetten tijdens een ambulante behandeling voor verslaving. Daarnaast geeft deze studie richting aan de vragen die gesteld zijn tijdens de interviews.

In deze literatuurstudie is eerst te lezen hoe men verslaving behandelt en hoe dit tot stand gekomen is. Deze ontstaansgeschiedenis heeft namelijk invloed op de ambulante behandeling die wij aanbevelen. Vervolgens beschrijven wij welke methodieken erop dit moment ingezet worden in de verslavingshulpverlening en wie er werken vanuit een duidelijke methodiekbeschrijving. Vanuit dit overzicht geven wij aan of de methodieken wel of niet aan te bevelen zijn en of ze al dan niet evidence-based zijn. Hiervoor gebruiken wij een aantal criteria. De opsomming en beschrijving van methodieken gebeurt via een chronologische volgorde. We beschrijven de methodieken in de volgorde van wanneer ze ingezet worden. Vanaf het begin van de behandeling, de intake, tot het eind van de behandeling, het nazorgtraject. Tot slot is er ook nog een paragraaf die de overige aandachtspunten behandelt.

Dit hoofdstuk eindigt met de conclusie op de deelvraag 1, welke informatie over ambulante behandeltrajecten voor verslavingszorg is er te vinden in bronnen zoals literatuur en onderzoeken en beleidsprotocollen van andere instellingen?

## 2.1 Geschiedenis van behandeling voor verslaving en maatschappelijke opinie over verslaving

Verslaving is een probleem van alle eeuwen. Hier in het Westen kent men tot de 20e eeuw voornamelijk de alcoholverslaving. In die tijd de ‘drankzucht’ genoemd. In deze tijd werden de drankzuchtigen en zwervers vooral gezien als sociaal afwijkende en heerste een *moreel behandel model* (Blok, 2011, p. 2) (Franken & van den Brink, 2009, p. 14) (Rutten & de Haan, 2009, p. 26).

Ook nu heerst nog vaak deze opvatting en worden bijbehorende interventies ingezet zoals opsluiting in de gevangenis, heropvoedingskampen en behandeling in zorgboerderijen (Franken & van den Brink, 2009, p. 14).

Sinds het begin van de 19e eeuw hebben zich grote veranderingen voorgedaan in het denken over verslaving (Brink, 2006, pp. 59-75). In het midden van deze eeuw begint men te denken dat de verslaving niet toe te schrijven is aan de verslaafde maar eerder aan de verslavende stof. Vanaf dan doet het *farmacologische mode*l haar intrede (Franken & van den Brink, 2009, p. 15). Het meest relevante behandeldoel in die tijd was totale abstinentie (Blok, 2011, p. 5).

Na deze constatering wordt rond 1930 het té simpele farmacologische model losgelaten en wordt het vervangen door een *symptomatisch model* geïnspireerd op de psychoanalyse*.* Hierbij was de psychotherapeutische behandeling de meest gebruikte en werd er langdurig behandeld op de persoonlijkheidsstoornis (Franken & van den Brink, 2009, p. 15).

In de periode na de oorlog, 1945-1960, krijgt dit ziektemodel voor verslaving steeds meer aanhang. De behandeling begint dan te bestaan uit de toepassing van methodieken die erop gericht zijn volledig abstinent te zijn met behulp van medicatie (disulfiram) en/of de steun van lotgenoten via zelfhulporganisaties zoals de Alcoholics Anonymous en de Narcotics Anonymous (AA en NA) (Franken & van den Brink, 2009, p. 15). De eerste AA groep vindt plaats in 1935 in Amerika en in 1957 zijn er 200.000 leden in 70 landen (Blok, 2011, p. 112).

Vanaf 1960 begint ook de psychologie zich te interesseren voor verslaving (Franken & van den Brink, 2009, p. 15). Vanaf deze periode ontstaan er 24-uursinstellingen waarbij onaangepast gedrag afleren het behandeldoel is. Drankbestrijders worden hierbij vervangen door maatschappelijk werkers en psychiaters. Het *leermodel* doet haar intrede. Een spraakmakende behandelmethode was een ‘braakbehandeling’ met Refusal. Door dit medicijn zou men gaan braken wanneer men alcohol drinkt waardoor uiteindelijk de trek in alcohol afgeleerd wordt (Blok, 2011, p. 143) (Blok, 2011, p. 123). Naast de Refusalkuur waren de belangrijkste interventievormen cognitieve gedragstherapie en de cue-exposuretherapie (Franken & van den Brink, 2009, p. 15).

In de periode 1970-1980 is het definitief voorbij met het absolute verschil tussen verslaafden en niet-verslaafden. De hiervoor beschreven ontwikkelingen vormen uiteindelijk de basis voor het nog steeds gebruikte *biopsychosociale ontwikkelingsmodel*. Op grond van dit model is het zogeheten afhankelijkheidssyndroom ontwikkeld en zijn de behandelmethoden multimodale interventies geworden waarbij alle drie bovengenoemde gebieden geïntegreerd worden aangeboden (Edwards & Gross, 1979, pp. 1058-1061).

De laatste tijd wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar het medisch-biologisch aspect binnen het biopsychosociale ontwikkelingsmodel en spreekt men steeds vaker over verslaving als een hersenziekte (Leshner, 1997, pp. 45-47) (Brink, 2006, pp. 59-75). Binnen dit model vormt een aangeboren kwetsbaarheid de onmiskenbare basis voor herhaaldelijk gebruik van verslavende stoffen en zorgt dit herhaaldelijke gebruik op diens beurt weer voor belangrijke, moeilijk terug te draaien veranderingen in het brein. Medicamenteuze en gedragstherapeutische interventies worden binnen dit model als meest effectief gezien.

Zoals te lezen valt is er een enorme ontwikkeling geweest in hoe men tegen het begrip verslaving aankijkt. Wat hierbij opmerkelijk is om te zien is dat hiermee ook de behandelvormen van verslaving enorm schommelen. Er is een duidelijke schommelbeweging te zien tussen intensief ‘klinisch’ behandelen en ‘begeleidend’ behandelen met grote mate van vrijheid. Zo zie je aan het begin van de vorige eeuw een behandelmodel van opsluiting en uitsluiting. Vervolgens schommelt het naar een meer begeleidend of ambulant model, waarbij de behandeling op basis van farmacotherapie meer ondersteunend is. Dit gaat gedurende een eeuw zo door tot het punt waarop we nu beland zijn. We komen net uit een periode waarin de 24-uurs instellingen gefloreerd hebben maar teveel geld zijn gaan kosten. Ook zorgen ze voor teveel hospitalisering. We zijn aangekomen in een fase waarin weer meer ambulant behandeld gaat worden.

Wij verwachten dat deze schommelbewegingen zich blijven voordoen. Op dit moment krijgt de ambulante behandeling vorm aan de hand van het biopsychosociale ontwikkelingsmodel. Maar nog steeds wordt er onderzoek gedaan naar behandeling voor verslaving en hoe we als maatschappij tegen dit probleem aan moeten kijken. Wel gaan we er nu dus vanuit dat verslaving een hersenziekte is en moet de behandeling ingaan op alle levensgebieden zoals beschreven in het model. Dit is dan ook een van de criteria waarop we de methodieken al dan niet aanbevelen.

## 2.2 Verschillende behandelvormen voor verslaving

Wat ons opvalt in de gelezen literatuur is dat er geen vakliteratuur is die uitsluitend ambulante behandeling beschrijft. De literatuur beschrijft methodieken en interventies gewoon simpelweg op hun inhoud en niet of dat klinisch of ambulant is. De meeste methodieken kunnen namelijk zowel klinisch als ambulant ingezet worden. De door ons gelezen literatuur bevat twee methodieken die wel speciaal ontwikkeld zijn voor de ambulante behandeling. Het gaat dan om de Community Reinforcement Approach en een onderdeel van het casemanagement en de Functie Assertive Community Treatment teams (FACT teams). Op beide methodieken gaan we verderop in dit hoofdstuk dieper in.

Doordat de beschrijving binnen de literatuur vooral over de methodieken zelf gaat beschrijven wij de methodieken ook op deze manier. Wij weten uit ervaring en uit de interviews dat methodieken voor een groot deel zowel klinisch en ambulant ingezet kunnen worden. Het zal bij de keuze van methodieken dus vooral gaan om hun geschiktheid op basis van onze criteria.

Zoals eerder genoemd is het een criterium dat de geselecteerde methodieken van toepassing zijn op de leefgebieden zoals omschreven in het biopsychosociaal ontwikkelingsmodel. De methodiek moet dus betrekking hebben en succes boeken op het biologische aspect van de verslaving, het psychische en het sociale aspect. Hierbij is het goed te noemen dat dit criterium erg snel behaald is.

Wij vinden het belangrijk dat de methodiek die we aanbevelen aansluit bij de visie, doelgroep en het behandelaanbod van het Leger des Heils. Daarnaast willen wij dat de methodiek zoveel mogelijk evidence-based is en aansluit bij de problematiek van de cliënt. Wij achten hiermee de toepasbaarheid en relevantie het grootst. Wanneer de methodiek (deels) voldoet aan deze criteria kunnen wij spreken van een methodisch verantwoorde aanbeveling. Hiermee geven wij antwoord op het deel van de hoofdvraag hoe het Leger des Heils methodisch verantwoord vorm en inhoud kan geven aan een ambulant behandeltraject voor verslavingszorg vanuit de vakliteratuur.

Daarnaast willen wij graag een aanbeveling doen die zoveel mogelijk evidence-based is. Het Leger des Heils werkt grotendeels met financiering vanuit zorgverzekeraars. Deze hebben belang bij een behandeling die bewezen effectief is.

Uit verschillende onderzochte bronnen komt steeds naar voren dat drie grote behandelmethoden evidence-based zijn. De term evidence-based betekent dat de methode via wetenschappelijk onderzoek bewezen effectief is. Voor de wetenschappelijke basis hiervan worden allerlei eisen gesteld. Er wordt in de literatuur die wij onderzochten gesproken over evidence-based resultaten. De resultaten nemen we over op gezag van de auteurs. De beschrijving van de literatuur en auteurs is te lezen in de paragraaf die gaat over de verantwoording van de methoden.

De drie evidence-based methodieken zijn de cognitieve gedragstherapie, motiverende behandeling en de 12-stappenmethode van de Anonieme Alcoholisten (Franken & van den Brink, 2009, p. 388) (Rutten & de Haan, 2009, p. 143). Deze zullen alle drie aan de orde komen in de hierop volgende methodiekbeschrijving, echter niet in deze volgorde. Wij geven namelijk een methodiekbeschrijving in een chronologische volgorde van toepasbaarheid. De volgorde is te verdelen in de momenten van aanmelding tot behandeling, de behandeling, de nazorg en overige aandachtspunten.

Hieronder is de evidentie en toepasbaarheid van elke methodiek te lezen die onderzocht is. De beschrijving van de inzet van deze methodieken is erg uitgebreid en daarnaast niet direct nodig voor onze aanbevelingen. Wel vinden wij deze informatie belangrijk om een beter beeld te krijgen van de uiteindelijke inzet van de methodieken. In dit hoofdstuk is de methodiekbeschrijving weggelaten, deze is toegevoegd aan de bijlage.

## 2.2.1 Aanmelding, intake en voortraject

Vanuit de literatuur komen verschillende methodieken naar voren die ingezet kunnen worden tijdens de fase van aanmelding, intake en het voortraject. De methodieken die naar voren komen zijn internetbehandeling, behandeling voor dubbele diagnose en motiverende gespreksvoering. In deze paragraaf zeggen we kort wat over de inhoud en toepasbaarheid hiervan.

*Evidentie van internetbehandeling en mate van geschiktheid om in te zetten*

Het NIGZ (Nationaal instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie) beheert de website [www.drinktest.nl](http://www.drinktest.nl) met ongeveer 9000 bezoekers per maand. Zij geven aan dat online verkregen advies op maat beter gelezen wordt dan informatie in een brochure en dat 30% van de onderzochten daadwerkelijk bezig was drinkgebruik te minderen tegenover 18% van de controlegroep. Ook van andere websites zoals [www.minderdrinken.nl](http://www.minderdrinken.nl) is de effectiviteit onderzocht en ook hiervan waren de resultaten positief. Zo was er bij een controlegroep van 200 deelnemers een daling van alcoholgebruik te zien van 33%. (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, pp. 153-156).

We hebben ervoor gekozen om internetbehandeling te noemen in he traject van aanmelding tot behandeling. Al vanaf het moment van behandeling kan er begonnen worden met het bieden van ondersteuning via internet. Er kunnen vragenlijsten ingevuld worden, dagboeken bijgehouden worden en bepaalde termen en informatie gedeeld worden die in de behandeling nuttig zijn. Ook kan er al begonnen worden het gebruik te controleren (zie hiervoor het kopje gecontroleerd gebruik). Echter zoals al te lezen is valt internetbehandeling ook in te zetten tijdens de behandeling zelf en tijdens de nazorg. Deze informatie kan dus ook denkbeeldig gelezen worden bij die andere twee delen van dit onderzoek. Aangezien de Wending net een E-health programma ontwikkeld heeft in samenwerking met het bedrijf Minddistrict achten wij de inzet ervan als zeer geschikt. Het programma is geschreven voor het hele traject, van aanmelding tot nazorg. Samen met de beperkte, maar positieve, resultaten die bekend zijn van deze vorm van behandeling voor verslaafden zijn wij erg optimistisch over de inzet.

*Evidentie van dubbele diagnose behandeling en mate van geschiktheid om in te zetten*

Dubbele diagnose behandeling houdt in dat men naast de verslaving tegelijkertijd ook behandeld wordt voor een andere gediagnosticeerde stoornis. Er is in de afgelopen jaren veel moeite gedaan om behandeltrajecten voor patiënten met dubbele diagnose (comorbiditeit) te ontwikkelen. Ondanks dat de kennisbasis nog steeds erg smal is. Toch pleitten erg veel professionals voor deze dubbele diagnose behandeling. Ook tijdens de landelijke kennisdag van het Trimbos en GGZ Nederland 2013 werd hierop gewezen.

Tot op heden kan nog wel gesteld worden dat behandeling van zowel de verslaving als de psychische problematiek, ondanks de vele steun die er is voor deze behandeling, onontgonnen terrein is (Franken & van den Brink, 2009, pp. 458-470). Wanneer je het hebt over de fase van aanmelding zou dit een sterk criterium moeten zijn om op te selecteren. Wanneer er een andere diagnose dan verslaving de overhand heef zal de behandeling voor verslaving veel minder succesvol zijn. Behandeling voor dubbele diagnose zou een (veel) intensievere samenwerking vereisen van de Wending met specialistische GZ instellingen. Gezien de opstartfase van ambulante behandeling vinden wij op dit moment de inzet op dubbele diagnose niet geschikt.

*Evidentie van motiverende gespreksvoering en mate van geschiktheid om in te zetten*

Oorspronkelijk is motiverende gespreksvoering bedoeld als opmaat tot behandeling. Er zijn nu aanwijzingen dat het ook op zichzelf gebruikt kan worden. Als het gaat om het bevorderen van motivatie voor behandeling is motiverende gespreksvoering uiterst effectief, effectiever dan andere methoden. Franken beweert dat het als stand-alone behandeling ook effectief is, en noemt het even effectief als de 12-stappen behandeling of cognitieve gedragstherapie. Vooralsnog echter lijkt motiverende gesprekvoering het meest effectief als onderdeel van een breder behandelpakket (Franken & van den Brink, 2009, p. 396). Omdat de literatuur ons geen volledige duidelijkheid geeft over de effectiviteit van motiverende gespreksvoering als stand-alone methodiek nemen we dit niet zonder meer over. Zoals genoemd in de methodiekbeschrijving is motiverende gespreksvoering het meest effectief als onderdeel van een breder behandelpakket. Ook zal het de nodige scholing vereisen voordat er goed gewerkt kan worden met deze methode. Slechts een enkeling is hier echt bekend mee binnen de Wending. Wij zien deze methode, ondanks de evidentie ervan, dus niet geschikt om in te zetten binnen de Wending.

## 

## 2.2.2 Behandeling

In deze paragraaf beschrijven we de methodieken die ingezet kunnen worden tijdens de behandeling. Het verschil tussen het voortraject en de behandeling kenmerkt zich door een beschreven behandelplanplan dat aanvangt in deze fase. Vaak wordt dit behandelplan op maat gesneden wordt voor de cliënt. Ook zal tijdens de fase van behandeling het contact tussen de hulpverlener en cliënt een stuk intensiever zijn.

*Evidentie bij behandeling met cue-exposure en mate van geschiktheid om in te zetten*

Cue-exposure is een behandeling waarbij de client blootgesteld wordt aan het middel van verslaving. Dit om geleidelijk aan de stimulatie die hiermee gepaard gaat, het willen gebruiken van het middel, uit te doven. Cue-exposure behoort tot de cognitieve gedragstherapie. Bij de behandeling voor alcoholafhankelijkheid heeft het toevoegen van cue-exposure aan een cognitief-gedragstherapeutische behandeling geen meerwaarde. Wanneer het behandeldoel gecontroleerd drinken is heeft het mogelijk wel een meerwaarde. Bij de behandeling van drugsafhankelijkheid zijn de resultaten over het toevoegen van cue-exposure aan het behandelpakket wisselend (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 389). Het Leger des Heils kent tot op heden niet het behandeldoel van gecontroleerd gebruiken, enkel abstinentie is daar het behandeldoel. We zien het dus niet als geschikte methode voor de Wending. Wel is het zo dat wanneer men in vanuit de thuissituatie verblijft er meer ‘cues’ aanwezig zullen zijn. Zo is er de koelkast waar het bier altijd in stond of het plekje op de salontafel waar de naald of het crackpijpje lag. Hier bewust aandacht aan besteden zal in een ambulante behandeling meer aandacht behoeven. Hier echt op behandelen zien wij om de hiervoor genoemde reden toch niet als nodig.

*Evidentie van copingsvaardigheidstraining en mate van geschiktheid om in te zetten*

Copingsvaardigheden trainen is een flexibel model dat gedurende een hele behandeling kan worden toegepast. Het wordt voortdurend aangepast aan nieuwe informatie over belangrijke uitlokkers voor gebruik bij de cliënt (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 58). Het doel van deze methodieken is dat de client nieuwe gedragspatronen aanleert Ook deze methodiek behoort tot de cognitief-gedragstherapeutische methodieken.

Behandelmethoden gebaseerd op copingskillstraining en terugvalpreventie, die in Nederland geïntegreerd zijn in de Leefstijltrainingen 2 en 4, zijn effectief in de behandeling van verslaving van alcohol- en drugsgebruik. Naast de 12-stappenmethoden en de motiverende gespreksvoering is deze copingsvaardigheidstraining zelfs het meest effectief van de onderzochte methoden. In hoeverre dit effectiever is dan die twee is niet veel bekend (Franken & van den Brink, 2009, p. 393). De Wending werkt binnen beide behandelafdelingen met copingsvaardigheidstrainingen. Er worden op dit moment Liberman en Goldstein trainingen gegeven. Bij Liberman wordt zoals hierboven beschreven getraind met onder andere risicosituaties door risicoherkenning en risicotrainingen door rollenspellen. Liberman is net als de leefstijltraining een copingsvraadigheidstraining waarin veel apsecten,zoals terugvalpreventie en rollenspellen naar voren komen. Goldstein is ook een vorm van copingsvraadigheidstraining maar minder uitgebreid dan Liberman en de Leefstijltraining. Bij Goldstein wordt vooral getraind op sociale vaardigheden door middel van rollenspellen.

Dit soort trainingen zijn dus bewezen het meest effectief in de strijd tegen drugs- en alcoholverslavingen. De effectiviteit van de methode en de ervaring die de Wending er al mee heeft maakt deze methode volgens ons uitermate geschikt om in te zetten in het ambulante behandeltraject. Ambulant behandelen betekent vooral dat de cliënt thuis verblijft en niet in een instelling. De behandeling kan naar gelang de ingezette behandelmethode thuis of in een kliniek gebeuren. Een cliënt kan dus prima een programma volgen binnen de Wending en dan terugkeren naar huis. Dit is een vorm van ambulant behandelen die wij als geschikt zien.

*Evidentie van de twaalfstappenbehandeling en mate van geschiktheid om in te zetten*

Het 12-stappen programma kent de basis uit de beter bekende Anonieme Alcoholisten beweging. De 12-stappen is de geprotocolleerde behandeling op basis van het gedachtegoed van de Anonieme Alcoholisten maar wordt inmiddels toegepast voor alle vormen van verslaving. Behandelaren die de 12-stappen aanbieden moeten wel het ziektemodel van verslaving tot op zekere hoogte onderschrijven om geloofwaardig over te komen (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 83). Niet iedereen ziet verslaving namelijk als chronische ziekte. Binnen het gedachtengoed van de AA komt een verslaafde nooit meer van deze ziekte af en blijft dus altijd verslaafd.

Er zijn aanwijzingen dat de 12-stappenbenadering effectief is. Onderzoeken hiernaar zijn echter wel beperkt. Er zijn nauwelijks gecontroleerde studies en er is hoge mate van zelfselectie. Voor dubbele diagnose patiënten lijkt 12-stappen minder effectief dan cognitief-gedragstherapeutische behandeling. Een klinische 12-stappen behandelmethode lijkt geen meerwaarde te hebben boven alternatieve benaderingen (Franken & van den Brink, 2009, p. 396). Voor individuele therapie bij drugverslaafden bleek de 12-stappen behandeling wel het meest effectief. En ook is het zo dat een 12-stappenbehandeling het beste resultaat geeft bij alcoholisten als het gaat om het deelnemen aan zelfhulpgroepen van de AA na opname (Franken & van den Brink, 2009, p. 397). Ook voor deze vorm van behandelen geldt dat de Wending hiermee ervaring heeft. Zoals te lezen is heeft deze vorm van behandelen klinisch weinig meerwaarde. Samen met de effectiviteit in de individuele variant suggereert dit dat de methode uiterst geschikt is om ambulant en individueel in te zetten. We denken dat deze methode geschikt is om in te zetten in een ambulante behandelvorm. Echter niet als enige vorm. De methodiek kan individueel ingezet worden en dus bij iemand thuis. De zelfhulpgroepen die onderdeel zijn van de 12-stappen behandeling kunnen op meerdere tijdstippen bezocht worden door de cliënt zelf, onafhankelijk van de instelling. Juist het (inter)nationale karakter van deze behandelvorm geeft ambulante voordelen zoals dat er overal behandeld kan worden via deze methodiek en dat cliënten overal lotgenoten kunnen vinden. Maar niet iedereen binnen de Wending onderschrijft het gedachtengoed van de 12-stappenmethode en het is vooral effectief in de individuele variant. Daarnaast zal de cliënt ook enige mate van zelfreflectie nodig hebben om deze behandeling ambulant goed te kunnen volgen.

*Evidentie bij behandeling met de Community Reinforcement Approach (CRA) en contingencymanagement (CM) en mate van geschiktheid om in te zetten*

De CRA werkt vanuit de krachten van de cliënt. De behandeling is erop gericht de client weer in zijn of haar eigen kracht te zetten door middel van positieve bekrachtigers en met hulp van de omgeving. Contingencymanagement is een onderdeel hiervan. De CM is een manier om iemand positief te stimuleren. Er wordt dan gewerkt met bijvoorbeeld vouchers die verdiend kunnen worden.

Een nadeel van het uitdelen van vouchers anders dan privileges is dat ze geld kosten. Daarnaast is het zo dat de effectiviteit van het uitdelen van vouchers samenhangt met de waarde van de voucher. Hoe hoger de waarde hoe groter de effectiviteit. Over het algemeen kan wel gesteld worden dat behandelvormen die gebruik maken van positieve bekrachtiging in de vorm van vouchers effectief zijn in het veranderen van middelenmisbruik. CM zorgt op korte termijn ervoor dat middelenmisbruik substantieel verandert. Echter, om dat resultaat langer te behouden lijkt aanvullende behandeling noodzakelijk (Franken & van den Brink, 2009, p. 392). Het Leger des Heils staat niet bekend om haar grote financiële middelen. Dit maakt inzet van vouchers minder geschikt. Er is ook nog weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van inzet van de CRA als geheel. De instellingen die er al wel mee werken hebben hier vaak een eigen invulling aan gegeven. In die zin zien wij toepassing van de CRA meer als een gedachtengoed, waarin geprobeerd wordt de hele omgeving volgens het biopsychosociale model mee te nemen in de behandeling. Daarnaast heeft de Wending al veel kennis met andere methodieken in huis. Hierdoor vinden wij de inzet van CRA minder geschikt voor dit moment. In de toekomst kan het bestaande behandelaanbod misschien uitgebreid worden naar een meer volledig CRA model.

*Evidentie van farmacotherapie en mate van geschiktheid om in te zetten*

Bij farmacotherapie gaat het erover dat de cliënt behandeld dan wel ondersteund wordt door middel van medicatie.

Disulfiram (een braakmiddel) wordt vooral gebruikt aan het begin van een abstinente periode. Voor langdurig gebruik lijkt het middel niet zo geschikt en lijkt het placebo-effect belangrijker dan het autonome effect.

Voor de andere medicijnen moet nog onderzoek gedaan worden om de effectiviteit betrouwbaar te kunnen noemen. Op dit moment ziet het er wel naar uit dat Naltrexon (ontwenningsmiddel) iets effectiever is bij het omgaan met terugvallen en craving. Daarnaast kan medicijngebruik ook hier het best gecombineerd worden met psychosociale interventies (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 146).

Er wordt gesteld dat er geen enkele psychologische behandeling conflicteert met (ondersteunend) gebruik van medicatie (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 90). Binnen de Wending ziet men het gebruik van bijvoorbeeld methadon ook als middelengebruik. Daarom zal de cliënt meestal af moeten bouwen van het medicijngebruik. Wel wordt er altijd gekeken naar wat een cliënt nodig heeft aan ondersteunende medicatie. Wij zien farmacotherapie dus wel als geschikte methodiek om in te zetten maar vooral in een ondersteunende en afbouwende vorm. Zoals het er nu uitziet krijgt dat vorm door een gesprek met de verslavingsarts. Ambulant kan dit ook. De cliënt zal op bezoek komen voor een gesprek. Wat wel een verschil zal zijn is dat in de klinische setting de cliënt de medicatie uitgereikt krijgt per dag, vaak zelfs per dagdeel. Ambulant zal de cliënt hier zelf alert op moeten zijn. Ook bijwerkingen zal de cliënt zelf moeten constateren en rapporteren. Tijdens de aanmelding en intake zal dus ingeschat moeten worden of de cliënt hiertoe elf in staat is.

*Evidentie van gecontroleerd gebruik en mate van geschiktheid om in te zetten*

25 jaar geleden was er bijna een unanieme overeenstemming dat totale abstinentie het enige behandeldoel was. Tegenwoordig laat onderzoek zien dat een aantal probleemdrinkers een patroon van gematigd en niet-problematisch drinken kan aanleren en vasthouden. Onderzoek van Walters (2000) laat zien dat deze behandeling effectiever is dan geen behandeling en minstens net zo effectief als abstinentie georiënteerde behandeling.

Wat betreft de doelgroep die geschikt is voor deze behandeling, en niet op lange termijn terugvalt in gebruik zoals critici stellen, is nog te weinig onderzoek gedaan (Franken & van den Brink, 2009, p. 400). Als je naar de cijfers kijkt over de effectiviteit van gecontroleerd gebruik als behandeldoel zou je het misschien meteen in willen zetten. Er zit echter voor het Leger des Heils ook een ethisch aspect aan. Er wordt namelijk gedacht dat de mens niet bedoeld is voor gebruik en verslaving. Gecontroleerd gebruik is dus tot op heden geen reëel behandeldoel en hiermee niet geschikt om in te zetten. Een eventuele variant hierop is dat je via de e-health of internettherapie, die later uitgelegd wordt, in de voorzorgfase toewerkt naar gecontroleerd gebruik om in de uiteindelijke behandeling naar abstinentie toe te werken. Dit is juist in de ambulante setting een mooie vorm. Omdat de cliënt hier zelf mee kan gaan oefenen in de thuissituatie. Deze situaties leveren vaak mooie inbreng op voor de behandeling.

*Evidentie van de minimale interventiestrategie en mate van geschiktheid om in te zetten*

De minimale interventiestrategie heeft als doel de behandeling zo efficiënt mogelijk te maken met zo min mogelijk interventies. Deze strategie sluit ook nauw aan bij het stepped-care model. Dit model houdt in dat je begint met zo min mogelijk interventies. Al naar gelang er meer behoefte komt voor interventies schroef je dat aantal op. Andersom kan het ook, aan het eind van de behandeling de interventies steeds meer afbouwen.

Er wordt gezegd dat er veel effectstudies gedaan zijn en bij een grote groep verslaafden en dat het leidt tot positieve verandering in de leefstijl (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 145). In Nederland is deze vorm bijvoorbeeld bekend als de Doorlichting Voorlichting Alcohol (DVA). Het is moeilijk deze methodiek die genoemd wordt in de literatuur goed te plaatsen. Er wordt gesproken over de leefstijltraining. Deze behoort op zichzelf ook tot de copingsvaardigheidstraining. Doorlichting Voorlichting Alcohol heeft een meer preventieve aard. En de gebruiksdagboeken en registratie van trekmomenten wordt ook ingezet bij E-health. Over het algemeen kan wel gezegd worden dat we de inzet van zo min mogelijk interventies ondersteunen. Als het gaat om een bewustzijn zien we deze vorm als geschikt om in te zetten. Zeker als je bedenkt dat de Wending tot nu toe klinisch heeft behandeld, waarin binnen de behandeling de programma’s vast staan. Nu er ambulant behandeld gaat worden is men onzes inziens er vrijer in om zo min mogelijk interventies in te zetten daar waar mogelijk. Hiermee kun je ook het zogeheten stepped-care model toepassen. Wanneer iemand thuis woont kan die persoon dan ook zoveel mogelijk het dagelijks leven voortzetten.

*Evidentie van casemanagement en mate van geschiktheid om in te zetten*

Casemanagement houdt in dat er één persoon centraal staat in de behandeling van de client. Bij deze behandeling zijn dan meerdere behandelaren betrokken en de casemanager is eindverantwoordelijk. Er zijn meerdere vormen van casemanagement bekend. Deze staan allemaal beschreven in de methodiekbeschrijving die te vinden is in de bijlage.

Meerdere bronnen zijn het erover eens dat er nog geen goed gerandomiseerd onderzoek is gedaan naar casemanagementmodellen. Daarnaast is er teveel diversiteit onder de modellen. (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 188) (Franken & van den Brink, 2009, p. 423).

Sinds de jaren tachtig is er echter een ontwikkeling gaande in Nederland dat er steeds meer aandacht is voor de ontwikkeling van zorgprogramma’s zoals casemanagement. Dit heeft ook mede te maken met het veranderende opnamebeleid eind jaren tachtig: patiënten worden minder lang en minder vaak opgenomen. (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 186)

Van de onderzochte methoden is de Assertive Community Treatment (ACT) het meest onderzocht. ACT teams zijn ontstaan in Amerika en richten zich op de ernstig zorg mijdende cliënten. Hun doel is deze mensen langdurig en intensief te begeleiden tot ze uiteindelijk wel de nodige behandeling willen volgen. Hierop is een Nederlandse variant ontstaan, het zogenaamde Functie Assertive Community Treatment, FACT. FACT is ook een casemanagement model waarbij er nauw samengewerkt wordt. Bij FACT wordt er echter ook meer behandeling gegeven. De behandeling gebeurt onder andere volgens het Libermanmodel, psycho-educatie en systeembehandelingen.

Er is onderzocht en vastgesteld dat ACT een positief effect heeft op alcohol- en drugsgebruik reduceren, contact onderhouden met de patiënt, ziekenhuisopnamen te reduceren en bijdragen aan een betere huisvesting. Er is geen bewijs dat een ACT behandeling beter werkt dan een reguliere behandeling. Wel geven patiënten een hogere behandelsatisfactie op na behandeling met ACT (Franken & van den Brink, 2009, p. 423)

Naar aanleiding hiervan heeft het Trimbos-instituut ‘kernindicatoren voor casemanagement’ ontwikkeld. Iets later ontstond de *Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg* beschreven in de protocollen Resultaten Scoren(Tielemans & de Jong, 2007)*.*

Omdat het Leger des Heils al zoveel kennis en kunde in huis heeft lijkt het ons niet aan te bevelen om te starten met een ACT team waarin er verschillende partners gaan werken met een cliënt. Wel lijkt het ons zeer geschikt om in het nieuwe ambulante model één hulpverlener aanspreekpunt en verantwoordelijk te maken voor de cliënt. Deze hulpverlener levert dan zelf ook zorg en coördineert de rest van de zorg. In zekere zin gebeurt dit in de klinische setting ook al door middel van een mentor of 1e aanspreekpunt. Dan is de zorg echter wel bijna allemaal in huis. In de ambulante vorm zal er meer coördinatie vereist worden en dan is het misschien goed om ook de term casemanager te gaan gebruiken om deze vernieuwing een naam te geven.

## 2.2.4 Nazorg

Tot slot zal aan het eind van de behandeling de intensiteit van contactmomenten en behandeling af gaan nemen. De fase van nazorg treedt dan aan. Het is bewezen dat een goed nazorgtraject de duur van de behandeling enorm kan inkorten. Daarnaast maakt het de effectiviteit van de behandeling in zijn geheel een stuk groter. Hieronder beschrijven we wat we in de literatuur vinden over nazorg.

*Evidentie van terugvalpreventie/nazorg en mate van geschiktheid om in te zetten*

Uit onderzoek blijkt dat korte of langere duur voor dezelfde behandeling geen invloed heeft op de uitkomst qua middelengebruik. Een langer durende behandeling heeft geen positievere uitkomst. Nazorg heeft echter wel toegevoegde waarde. Nazorg heeft op zowel cognitief-gedragstherapeutische interventies als farmacotherapie effect. De effectiviteit op middelengebruik is dan groter dan wanneer de behandeling op gebruikelijke wijze wordt afgesloten. Hierbij is telefonische nazorg net zo effectief, en minstens net zo effectief als voortgezette behandeling bestaand uit individuele cognitief-gedragstherapeutische teugvalpreventie of de twaalfstappenmethode (Emmelkamp & Vedel, 2007, pp. 213-215).

Er kan gesteld worden dat goede nazorg erg belangrijk is. Het verschil tussen nazorg en behandeling zal in een ambulante behandeling misschien wel wat diffuser zijn dan binnen een klinische behandeling. Dit omdat slechts de intensiteit van zorg afgebouwd hoeft te worden binnen de ambulante vorm, binnen de klinische vorm wordt er echt overgegaan tot terugkeer naar huis. Het is wel belangrijk te weten dat deze minder intensieve vorm van behandelen dus wel erg goede resultaten kan hebben. Wij raden aan om de nazorg in de vorm te doen van de behandelvorm die in eerste instantie ingezet is en deze af te bouwen. Daarnaast zal ook de E-health, zoals eerder beschreven, hier een goede vorm voor kunnen zijn. Hierbij is het omgekeerde stepped-care model van toepassing. Er wordt steeds meer zorg afgebouwd naarmate er minder behoefte aan is. De cliënt kan dan steeds meer werkzaamheden die er thuis worden gedaan, zoals huishouden, een baan en sociale contacten, op gaan pakken.

## 2.2.5 Overige aandachtspunten

Er zijn tijdens de behandeling nog andere aandachtsgebieden die niet direct onder de behandeling vallen. Het zijn vaak thema’s die ook niet standaard voor elke cliënt spelen. Te denken valt dan bijvoorbeeld aan partnertherapie. Niet elke cliënt heeft een partner. Deze aandachtsgebieden hebben hieronder een eigen beschrijving.

*Evidentie van seksespecifieke verslavingshulpverlening en mate van geschiktheid om in te zetten*

Seksespecifieke behandeling kent twee vormen. Een behandeling die puur en alleen bestaat uit het behandelen van één seksegroep, of tijdens de behandeling specifiek aandacht geven aan seksespecifieke behandelthema’s, al dan niet in een mannen- of vrouwengroep.

Over de evidentie van dit soort behandeling wordt niets gezegd. Leuk om te vermelden is dat tijdens ons onderzoek binnen de Wending begonnen is met het (her) opstarten van een vrouwengroep binnen de klinische behandeling. We achten de inzet van specifieke behandeling geschikt naar mate de vraag en het aanbod er zijn. In de ambulante behandeling woont de persoon zelf al thuis. Er zijn dan wat betreft seksespecifieke behandeling weinig thema’s over die behandeld kunnen worden. Het gaat dan heel gedetailleerd over bijvoorbeeld benadering van het andere geslacht wanneer men onder invloed is, of kleine verschillen in hoe stoffen inwerken op het vrouwelijke- dan wel mannelijke brein. Waar de seksespecifieke behandeling, zowel klinisch als ambulant, vooral op ingaat is hoe vooral vrouwen omgaan met weerbaarheid en eventueel misbruik in het verleden. Deze seksespecifieke therapie wordt dan vaak gegeven in een groep en kan zoals gezegd zowel klinisch als ambulant. Dan zijn er nog seksespecifieke behandelingen waarbij de gehele behandeling voor alleen mannen of alleen vrouwen is. Dit is echter vooral in de klinische setting en heeft als reden dat er dan geen onderlinge intieme contacten ontstaan. Dat wordt namelijk ook gezien als een verdovend middel dat afleidt van de behandeling. In de ambulante behandeling zou voor dit aspect wel aandacht zijn. Er zal in de ambulante setting wel minder sprake van zijn omdat er geen onnatuurlijke situatie ontstaat waarin mannen en vrouwen opeens dicht bij elkaar overnachten.

*Evidentie van gedragstherapeutische relatietherapie en mate van geschiktheid om in te zetten?*

Het toevoegen van partnerrelatietherapie aan een reguliere behandeling is van directe invloed op de relatiesatisfactie en voorspelt betere behandelresultaten dan individueel georiënteerde behadelingen (Franken & van den Brink, 2009, p. 395). Naast deze beweringen zijn er binnen de Wending al eerder afstudeeronderzoeken gedaan naar het belang van de inzet van het netwerk tijdens de behandeling. Deze uitkomsten waren dezelfde, namelijk dat het zeer belangrijk is het netwerk te betrekken. Binnen het biopsychosociale model wordt dit ook onderstreept. Als het gaat om het sociale aspect van dit model zien wij deze interventie dus ook als zeer belangrijk om in te zetten.

*Evidentie van systeembehandeling en mate van geschiktheid om in te zetten*

Systeemtherapie houdt in dat tijdens de behandeling van de client er ook aandacht besteedt wordt aan het systeem. Met het systeem worden alle mensen die dicht bij de client staan en nauw betrokken zijn in diens leven bedoeld.

Er wordt gezegd dat onder andere de therapietrouw vergroot wordt door systeembehandeling bij verslaving. Ook zien we bij verschillende andere interventies het belang van betrokkenheid van het systeem bij de behandeling onderstreept. Aan de hand van deze literatuur kunnen we echter niks zeggen over de evidentie hiervan. Alleen dat onderlinge verschillen in de systeembenadering onvoldoende overtuigend aangetoond zijn. Oftewel, het belang van systeembenadering is er, welke vorm is in mindere mate van belang. Het mooie aan deze resultaten is dat de vorm van interventie van ondergeschikt belang is. Bij de ene cliënt zal de eerder genoemde relatietherapie belangrijk zijn, bij de ander die misschien geen relatie heeft de inzet van het hele systeem in de therapie. Hoe dan ook zien wij het als zeer belangrijk om naast de behandeling van de persoon zelf en zijn verslaving, het netwerk, dus familie, vrienden, partner of kinderen te betrekken bij de behandeling. Daarnaast zal er binnen de ambulante behandeling meer dan in de klinische aandacht zijn voor het systeem. Omdat de cliënt thuis woont zal het systeem dichterbij zijn, hetzij fysiek, hetzij mentaal via foto’s of andere cues in huis.

*Evidentie Resultaten Scoren en mate van geschiktheid om in te zetten*

Resultaten Scoren is een protocollering van bepaalde behandelingen die geselecteerd zijn op basis van evidence-based onderzoeken. Deze protocollen beschrijven een specifieke behandelstrategie. Bijvoorbeeld behandelen voor verslaving, of ambulant behandelen van psychiatrische patiënten.

Van de evidence-based interventies die genoemd zijn is het opmerkelijk om te zien dat er veel overgeslagen zijn in Nederland. Zo zijn community-reïnforcement, contingencymanagement en gedragstherapeutische relatietherapie nauwelijks geïntegreerd in het Nederlandse behandelaanbod. Dit in tegenstelling tot het Minnesotamodel dat in rap tempo onder druk van de particuliere sector doorgevoerd is (Emmelkamp & Vedel, 2007, pp. 403-404). Het interessante aan deze Resultaten Scoren is dat ze sommige interventies hebben uitgewerkt en toegepast voor een specifieke behandeling. Voor ambulante verslavingsbehandeling is er geen protocol geschreven. Wel voor bijvoorbeeld casemanagement en behandeling van alcohol of cocaïne. Het kan interessant zijn om deze protocollen te bekijken wanneer er een ambulante behandeling is uitgeschreven. Voor nu zijn de protocollen niet één op één toepasbaar. Als er echter behoefte is aan verdieping van een specifieke interventie, of een bepaalde manier van werken zoals met casemanagement kan het handig zijn deze Resultaten Scoren erbij te pakken.

## 2.7 Samenvatting en toepassing

Samenvattend komen we tot de volgende conclusie als antwoord op deelvraag 1: Welke informatie over ambulante behandeltrajecten in de verslavingszorg is er te vinden in verschillende bronnen zoals literatuur en recent onderzoek en beleidsprotocollen van andere instellingen?

Er is genoeg informatie beschikbaar over behandeling voor verslaving. Voor de ambulante toepassing hiervan is soms wat creatief denken nodig. Vanaf het moment van aanmelding en intake tot het moment van nazorg zijn er echter tal van methodieken die ingezet kunnen worden. Sommige daarvan achten wij geschikt voor toepassing door het Leger des Heils, en andere weer niet. Criteria hiervoor zijn dat de methodieken aansluiten bij de doelgroep, de visie en het behandelaanbod van het Leger des Heils en dat de methodieken zoveel mogelijk evidence-based zijn en aansluiten bij de problematiek.

Vanaf het moment van de aanmelding door een cliënt is het belangrijk goed te inventariseren waar de persoon behoefte aan en baat bij heeft. Wanneer er een dubbele diagnose aan de orde is, en verslaving niet de overhand heeft is het goed om deze persoon door te verwijzen naar een dubbele diagnose kliniek. Wij raden het Leger des Heils aan dit niet zelf te doen. Wanneer het ambulante traject echter een tijd succesvol loopt is het de overweging waard hier nog eens nader naar te kijken. De effectiviteit wordt enorm verhoogd als voor beide diagnosen tegelijkertijd behandeld wordt. En er is hoge prevalentie als het gaat om een dubbele diagnose bij verslaafden.

Een van de drie evidence-based methodieken is de motiverende gespreksvoering. Deze is ontwikkeld als voorbereiding op de behandeling maar wordt tegenwoordig ook als stand-alone behandeling ingezet. Wanneer een werker binnen de Wending ervaring heeft hiermee kan het erg nuttig zijn om in het voortraject gebruik te maken van deze methodiek. Het zal echter heel wat scholing nodig hebben om hier goed mee te werken. Wij raden het Leger des Heils dan ook niet aan deze methode actief in te gaan zetten. Om de cliënt voor te bereiden op behandeling, en de behandeltrouw te vergroten zien wij liever E-health als methode die ingezet kan worden. Het E-health programma is voorhanden en de toekomstperspectieven hiervan zijn positief.

Als het gaat om de behandeling zelf raden wij de andere twee evidence-based methodieken aan om als basis mee te gaan werken namelijk de cognitieve gedragstherapie en de 12-stappen methode. Omdat de Wending al jaren lang ervaring heeft met cognitieve gedragstherapie lijkt ons deze zonder meer geschikt om ambulant in te gaan zetten. Om de cliënt een keus aan te kunnen bieden, en meer aan te sluiten bij diens behoefte en wensen raden wij aan ook een ambulante 12-stappen behandeling aan te bieden. Hier is ook al ervaring mee en er zijn werkers die het ziektemodel van deze behandeling onderschrijven. Daarnaast is deze methodiek zeer geschikt voor individuele behandeling, dat sluit aan bij het ambulante karakter en geeft de gewenste keus voor de cliënt. De cognitief gedragstherapeutische behandeling willen wij namelijk aanraden vooral groepsgewijs in te zetten. Dit vanwege de vele rollenspellen en ervaringsuitwisselingen die daarbij komen kijken.

In de hoofdlijn raden wij dus twee ambulante trajecten aan. Eén is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie en een op basis van de 12-stappen. Wat volgens ons ook beide behandelingen nodig hebben zijn farmacotherapie, systeemtherapie, E-health, een inzet op minimale interventies en het gebruik van een casemanager. De farmacotherapie is bedoeld als ondersteuning tijdens de afkick en het geleidelijk afbouwen van gebruikte medicatie. Hierbij verdient het extra aandacht te letten op medicatietrouw en eventuele bijwerkingen van de medicatie. In de ambulante setting zal dit namelijk minder gecontroleerd kunnen worden. De systeemtherapie is van essentieel belang om de therapietrouw te vergroten en zeker in een ambulante setting zal de thuissituatie steeds belangrijker worden. E-Health kan gedurende de behandeling ingezet worden. Wij raden aan het programma dat ontwikkeld is te gebruiken. Het is een mooie uitdaging om tijdens de omschakeling van klinisch naar ambulant de focus te hebben op zo min mogelijk interventies tijdens de behandeling. Dit scheelt de Wending kostbare tijd en energie en kan bij hetzelfde resultaat de behandelsatisficatie van de cliënt enorm vergoten. Omdat onderlinge samenwerking tussen verschillende behandelaren steeds belangrijker wordt in de ambulante behandeling raden wij aan om een behandelaar eindverantwoordelijk te maken en deze persoon een casemanager te noemen. Deze term brengt hopelijk verheldering voor zowel collega’s als de cliënt.

Een zorgvuldig gekozen nazorgtraject kan de eigenlijke behandeling aanzienlijk verkorten en succesvoller maken. Wij raden aan om de nazorg in dezelfde lijn aan te bieden als de behandeling zelf. Voor de cognitieve vorm van behandeling zal dit een nazorg zijn in de vorm van trainingen in groepen met terugkommomenten. Bij de 12-stappen behandeling zal dit vooral het bezoeken van de zelfhulpgroepen zijn. En ook voor de nazorg geldt dat bij beide behandelingen de inzet van systeemtherapie en E-health zeer gewenst is.

De community Reinforcement Approach is iets wat toekomstperspectief heeft. Wij raden voor nu aan hier de focus niet op te legen. Wel kan het een overstijgend gedachtengoed worden waarbij behandelaren steeds in het achterhoofd houden de cliënt in zijn of haar kracht te zetten door positieve bekrachtigers en inzet van het netwerk. Als er eenmaal een ambulante behandeling voor verslaving geschreven wordt/is dan kan het raadzaam zijn hier de Resultaten Scoren eens naast te leggen. Dit om te kijken of er nog verdieping aangebracht kan worden en of de behandeling aansluit bij wat zij zegen dat evidence-based werken is.

Hoofdstuk 3 Resultaten interviews

### **Inleiding**

Voor dit deel van het onderzoek zijn negen interviews afgenomen. Met de informatie die deze interviews ons opleveren geven we antwoord op de volgende deelvragen:

1. Wat zijn volgens de betrokkenen binnen klinische verslavingsbehandelcentra de onmisbare doelen en methodes van de huidige werkwijze en welke elementen zijn daarvan bruikbaar en geven inhoud aan de ambulantisering rekening houdend met de doelgroep?
2. Wat zijn de ervaringen van cliënten die een ambulant behandeltraject hebben gevolgd en wat is de mening van de naasten van deze cliënten hierover?
3. Op welke manier zijn ambulante behandeltrajecten voor verslavingszorg vormgegeven bij andere instellingen en volgens welke methodieken werken de medewerkers. Welke van deze methodieken zijn volgens hen het meest effectief en welke het minst?

Afgeleid van deze deelvragen zijn voor dit onderzoek negen interviews afgenomen bij drie groepen respondenten. We hebben interviews afgenomen bij twee medewerkers van de klinische behandelingen van het Leger des Heils, drie cliënten die een ambulante behandeling hebben gevolgd en vier medewerkers die werkzaam zijn binnen ambulante behandelingen van andere instellingen. Bij twee van de geïnterviewde cliënten gebruiken we alleen de voornaam omwille van de privacy. Negen interviews geeft geen representatief beeld maar het geeft wel richting aan ons denken en mooie inzichten die goed te gebruiken zijn in ons uiteindelijke advies. We verbinden de resultaten uit ons onderzoek zo veel mogelijk aan de informatie uit de literatuur.

In de interviews met de drie verschillende groepen respondenten zijn steeds de onderwerpen doelgroep, methodiek, invulling behandeling, familie & netwerk, visie op verslaving, nazorg en competenties hulpverleners besproken. De vragen die zijn gesteld waren wel bij elk interview anders, het verschilde per interview hoe diep er op een onderwerp werd ingegaan. In het onderstaande stuk zijn de meningen van deze drie groepen respondenten over deze onderwerpen naast elkaar gezet. We beschrijven deze data in de chronologische volgorde zoals ook een behandeling verloopt, van aanmelding tot nazorg. Daarna noemen we nog een aantal overige aandachtspunten.

Er zijn verschillende citaten toegevoegd aan de beschrijving van de resultaten van de interviews. Daarachter staat respectievelijk de naam van de respondent, de datum waarop het interview is afgenomen en het fragmentnummer van de uitspraak, terug te vinden in de gelabelde interviews. [Naam respondent, datum, fragmentnummer]. Deze gelabelde interviews en de kerntabellen zijn te vinden op de CD-ROM die aan dit product is toegevoegd.

## 3.1 Aanmelding, intake en voortraject

Het eerste contact dat het Leger des Heils heeft met nieuwe cliënten is bij de aanmelding. In de interviews is de respondenten gevraagd wat in deze eerste periode belangrijk is. 7 respondenten geven aan dat het belangrijk is dat er tijdens de intake een goede inschatting wordt gemaakt over welke afdeling het meest geschikt is voor iemand. Het is dus belangrijk dat er een intakeprocedure komt waarmee goed ingeschat kan worden of een ambulante behandeling of een klinische behandeling het meest passend voor iemand is.

Er kunnen een aantal voorwaarden gesteld worden waaraan cliënten moeten voldoen om een ambulante behandeling te volgen. In de interviews wordt dit ook benoemd door de respondenten. 6 respondenten geven aan dat er voorwaarden zijn waaraan iemand moet voldoen om een ambulante behandeling effectief te kunnen volgen. 4 van deze respondenten noemen dat een veilige thuisplek een voorwaarde is. Andere voorwaarden die worden genoemd zijn dat de cliënten voldoende reflectief vermogen moeten hebben, voldoende gemotiveerd en niet te veel psychisch belast zijn. Het is belangrijk dat een cliënt voldoet aan bovengenoemde voorwaarden omdat de kans anders groot is dat de behandeling niet aansluit bij de cliënt. Wanneer mensen bijvoorbeeld geen veilige thuissituatie hebben is de kans groot dat ze tijdens de behandeling weer terugvallen omdat ze bij een ambulante behandeling in hun eigen huis moeten blijven wonen. Uit deze gegevens uit de interviews blijkt dus dat er bij de intake een afweging gemaakt moet worden over de vraag of cliënten ambulant of klinische behandeld moeten worden en daarin kunnen de genoemde voorwaarden meegenomen worden.

*Ambulant in plaats van klinisch*

Ons valt op dat er onder de respondenten veel verschillende meningen zijn over de vraag of veel verslaafden met een ambulant behandelprogramma geholpen zouden kunnen worden, of dat een klinische behandeling beter zou zijn. Allebei de geïnterviewde medewerkers van de klinische behandelingen van het Leger des Heils zijn terughoudend en denken dat er weinig verslaafden zijn waarvoor een ambulante behandeling passend zal zijn. Argumenten die hiervoor door hun genoemd worden zijn dat een ambulante behandeling niet intensief genoeg is en dat je het alledaagse leven niet met hen meemaakt terwijl daarin juist veel patronen zichtbaar worden. Mevr. Kieft zegt: “*Ik kan me voorstellen dat voor sommige mensen ambulant heel goed en passend is. Helemaal als je nog onderdeel bent van een gezin. Maar voor sommige cliënten vraag ik me echt af of het voldoende is*” [18-04-2013, mevr. Kieft, 6.11.2]. Dhr. van Velthoven heeft echter een andere mening over dit onderwerp. Hij zegt over dit onderwerp: “*Ik zie dat veel meer mensen van dit programma kunnen profiteren dan dat ik oorspronkelijk zou hebben gedacht. Vroeger zou ik veel meer mensen naar de kliniek hebben gestuurd dan ik vandaag doe*” [dhr. van Velthoven 22-03-2013, 1.4.3].

De beleidsmedewerkers bij de instellingen waar een ambulante behandeling wordt aangeboden zijn duidelijk optimistischer over de mogelijkheden van een ambulante behandeling. Dat blijkt ook uit het hierboven genoemde citaat van dhr., van Velthoven. De geïnterviewde beleidsmedewerkers zijn van mening dat veel meer mensen ambulant behandeld zouden kunnen worden. Bij The Home Clinic zeggen ze zelfs dat 90% van de verslaafden ambulant behandeld zou kunnen worden. De twee citaten van dhr. van Velthoven en mevr. Kieft vinden we belangrijk omdat dit laat zien dat er veel verschillende meningen zijn over de vraag voor wie ambulante behandeling geschikt is. De citaten geven aan dat hulpverleners die ambulant behandelen dit als erg positief ervaren, maar dat de hulpverleners die klinisch behandelen juist erg kritisch staan tegenover ambulante behandeling. Wij als onderzoekers vinden de opmerking van dhr. van Velthoven hierin erg belangrijk omdat hij net als de geïnterviewde klinische medewerkers in eerste instantie ook erg kritisch stond tegenover ambulante behandeling. Nu hij hier echter in de praktijk mee werkt merkt hij dat echt veel mensen geholpen kunnen worden met een ambulante behandeling.

Verder gaven twee geïnterviewde beleidsmedewerkers aan dat de stepped-care gedachten belangrijk is. Je moet niet intensief beginnen en kijken of dat voldoende is. Wanneer dat niet lukt kan je doorstromen naar een intensievere behandelvorm. Een medewerker van het Leger des Heils noemt echter dat je dit alleen moet doen als je denkt dat het haalbaar is voor de cliënt, anders kan je beter gelijk een intensievere vorm inzetten.

*Detox*

Bij de meeste instellingen die door ons geïnterviewd zijn moeten cliënten clean zijn voor de aanvang van de behandeling. Vaak vindt de detox plaats aan het begin van de behandeling of vooraf aan de behandeling. Bij The Home Clinic wordt er voor het begin van de behandeling een pre-detox gedaan. Hierin moet de cliënt zelfstandig 10-15% minder gaan gebruiken, het doel hiervan is remoraliseren. Belangrijk is dus dat de cliënten die de een ambulante behandeling volgen bij het Leger des Heils ook eerst een detox doen. Eventueel zou het Leger des Heils hierbij ook gebruik kunnen maken van de klinische afdelingen. Iemand kan dan een korte tijd opgenomen worden voor een detox. Wanneer de detox is afgelopen kan de cliënt weer naar huis om van daaruit de ambulante behandeling te volgen.

*E-health*

Aan het begin van de behandeling kan ook E-Health al ingezet worden. Uit de literatuur blijkt dat E-Health een effectief onderdeel van een behandeling kan zijn. In ons literatuuronderzoek is te lezen dat uit onderzoek blijkt dat informatie via internet veel beter gelezen wordt dan wanneer het wordt aangeboden in een brochure (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, pp. 153-156). E-Health kan dus ook ingezet worden als een middel tot voorlichting. E-health kan volgens de meeste respondenten ook goed een onderdeel zijn van de behandeling. Het is volgens hen wel belangrijk dat het ingezet wordt naast face-to-face contact. Dhr. IJkema noemde dat zonder face-to-face contact E-Health niet effectief gebleken is. Dhr. van Velthoven deelde deze mening en zei hierover ook dat hij het belangrijk vindt dat E-Health niet de groepsmomenten vervangt, die zijn volgens hem juist essentieel bij het herstel van verslaving. Hij zei: *“Als je een soort mix zou kunnen vinden waar mensen elkaar wel blijven ontmoeten, blijven verbinden en toch die informatie op een makkelijke manier tot zich zouden kunnen nemen dan zou het wel mooi zijn.”* [dhr. van Velthoven, 22-03-2013, 1.16.2].

De respondenten vertellen dat E-Health vaak wordt gebruikt in alle verschillende onderdelen van de behandeling. Het kan al worden opgestart op het moment dat iemand nog op de wachtlijst staat. Soms gaat het ook door tijdens de behandeling zelf en wanneer de behandeling is afgelopen wordt het ingezet als nazorg. Wij hebben gesproken met een beleidsmedewerker van het Leger des Heils en we hebben begrepen dat E-Health zo momenteel ook ingezet wordt bij het De Wending. Dhr. IJkema is ook enthousiast over deze manier waarop E-Health ingezet kan worden. Hij noemt dat je voor of tijdens de behandeling een behandelaar toegewezen krijgt. Nadat de behandeling is afgelopen kan je dan gewoon deze zelfde behandelaar aanhouden. Je blijft dus steeds contact houden met dezelfde persoon.

## 

## 3.2 Behandeling

*Invulling behandeling*

Nadat het voortraject is afgelopen begint de behandeling. In de interviews zijn door ons aan de respondenten vragen gesteld over hoe een ambulante behandeling vormgegeven kan worden. In een behandeling wordt gewerkt vanuit een of meerdere methodieken. Daarnaast zijn er ook nog een aantal andere onderdelen die belangrijk zijn bij het vormgegeven van een ambulante behandeling, die zullen wij nu eerst beschrijven.

*Behandeldoel & intensiteit behandeling*

Wanneer een verslaafde een behandeling gaat volgen zijn er verschillende behandeldoelen mogelijk. Het doel kan volledige abstinentie zijn, dan moet de cliënt volledig stoppen met drinken of het gebruik van drugs. Een ander behandeldoel is gecontroleerd gebruik waarbij de verslaafde meer controle over zijn gebruik krijgt maar niet volledig hoeft te stoppen. Al de 9 respondenten vinden dat volledige abstinentie het uiteindelijke doel van een behandeling moet zijn. Sommigen hebben echter ook wel de mening dat dit voor enkele chronische verslaafden niet haalbaar zou zijn.

De intensiteit van de ambulante behandelingen is ook erg verschillend per instelling. Sommige behandelingen zijn heel intensief met meerdere gesprekken per week. Andere behandelingen zijn veel minder intensief met bijvoorbeeld één keer in de twee weken een gesprek. Bij Novadic-Kentron wordt bijvoorbeeld ook een behandelvorm aangeboden waarin iemand één keer per week een gesprek heeft, volgens dhr. Wouters is het doel van deze behandeling wel volledige abstinentie. De cliënten die we interviewden zijn echter niet positief over deze vorm van behandeling. 2 geïnterviewde cliënten zeggen dat een ambulante behandeling van één gesprek in de week niet intensief genoeg is. Volgens hen is dat niet voldoende is voor een verslaafde om abstinent te worden. “*Als je echt verslaafd bent zoals ik, is de eerste gang na zo’n gesprek richting een glas alcohol als beloning*” [Frans, 08-04-2013, 3.14.2]. Frans noemt dat deze vrijblijvende vorm van ambulante behandeling misschien wel effectief kan zijn voor gewoontedrinkers om inzicht te krijgen in hun gebruik of voor verslaafden wanneer het doel is hen door te verwijzen naar een intensievere behandelvorm. Uit deze gegevens blijkt dus dat het belangrijk is dat er een intensieve ambulante behandeling wordt aangeboden als het doel van de behandeling abstinentie is, dit is ook wat de twee medewerkers van het Leger des Heils die door ons geïnterviewd zijn, erg belangrijk vonden. Er moeten dan meerdere contactmomenten per week zijn. Dit zou bijvoorbeeld kunnen op de manier zoals dit bij Tactus gebeurt. Daar hebben de cliënten de eerste 4 weken van hun behandeling 5 gesprekken per week en daarna 3 gesprekken per week.

*Individuele gesprekken & groepssessies*

Door de meeste respondenten wordt het belangrijk gevonden dat het ambulante programma een combinatie is van individuele gesprekken en groepssessies. 3 respondenten noemen dat vooral groepsgesprekken belangrijk zijn omdat je daarin contact hebt met andere verslaafden en je elkaar dan kunt helpen en steunen. De individuele gesprekken worden ook door 3 respondenten als belangrijk gezien omdat hierin ruimte is om persoonlijke dingen te bespreken waarvoor extra aandacht nodig is of waarvoor in de groep geen ruimte is. Verschillende respondenten noemen dat het belangrijk is dat beide vormen terug komen in een ambulante behandeling. Wij denken dus dat het Leger des Heils de ambulante behandeling moeten laten bestaan uit individuele gesprekken en groepsgesprekken.

*Urinecontroles*

Bij de 5 respondenten waarbij naar urinecontroles is gevraagd is, wordt over het algemeen positief gereageerd op de vraag of urinecontroles een goede toevoegingen aan de behandeling zijn. Het is een goede stok achter de deur en motivatie om niet te gebruiken. Bij de meeste ambulante behandelingen worden er steekproefsgewijze urinecontroles gedaan. Wij denken aan de hand van deze reacties uit het interview dat urinecontroles ook een plek in de ambulante behandeling van het Leger des Heils moeten krijgen. Eventueel kan dit dus steekproefsgewijs gedaan worden.

*Medicatie*

Het onderwerp medicatie is niet in alle interviews uitgebreid besproken. Een medewerker van het Leger des Heils zegt dat medicatie alleen gebruikt moet worden als het nodig is maar dan wel zo min mogelijk. Bij The Home Clinic is er een ander standpunt wat betreft medicatie. Cliënten krijgen vervangende medicatie en medicatie om de ontwenningsverschijnselen tegen te gaan. Bij The Home Clinic lijken de cliënten dus redelijk veel medicatie te kunnen krijgen. De visie hierachter is dat het voorkomen van ontwenningsverschijnselen een bekrachtiging is van het positieve gedrag dat de cliënten tonen, namelijk afkicken. In de literatuur is te lezen dat medicijngebruik het beste gecombineerd kan worden met een psychosociale interventies (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 146). De visie van het Leger des Heils sluit hier echter niet op aan omdat het Leger des Heils medicatie ook ziet als drugsgebruik.

*Methodiek*

Naast de intensiteit en de vorm van de behandeling is de methodiek een belangrijk onderwerp. Om een methodisch verantwoorde behandeling op te starten moet in de behandeling gebruik worden gemaakt van een of meerdere methodieken. In interviews hebben we met de respondenten verschillende methodieken besproken en gehoord wat hun ervaringen met deze methodieken zijn. Uit het literatuuronderzoek komen drie evidence-based methodieken naar voren. De 12-stappen Minnesota behandeling, cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering. In onze interviews zijn deze drie methodieken ook veel genoemd door de respondenten. Naast deze drie methodieken wordt in de literatuur wordt ook de CRA genoemd als belangrijke methodiek (Roozen, 2006), dit was een methodiek waarover we ook bij verschillende instellingen hebben gehoord zoals bij The Home Clinic en Novadic-Kentron. Daarnaast worden in de interviews ook nog een aantal andere methodieken genoemd. We beschrijven nu de data over de verschillende methodieken die uit de interviews naar voren kwam.

*Cognitieve gedragstherapie*

De cognitieve gedragstherapie bestaat uit verschillende interventies. Deze interventies komen naar voren in het interview met The Home Clinic. The Home Clinic past bijvoorbeeld cue-exposure toe en werkt vanuit de CRA. De CRA is een methodiek die afgeleid is van de cognitieve gedragstherapie, deze methodiek wordt ook toegepast bij Novadic-Kentron.

In de literatuur is te lezen dat de CRA nog weinig wordt toegepast in de verslavingszorg in Nederland (Roozen, 2006). Door dhr. Wouters wordt dit bevestigd en hij noemt dat deze methodiek sinds kort wel steeds meer wordt toegepast. Dhr. Wouters vertelde dat het momenteel bij Novadic-Kentron wordt geïmplementeerd en dat ook bij Iriszorg wordt gewerkt vanuit de CRA. Zowel Novadic-Kentron als The Home Clinic zijn erg positief over deze methodiek. Volgens hen verbeteren de resultaten en lijkt de uitval lijkt lager. Positief aan deze methodiek is volgens de respondenten dat het een kortdurende en effectieve behandeling is die ook goed gebruikt kan worden als basis naast andere methodieken zoals motiverende gespreksvoering. Bij The Home Clinic ligt de nadruk bij de CRA op het zoeken naar positieve reïnforcers. De literatuur omschrijft de CRA als een methode waarin gewenst gedrag wordt bekrachtigd terwijl ongewenst gedrag wordt uitgedoofd door afwezigheid van bekrachtiging of een straf (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 68). De bekrachtiging voorkomt dat iemand terugvalt, dit is ook iets dat mevr. Kieft erg aanspreekt aan deze methodiek. Het begrip reïnforcers is heel breed, het kunnen allerlei verschillende personen, dingen of activiteiten zijn die ingezet kunnen worden als bekrachtiger. Ook God kan bijvoorbeeld een reïnforcer zijn. In het interview met The Home Clinic zei dhr. Bodewits: *“Mensen die psychotisch zijn worden in andere culturen vaak gezien als door een kwade geest ingenomen. Dan ga je naar een geestuitdrijver. Ook in de Bijbel zijn daar voorbeelden van. En wat blijkt, wij met al onze antipsychotica, dat dat dus ook geneest*” [Dhr. Bodewits, 15-04-2013, 5.14.2].

De CRA lijkt breed inzetbaar en kan goed toegepast worden in combinatie met andere methodieken. De CRA zou dus ook goed toepasbaar zijn binnen het Leger des Heils gezien de positieve resultaten bij andere instellingen. Wel is er momenteel bij het Leger des Heils meer ervaring met andere methodieken waardoor er een hele grote omslag nodig zal zijn wanneer de CRA geïmplementeerd zou moeten worden.

*12-stappen Minnesota behandeling*

Over het 12-stappen model zijn in de interviews veel positieve dingen genoemd, vooral in de interviews met cliënten en verschillende beleidsmedewerkers die werken aan de hand van het 12-stappen model. De 12-stappen behandeling is een van de evidence-based methodieken, vanuit wetenschappelijk onderzoek is dus aangetoond dat deze methodiek over het algemeen erg effectief is gebleken. In verschillende interviews is de 12-stappen methodiek besproken. Door de respondenten wordt het vooral als fijn ervaren dat er binnen een 12-stappen behandeling veel ruimte is om de dingen waar je zelf tegen aanloopt bespreekbaar te maken 4 respondenten noemen dit. Ook het groepsaspect van het 12-stappenmodel wordt door veel respondenten als waardevol ervaren. Je hoeft het niet zelf uit te zoeken maar doet dit samen met de groepsgenoten. Het sociale en groepsaspect is dus erg belangrijk. Dit sluit aan bij wat de literatuur zegt over het 12-stappen model namelijk dat je het ook zou kunnen zien als een sociale beweging of gezelschap (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 79). Dhr. van Velthoven omschrijft dit als volgt: “*Wat mensen ervaren in herstel en als ze naar zelfhulpgroepen gaan en daaraan deel gaan nemen is dat ze ook onderdeel gaan worden van de oplossing, ook voor andere mensen. Dus iets heel negatiefs wordt getransformeerd tot een potentieel van hulp bieden en ook echt betekenis hebben voor andere mensen. Dat is eigenlijk nergens mee te vergelijken, dat is onvervangbaar*” [Frank van Velthoven, 22-03-2013, 1.17.3]. Uit het de interviews blijkt dus dat de 12-stappen methode wordt ervaren als een erg effectieve methode. Een voordeel van deze methodiek is ook dat er binnen het Leger des Heils al ervaring is met deze methodiek in de vorm van een klinische 12-stappen Minnesota behandeling.

*Motiverende gespreksvoering*

De methodiek motiverende gespreksvoering is niet heel uitgebreid besproken in de interviews. Motiverende gespreksvoering wordt door de respondenten vooral gezien als een methodiek die gebruik wordt naast andere methodieken. Door 3 van de 4 geïnterviewde beleidsmedewerkers wordt genoemd dat motiverende gespreksvoering een methodiek is die wordt toegepast. Deze methodiek is in tegenstelling tot de CRA of de 12-stappen meestal niet de basis van de behandeling. 2 van de geïnterviewde beleidsmedewerkers zeggen dat motiverende gespreksvoering vooral een methodiek is die in het begin gebuikt kan worden om de cliënt te motiveren. Dhr. Bodewits zei over de motiverende gespreksvoering: “*Motiverende gespreksvoering is geen behandeling. Het is gewoon een techniek die heel goed binnen het CRA model past. Dat is gewoon een gesprekstechniek die je eigenlijk alleen maar aan het begin van de behandeling gebruikt. Als je hem daarna door gebruikt gaat hij eigenlijk tegen je werken. Het is alleen maar een aanvang om de verslaafde cliënt uit zijn ambivalentie te halen en over de streep te trekken om in behandeling te gaan.”* [Dhr. Bodewits, 15-04-2013, 5.2.4].Volgens dhr. Bodewits moet je deze methodiek dus later in de behandeling niet meer gebruiken, dan gaat hij tegen je werken. Motiverende gespreksvoering is dus bij veel instellingen een methodiek die de medewerkers beheersen en toepassen naast een andere methodieken. Dit sluit ook aan bij wat de literatuur zegt over motiverende gespreksvoering, namelijk dat de motiverende gespreksvoering het meest effectief is wanneer het onderdeel is van een breder behandelpakket (Franken & van den Brink, 2009, p. 396).

Binnen het Leger des Heils zijn veel medewerkers geschoold in motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering is dus een methodiek die goed gebruikt zou kunnen worden binnen het een ambulante behandeling bij het Leger des Heils. Zoals eerder genoemd is het dan dus belangrijk dat deze methodiek enkel gebruikt wordt aan het begin van de behandeling om de motivatie te vergroten, eventueel zou dit dus toegepast kunnen worden in het voortraject van de behandeling.

*Leefstijlentraining*

De leefstijlentraining is een behandelprogramma waarin verschillende evidence-based technieken zijn opgenomen. Het bestaat uit verschillende cognitieve gedragstherapeutische interventies en ook een stukje motiverende gespreksvoering. In drie interviews is de leefstijlentraining besproken. Bij De Hoop wordt de leefstijlentraining momenteel geïmplementeerd. Daarnaast hebben 2 van de 3 cliënten die we interviewden een behandeling gevolgd die was vormgegeven aan de hand van de leefstijlentraining. Dit was vaak één gesprek per week, dit werd door hen niet als effectief ervaren. Zoals we eerder al noemden is volgens hen één gesprek per week niet intensief genoeg om abstinent te blijven.

De leefstijlentraining bestaat uit verschillende interventies die evidence-based zijn. Dhr. IJkema is enthousiast over deze onderdelen van de leefstijlentraining zoals een voor en nadelen balans maken en het opstellen van een genogram. Deze interventies werden bij De Hoop al langere tijd toegepast, ook al voordat de leefstijlentraining geïmplementeerd werd. Concluderend kunnen we dus zeggen dat de leefstijlentraining bestaat uit een aantal goede cognitieve gedragstherapeutische interventies. Toch denken wij dat het Leger des Heils teveel moet afwijken van het huidige aanbod wanneer ze deze methodiek willen implementeren. Wel zijn er dus verschillende interventies vanuit de leefstijlentrainingen zoals het maken van een genogram of een voor en nadelenbalans. Deze interventies zouden wel gebruikt kunnen worden in de ambulante behandeling van het Leger des Heils. Deze interventies zitten ook in de Liberman training, een methodiek waarmee het Leger des Heils al wel ervaring heeft.

*Andere methodieken*

De twee medewerkers van het Leger des Heils die zijn geïnterviewd noemen ook nog een aantal andere methodieken die zij als waardevol ervaren en graag terug zouden zien in een ambulante behandeling. Methodieken die genoemd worden zijn de Goldstein en de Libermantraining. De Goldstein is een sociale vaardigheden training. De Liberman training is een programma waarin een verslaafde kan leren over hoe te leven met een verslaving, deze training wordt aangeboden op de verschillende klinische afdelingen van De Wending. Vooral mevr. Lokhorst noemt dat programmaonderdelen als een sociale vaardighedentraining en de Liberman ook goed in een ambulante behandeling aangeboden kunnen worden. De Goldstein is volgens mevr. Lokhorst een goede optie voor een sociale vaardigheidstraining. Het voordeel van deze training is dat hier ook concreet geoefend wordt met praktijksituaties. Ook wij denken dat de Goldstein en de Liberman training goed toepasbaar zouden kunnen zijn in een ambulante behandeling van het Leger des Heils. Een groot voordeel van deze methodieken is dat de medewerkers van het Leger des Heils ervaring hebben met deze methodiek. De medewerkers zullen dus geen extra training nodig hebben om deze methodiek toe te kunnen passen.

Zonder dat er specifiek door ons naar gevraagd is wordt ook door 4 verschillende respondenten aangegeven dat ze psycho-educatie een belangrijke methodiek vinden. Dit komt terug in alle drie de groepen respondenten. De beleidsmedewerkers die we gesprokken hebben, vonden het belangrijk om de cliënten psycho-educatie te geven zodat ze hierdoor bijvoorbeeld beter begrijpen welke lichamelijke en psychische reacties het afkicken met zich meebrengt. Een van de cliënten die is geïnterviewd geeft ook aan dat zij de voorlichting die ze heeft gekregen over wat verslaving is als erg positief heeft ervaren tijdens haar behandeling. Psycho-educatie wordt dus door de verschillende respondenten als een belangrijk onderdeel gezien van de behandeling. Daarom denken wij dus ook dat het goed is als er hiervoor ruimte is in de behandeling.

## 3.3 Nazorg

In de bovenstaande paragraaf is beschreven hoe volgens de respondenten de behandeling het beste vormgegeven kan worden. Wanneer de behandeling is afgerond wordt er bij veel instellingen een nazorg programma aangeboden. In deze paragraaf is beschreven wat in de interviews naar voren komt over hoe het nazorgprogramma er het beste uit kan zien. In de literatuur wordt het belang van nazorg onderschreven (Emmelkamp & Vedel, 2007, pp. 213-215). Ook de cliënten en de beleidsmedewerkers die we gesproken zien het belang van nazorg. In de interviews worden verschillende vormen genoemd aan de hand waarvan een ambulant behandeltraject vormgegeven kan worden.

Een vorm van nazorg die in de interviews genoemd wordt zijn de zelfhulpgroepen. Dit zijn groepen bekend als de AA groepen (anonieme alcoholisten) waar verslaafden regelmatig bij elkaar komen en ervaringen uitwisselen. Deze groepen staan los van een instelling. Bij de door ons bezochte instellingen waar wordt gewerkt volgens de 12-stappen methode is het tijdens de behandeling verplicht om al deel te nemen aan de zelfhulpgroepen. Twee van de cliënten die wij hebben gesproken komen zelf regelmatig bij zelfhulpgroepen. Ook een van de geïnterviewde beleidsmedewerkers gaat zelf nog regelmatig bij zelfhulpgroepen langs. De respondenten die langsgaan bij de zelfhulpgroepen vinden waardevol aan de zelfhulpgroepen dat je samen met anderen die hetzelfde hebben meegemaakt ervaringen uit kan wisselen en kan praten over wat verslaving met je doet. Een van de geïnterviewde cliënten zei over de zelfhulpgroepen: “*Ik noem het wel eens mijn ankerpunten in de week waar ik me even aan vast kan houden. Je bouwt gewoon vriendengroepen op”* [Frans, 08-04-2013, 3.11.1].

Uit de interviews bleek ook dat veel instellingen in aansluiting op het programma zelf een nazorgprogramma aanbieden. Bij 3 van de 4 instellingen die we hebben bezocht wordt dit aangeboden. Ook 2 van de geïnterviewde cliënten hebben deelgenomen aan een nazorgprogramma. Door deze programma’s wordt een vinger aan de pols gehouden en hebben cliënten de mogelijkheid om dingen waar ze na afloop van de behandeling tegenaan lopen bespreekbaar te maken. De lengte van deze programma’s is per instelling verschillend variërend van 3 tot 6 maanden. Eén van de geïnterviewde cliënten vindt 3 maanden te kort, een andere geïnterviewde cliënt vindt 6 maanden aan de lange kant. Wij als onderzoekers denken dus dat het belangrijk is dus dat de lengte van de nazorg wordt afgestemd op de behoeften van de cliënt en dat men eventueel flexibel is in hoe lang de nazorg blijft doorlopen.

Een vorm van nazorg die sinds kort ook steeds belangrijker wordt is E-Health. Hierover noemden we ook al onder het kopje voortraject dat je via het e-Health programma contact kunt houden met dezelfde behandelaar. Op deze manier kan de behandelaar goed een vinger aan de pols houden. E-Health wordt momenteel al bij het Leger des Heils geïmplementeerd en kan dus ook toegepast worden bij een ambulante behandeling.

Twee van de geïnterviewde beleidsmedewerkers noemen dat de eigen verantwoordelijkheid van de cliënten ook erg belangrijk is. Na afloop van de behandeling moesten de cliënten meer en meer zelfstandig worden en moet de nazorg een niet al te grote plaats innemen.

## 3.4 Overige aandachtspunten

In de interviews zijn een aantal onderwerpen aan bod gekomen die niet direct onder het kopje ‘Aanmelding, intake en voortraject, behandeling of nazorg passen. Deze onderwerpen zijn echter wel belangrijk zijn voor het opstarten van een ambulante behandeling. Deze onderwerpen zijn in deze paragraaf beschreven.

*Visie op verslaving*

In de interviews hebben we met de respondenten besproken wat hun visie op verslaving is. Al de 9 respondenten geven aan dat allerlei verschillende factoren en levensgebieden invloed hebben op verslaving. Niet iedereen noemt dit het bio-psychosociale model, maar dit sluit hier wel op aan. Dat is ook wat uit het literatuuronderzoek naar voren komt. Vanuit de literatuur blijkt dat het psychosociale model de laatste jaren een steeds belangrijkere plaats heeft gekregen (Edwards & Gross, 1979, pp. 1058-1061). Welke aspecten van het bio-psychosociale model het belangrijkste worden gevonden verschilt per respondent. Een van de geïnterviewde cliënten geeft aan dat het biologische deel van de verslaving in de behandeling geen aandacht hoeft te krijgen. In het interview met The Home Clinic wordt echter juist aangegeven dat het bio-model een steeds belangrijkere plaats krijgt in het bio-psychosociale model wat betreft verslaving. De medewerkers van het Leger des Heils lijken voornamelijk het gedragsmatige aspect belangrijk te vinden. Mevr. Lokhorst zegt bijvoorbeeld: “*Er kunnen wel genetische redenen zijn waardoor je er meer vatbaar voor bent. Maar het is wel je eigen verantwoordelijkheid wat niet hetzelfde is als dat het makkelijk is die verantwoordelijkheid te nemen om niet te gebruiken”* [Mevr. Lokhorst, 18-04-2013, 7.9.4].

4 respondenten noemden verslaving een progressieve ziekte. De ziekte verslaving neemt toe als je blijft gebruiken. De progressie stopt wanneer je stopt met gebruiken maar gaat weer verder waar deze gebleven is als je weer begint met gebruiken. Dhr. Bodewits vertelt dat verslaving steeds meer gezien wordt als chronisch als je over een zogenaamde ‘pickleline’ heen bent. De pickeline staat dan voor een bepaalde grens die aangeeft of je wel of niet chronisch verslaafd bent. Het verschilt per persoon waar deze grens ligt. Voordat je over deze lijn bent kan je nog stoppen maar als je over deze lijn heen bent niet meer en wordt de verslaving dus chronisch. Waar deze pickleline ligt is per persoon verschillend.

Er zijn dus verschillende visies op verslaving. Wij denken dat het belangrijk is om vast te houden aan wat ook in de literatuur genoemd wordt, namelijk dat het bio-psychosociale model momenteel het meest gangbaar is (Edwards & Gross, 1979, pp. 1058-1061). Dit is ook de visie die de meeste respondenten delen. Hiervan afgeleid is het dus belangrijk dat er in de behandeling aandacht is voor alle verschillende onderdelen van het bio-psychosociale model die invloed hebben op de verslaafde. Het biologische-medische aspect, het psychische aspect en het sociale aspect.

*Familie en netwerk*

Dat het betrekken van de familie en het netwerk van de cliënt zeer belangrijk is in de behandeling komt heel duidelijk naar voren uit interviews. Al de 9 respondenten geven aan dat het belangrijk is om de familie en het netwerk te betrekken. Sommige respondenten noemen ook dat ze van mening zijn dat dit niet vaak genoeg gebeurt. Bij een aantal instellingen is het betrekken van de familie een standaard onderdeel van de behandeling. Bij andere instellingen wordt ingeschat of het nodig is en wordt vervolgens besloten men contact gaat opnemen met de familie of niet. Het programma voor familie en netwerk wordt op verschillende manieren vormgegeven zoals: Een informatie- of naastendag, een programma van acht avonden speciaal voor familie of gesprekken met een hulpverlener of psycholoog als dat nodig is.

Vijf van de respondenten geven aan dat er door de verslaafde vaak veel schade is aangericht bij zijn familie of netwerk, het vertrouwen is beschadigd. Sommige respondenten noemen dat het netwerk daarom niet altijd gelijk betrokken kan worden omdat de familie soms in het begin niet wil meewerken. De communicatie tussen familieleden of partners is vaak erg slecht, hierin is in de meeste gevallen veel beschadigd. Dhr. Bodewits zegt hierover: “*Mensen denken vaak dat ze heel goed kunnen communiceren maar in een relatie is die communicatie vaak juist heel slecht. Dat is ook niet zo heel raar want het vertrouwen is zonder uitzondering geschaad door degene die verslaafd is”* [Dhr. Bodewits, 15-04-2013, 5.21.5]. Bij een ambulante behandeling blijft de cliënt in zijn eigen thuissituatie, in sommige gevallen dus bij zijn familie. Daarom denken wij dat het belangrijk is dat de familie en het netwerk ook in een ambulante behandeling een belangrijke plaats krijgt. Een respondent noemt dat er vaak veel ongezonde patronen zijn in gezinnen met een verslaafde. Het is erg belangrijk dat er gekeken wordt naar deze patronen. Verslaving is vaak verweven met de andere levensgebieden van cliënten waaronder dus ook de familie en het netwerk. De kans om abstinent te blijven is veel groter als de problemen op de andere levensgebieden ook herstellen, zoals ook vanuit het bio-psychosociale model gezegd wordt. Dhr. IJkema zegt hierover: “*We zeggen bij de intake: Wil jij een goeie kans maken voor re-integratie, dus dat je succesvol afkickt of succesvol loskomt van je verslaving dan zal het systeem betrokken moeten worden bij de behandeling.”* [Dhr. IJkema, 25-03-2013, 2.9.1].

Het betrekken van het netwerk bij de behandeling is dus essentieel. De respondenten noemen ook dat familie zich verhoudt tot jou en dus ook tot de verslaving. Daarom is het belangrijk dat er in de behandeling ook aandacht is voor de familie. De context verandert namelijk niet automatisch mee wanneer de cliënt door de behandeling veranderd, zoals ook een respondent noemde. Om het netwerk mee te nemen in het proces dat de verslaafde doorgaat zullen deze dus betrokken moeten worden bij de behandeling. Er kan dan zoals eerder genoemd aandacht zijn voor de communicatie maar ook dat de familie gaat begrijpen wat verslaving precies is en welk proces de verslaafde doormaakt, hiervoor kan psycho-educatie toegepast worden.

Een belangrijke stap in het herstellen van de verhoudingen tussen de verslaafde, de familie en het netwerk is het geven van een stuk psycho-educatie. Door verschillende respondenten wordt benoemd dat dit belangrijk is. Door psycho-educatie gaan mensen beter begrijpen hoe verslaving werkt. Hierdoor kunnen ze hun verslaafde familielid ook weer beter begrijpen en snappen ze beter welke processen ze zelf meemaken. Dhr. van Velthoven noemt ook dat het erg waardevol is om de verslaafde en het netwerk hier samen over in gesprek te laten gaan. Ook één van de geïnterviewde cliënten was blij met de voorlichting die aan haar familie en ex-vriend was gegeven.

*Competenties hulpverleners*

In de interviews worden ook verschillende competenties genoemd. Respondenten noemen dat medewerkers stevig in hun schoenen moeten staan en bestand moeten zijn tegen de manipulatie die je veel tegenkomt bij deze doelgroep. Ook wordt het belangrijk gevonden dat de hulpverlener de ander onbevooroordeeld tegemoet treedt, zich kan inleven in de situatie van de ander en dat hij goed luistert naar de cliënt.

*Bijscholing*

Over de competenties die hulpverleners nodig hebben om ambulant te behandelen zijn onder de respondenten verschillende meningen. De meeste beleidsmedewerkers die we gesproken hebben geven aan dat nieuwe medewerkers bij hen vaak een interne opleiding volgen of een cursus gaan volgen. Medewerkers volgen bijvoorbeeld een cursus voor de leefstijlentraining, sommige instellingen sturen hun aspirant counselors zelfs naar het buitenland voor de counselor opleiding. Een andere instelling geeft nieuwe medewerkers literatuur mee waarin ze zich de eerste maanden moeten verdiepen.

De medewerkers van het Leger des Heils geven in tegenstelling tot bovengenoemde informatie aan dat volgens hun bijscholing niet nodig is. Volgens mevr. Lokhorst heb je voldoende vaardigheden voor een ambulante behandeling als je in een klinische behandeling werkt. Volgens haar is bijscholing dus niet nodig. Wel is het volgens ons zo dat voor verschillende ambulante behandelvormen (zoals de leefstijlentraining) wel cursussen of opleidingen nodig zijn om ze voldoende te beheersen. Voor andere methoden zoals de Liberman zijn de medewerkers al bekwaam of geschoold en is bijscholing dus niet nodig.

*Tot slot*

Tot zover de informatie, meningen en ervaringen die uit de interviews naar voren zijn gekomen. Deze informatie heeft ons in combinatie met de literatuur belangrijke nieuwe inzichten gegeven. Deze gegevens leiden tot een conclusie en een advies dat antwoord geeft op de hoofdvraag: Op welke manier kan volgens (vak)literatuur en betrokkenen een ambulant behandeltraject voor verslavingszorg op een methodisch verantwoorde wijze vorm en inhoud krijgen binnen het Leger des Heils Gelderland.

Deze conclusie en het advies over hoe het Leger des Heils een ambulante behandeling kan vormgeven is te lezen in het volgende hoofdstuk.

Hoofdstuk 4 Conclusies en discussie

# Inleiding

Dit hoofdstuk vormt het slot van ons onderzoek. In de conclusie zijn de resultaten van het literatuuronderzoek en van de interviews samengevoegd. In de discussie geven we antwoord op de vraag in hoeverre we geslaagd zijn in het beantwoorden van de hoofdvraag. Met de evaluatie kijken we op een kritische manier terug op onze onderzoeksmethoden en uitvoering daarvan. Daarnaast besteden we kort aandacht aan hoe we de taken verdeeld hebben. In de daaropvolgende paragraaf, de aanbevelingen, schrijven wij ons advies aan het Leger des Heils. Hierin geven we concrete aanbevelingen die uit ons onderzoek zijn afgeleid. We beschrijven hierin zo concreet mogelijk een plan dat hopelijk daadwerkelijk bruikbaar is. Tot slot zijn er naar aanleiding van ons onderzoek een aantal zaken aan het licht gekomen die naar onze mening verder onderzoek behoeven. Deze suggesties doen wij in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

# 4.1 Conclusies

Deze paragraaf geeft een overzicht van de onderzoeksresultaten en vormt de basis voor onze aanbevelingen. Deze aanbeveling, die verderop te lezen is, geeft het antwoord op onze hoofdvraag: Op welke manier kan volgens (vak)literatuur en betrokkenen een ambulant behandeltraject voor verslavingszorg op een methodisch verantwoorde wijze vorm en inhoud krijgen binnen het Leger des Heils Gelderland.

Deze conclusie is net als de resultaten in hoofdstuk 2 beschreven aan de hand van de chronologische volgorde van een ambulante behandeling. Het literatuuronderzoek vormt de basis van deze conclusie. De interviews zijn hier een aanvulling op en kunnen niet als representatief gezien worden, wel geven ze mooie inzichten en illustraties.

*Aanmelding, intake en voortraject*

Het eerste contact dat er is met een cliënt is bij de aanmelding. Ambulante behandeling is niet zonder meer voor iedereen geschikt. In de interviews wordt door veel respondenten genoemd dat er bepaalde voorwaarden zijn waaraan iemand moet voldoen om een ambulante behandeling te kunnen volgen. Voorbeelden hiervan zijn een veilige thuissituatie, sociaal netwerk, voldoende reflectief vermogen en niet teveel psychische belasting. De literatuur sluit hier mooi bij aan en noemt een noemt dat dubbele diagnose veel voorkomt onder verslaafden. Wanneer er sprake is van een dubbele diagnose verhoogd behandeling ervan het succes van de behandeling van verslaving. Daarnaast weten wij vanuit de klinische praktijk dat het per cliënt verschillend is welke behandeling het beste aanslaat. We horen hierin wel verschillende geluiden vanuit de interviews. Medewerkers vanuit klinische behandeling staan kritisch tegenover ambulant behandelen. Medewerkers vanuit ambulante behandelingen denken daarentegen juist dat het voor veel meer mensen geschikt is. We concluderen hieruit dat een goede diagnose tijdens de intake belangrijk is.

Na de intake kan er met een voortraject begonnen worden. Om motivatie op de komende behandeling te vergroten kan motiverende gespreksvoering gebruikt worden. Motiverende gespreksvoering is een evidence-based behandelmethodiek. Motiverende gespreksvoering is bedoeld als opmaat van de behandeling, juist in deze fase is het een erg succesvolle methodiek. Dit is ook wat uit de interviews naar voren komt. Daarin wordt de opmerking gemaakt dat het tegen je gaat werken wanneer je te lang met deze methodiek blijft werken. Een interventie die in deze behandelfase goed ingezet kan worden is E-Health. Cliënten kunnen vooraf van informatie worden voorzien, daarnaast worden ze voorbereid op de behandeling. Studies wijzen uit dat via een internetbehandeling mensen al minder gaan gebruiken. Vanuit de interviews komt naar voren dat de respondenten het erg belangrijk vinden dat E-Health wordt aangeboden in combinatie met face to face contact. Vanuit de interviews weten we dat bij de meeste behandelingen voor verslavingszorg de cliënt clean moet zijn wanneer de behandeling begint. Het is dus belangrijk er de mogelijkheid is om een detox te ondergaan voordat de behandeling begint.

*Behandeling*

Naast motiverende gespreksvoering komen vanuit de literatuur twee andere methodieken naar voren die evidence-based zijn. Deze twee methodieken zijn cognitieve gedragstherapie en de 12-stappen behandeling volgens het Minnesota model. Onder de cognitieve gedragstherapie vallen verschillende interventies zoals cue-exposure en de copingvaardigheidstraining. Van deze copingvaardigheidstraining zijn een aantal varianten. Er zijn een aantal verschillende copingvaardigheidstrainingen zoals de Libermantraining, de Goldstein en de leefstijlentraining. De leefstijlentraining is hiervan de meest bekende en toegepaste variant in Nederland.

Over de 12-stappen behandeling zegt de literatuur dat dit een van de meest effectieve behandelvormen is voor verslaving. Wat opvallend is, is dat vanuit interviews naar voren komt dat het 12-stappenmodel vooral in groepen gebruikt wordt. De respondenten die een behandeling volgens het 12-stappenmodel volgden zijn hier allen heel positief over.

Naast deze drie evidence-based methodieken is er nog één grote andere behandelmethode. De Community Reïnformcent Approach (CRA). Opvallend aan deze methode is dat hij volledig ontwikkeld is als ambulante behandelvorm. Twee van de instellingen die wij bezochten werken volgens deze methode. De literatuur noemt echter wel dat de meeste instellingen die in Nederland werken met deze methode hier een eigen invulling aan geven.

Verder zijn er nog een aantal andere methodieken zoals casemanagement, farmacotherapie, psycho-educatie, gecontroleerd gebruik en minimale interventiestrategie. Uit de literatuur komt casemanagement naar voren. Dit wordt in Nederland toegepast in de vorm van Assertive Community Treatment (ACT) en Functie Assertive Community Treatment (Nederlandse variant van ACT). In de interviews hebben we weinig gehoord over deze methodiek. In de literatuur is te lezen dat er naar het ACT team het meeste onderzoek is gedaan. Er is echter niet bewezen dat deze methodiek effectiever is dan regulier behandelaanbod. Farmacotherapie houdt in dat er medicatie ter ondersteuning of als behandeling ingezet wordt bij verslavingsproblematiek. Over de inzet van medicatie ter behandeling van de verslaving wordt verschillend gedacht onder de respondenten. De meeste respondenten geven aan dit zo min mogelijk toe te willen passen. Gecontroleerd gebruik is een effectieve methode die in de literatuur wordt genoemd. Een bepaalde groep cliënten lukt het niet volledig abstinent te worden. Een enkele respondent erkent dat er inderdaad een doelgroep is waarvoor abstinentie niet haalbaar is. De meeste instellingen werken echter wel met abstinentie als behandeldoel. Minimale-interventiestrategie is meer een behandelfilosofie. Het doel is zo min mogelijk interventies te plegen. Ook respondenten benoemen dat het goed is om zo laag mogelijk in te zeten, maar niet als vooraf al geïndiceerd is dat dit niet haalbaar is voor de cliënt.

De inzet van een andere methodiek die door verschillende respondenten wordt genoemd is psycho-educatie. Verschillende respondenten noemen dat ze merken dat het als effectief wordt ervaren wanneer er veel uitgelegd wordt over wat verslaving inhoudt. In de interviews is aandacht besteed aan het thema ‘invulling behandeling’. Deze onderwerpen komen niet duidelijk terug in ons literatuuronderzoek. Besproken onderwerpen zijn: Urinecontroles, de intensiteit van de behandeling en het verschil tussen individuele gesprekken en groepssessies. Door het grootste deel van de respondenten wordt aangegeven dat er gebruik gemaakt wordt van steekproefsgewijze urinecontroles. Het belang van urinecontroles in welke vorm dan ook wordt door hen onderstreept. Over de intensiteit van de behandeling komt vooral bij de geïnterviewde cliënten een duidelijke mening naar voren. Volgens hen is een ambulante behandeling van één gesprek per week niet voldoende om abstinent te worden en/of blijven. Uit de interviews met beleidsmedewerkers en cliënten blijkt dat de meeste intensieve ambulante behandelingen bestaan uit 3 tot 5 contactmomenten per week. Veel respondenten geven aan dat het belangrijk is dat de ambulante behandeling bestaat uit zowel individuele- als groepsgesprekken. Het krachtige aan groepsgesprekken is volgens de respondenten dat de verslaafden elkaar kunnen helpen. De kracht van individuele gesprekken is dat er ruimte is voor persoonlijke aandachtspunten.

*Nazorg*

Vanuit het literatuuronderzoek komt naar voren dat een goede nazorgbehandeling even effectief is als een voortgezette behandeling of terugvalpreventie. In de interviews zijn verschillende vormen van een succesvolle nazorg genoemd. De nazorg sluit vaak aan op de behandeling. Bij een 12-stappenbehandeling gaan cliënten vaak naar zelfhulpgroepen. Bij andere instellingen wordt er bijvoorbeeld een groepsprogramma aangeboden voor één avond in de week. De behoefte van cliënten over hoe lang een nazorgtraject duurt is verschillend. Hierin geldt ook weer de minimale interventiestrategie. Tijdens de nazorg kan ook gebruik gemaakt worden van E-Health. Dit blijkt een goede manier om een vinger aan de pols te houden.

*Overige aandachtspunten*

De literatuur leert ons dat er in Nederland momenteel behandeld wordt op basis van het bio-psychosociale behandelmodel. Deze visie op verslaving houdt in dat drie levensgebieden effectief behandeld moeten worden. Vanuit de interviews wordt unaniem bevestigd dat er verschillende factoren zijn die invloed hebben op de verslaving. De meeste instellingen werken vanuit het bio-psychosociale model.

Vanuit de interviews komt duidelijk naar voren dat het erg belangrijk is om de familie te betrekken in de behandeling. Het betrekken van familie is essentieel in het succes van de behandeling. De vormen waarin dit gebeurt verschillen. In de interviews worden vaak programma’s genoemd waarin de familie voorgelicht wordt over wat verslaving inhoudt. Vanuit de literatuur wordt de methodiek relatietherapie beschreven, deze vorm van therapie heeft een gunstig effect op de behandeling van de verslaving. In het verlengde hiervan wordt over systeemtherapie hetzelfde gezegd.

In de interviews is aandacht besteed aan de competenties die een ambulant hulpverlener nodig heeft. Door klinische medewerkers wordt in de interviews de mening geuit dat je ook ambulant kunt behandelen als je klinisch kunt behandelen. Vanuit de interviews met beleidsmedewerkers horen wij echter wel dat er bij veel instellingen interne trainingsprogramma’s, of cursussen worden gevolgd. Deze zijn vaak specifiek voor de behandeling die aangeboden wordt in de ambulante behandeling.

# 4.2 Aanbevelingen

Wij adviseren het Leger des Heils om een tweetal ambulante behandelingen aan te gaan bieden. Ze hebben in hoofdlijn dezelfde vorm, maar op het gebied van inhoud verschillen ze. Wel zijn beide aanbevolen behandelingen gebaseerd op evidence-based methodische interventies. We laten de methodieken zoveel mogelijk voldoen aan de andere 5 criteria die gesteld zijn. De methodieken moeten zoveel mogelijk passen bij de doelgroep, de problematiek, de visie en het behandelaanbod van het Leger des Heils en gebaseerd zijn op evidence-based methodieken. We zullen nu kort vertellen welke methodieken en interventies behoren tot de basis van de ambulante behandeling.

*Aanmelding, intake en voortraject*

Het is belangrijk om tijdens de aanmelding een goede screening te maken van de cliënt. Aandachtsgebieden hierbij zijn de huisvesting, reflectieve vermogens en eventuele aanwezigheid van psychische klachten naast de verslaving. Vervolgens zal er een voortraject beginnen. In dit voortraject kan de behandeltrouw en motivatie vergroot worden. Daarnaast is het mogelijk om de cliënt aan te sporen al minder te gaan gebruiken. Hiervoor zijn twee mogelijkheden. Motiverende gespreksvoering en E-health. We zien het als wenselijk dat er vlak na de intake een gesprek plaats vindt op basis van de motiverende gespreksvoering. Hierdoor zal de behandeltrouw en motivatie gepeild kunnen worden. Wanneer zowel behandelaar als cliënt nog steeds positief zijn kan er begonnen worden met een E-health traject. De cliënt zal hierin thuisopdrachten kunnen maken om alvast educatie te genieten en af te bouwen met het gebruik.

Rond de detox zijn er meerdere mogelijkheden. Indien er lichamelijke afhankelijkheid is adviseren wij om iemand klinisch een detox van zeven dagen aan te bieden. Hoe dit specifiek gedaan kan worden behoeft verder onderzoek.

*Behandeling*

We adviseren om een intensieve ambulante behandeling aan te bieden. Wij zien vooral in het begin van de behandeling dat de cliënt meer behoefte heeft aan contactmomenten om terugval te voorkomen. We adviseren daarom om de eerste vier weken vijf dagdelen behandeling aan te bieden. Dit wordt gevolgd door twee maanden lang individuele- en groepsgesprekken verspreid over drie dagdelen. De eerste maand zal er in principe geen ruimte zijn voor netwerkgesprekken. Vanaf maand twee zal het netwerk (ook wel systeem genoemd) een keer per maand de mogelijkheid hebben om bij een groepsgesprek, uitsluitend voor het netwerk en zonder cliënten, aanwezig te zijn. Hierbij zal een professional voorlichting geven over verslaving en is er enige ruimte voor het netwerk om vragen te stellen. In de individuele gesprekken (mentorgesprekken) zal gekeken worden in welke mate er ondersteuning nodig is voor relatie- en/of gezinstherapie. Deze gesprekken vinden bij voorkeur bij de cliënt thuis plaats. Naast deze individuele gesprekken zal er plaats moeten zijn voor gesprekken met de arts en psycholoog zodat eventuele psychische problematiek en medicatiegebruik besproken kan worden.

Bij beide behandelingen raden wij aan urinecontroles af te nemen. Afhankelijk van welke behandeling de cliënt volgt zal de frequentie en het aantal urinecontroles bepaald worden. Eventueel kunnen de urinecontroles als bekrachtiger ingezet worden binnen het voucher systeem van de contingencymanagement. Hierbij kan je denken aan privileges of sancties bij een positieve dan wel negatieve uitslag van de controle.

Op basis van ons onderzoek en de behandelmogelijkheden die er nu binnen de Wending zijn bevelen wij de volgende twee ambulante behandeltrajecten aan: Een behandeltraject gebaseerd op de 12-stappenmethode en een behandeltraject gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Beide zullen de hiervoor beschreven algemene basisprincipes hebben zoals het voortraject en de duur en intensiteit van de behandeling. Wij denken dat het goed is om twee ambulante behandelvormen aan te bieden op basis van de cognitieve vermogens, de mogelijk aanwezige psychische problemen en de hulpvraag van cliënten. Daarnaast laat zowel de praktijk als de literatuur zien dat beide behandelvormen zeer effectief kunnen zijn. Hierdoor zal het bereik en de effectiviteit binnen ‘de Wending Ambulant’ het grootst zijn.

Bij de 12-stappen behandeling zullen de dagdelen grotendeels gevuld worden met specifieke Minnesota behandeling zoals stappensessies. De cognitieve gedragstherapeutische behandeling zal vooral gevuld worden met de voor die methode specifieke interventies.

Wij adviseren om bij de cognitieve gedragstherapeutische variant één duidelijke training te kiezen zoals de Liberman óf de leefstijltraining. Gezien de aanwezigheid van Libermantrainers is dit een voor de hand liggende keuze. Als variatie op de specifieke behandelinvulling van de beide behandelingen zou de behandeling aangevuld kunnen worden met interventies zoals creatieve therapie, arbeidstherapie of psychomotorische therapie. Dit kan dan weer voor beide behandelingen een standardaanvulling zijn.

*Nazorg*

Bij de Minnesotabehandeling adviseren we om nazorg in de vorm van zelfhulpgroepen aan te bieden. Daarnaast raden een afbouw aan van het professionele contact in de vorm van E-health. Bij de ambulante behandeling op basis van de Liberman raden we aan een keer per week een groepsgesprek te plannen voor de duur van drie tot zes maanden. Hierbij zal E-health ook toegepast worden.

*Overige aandachtspunten*

Tot slot zal er voor beide behandelingen een net iets andere aanpak van de hulpverleners verwacht worden. Voor de Liberman behandeling is het belangrijk dat degene die de Liberman training geeft Liberman geschoold is. Voor de Minnesota behandeling is ervaringsdeskundigheid niet vereist. Wel wordt sterk aangeraden dat er affectie is met de methode en dat de AA visie wordt onderschreven. Daarnaast zal er bij beide behandelingen gewerkt worden met het netwerk, enige kennis over dat soort interventies is dus gewenst.

Degene die het motiverende gesprek voert aan het begin van de behandeling zal geschoold dienen te zijn in deze methodiek. Los van de eventueel vereiste competenties wordt vanuit de medewerkers van de Wending opgemerkt dat iedereen die klinisch behandelt dit ook ambulant zou moeten kunnen.

We bevelen aan dat het goed is om de twee ambulante behandeltrajecten duidelijk te protocolleren. Dit advies komt vanuit een werker van het Leger des Heils. Aangezien het ambulante behandelen nieuw zal zijn voor iedereen moet dit duidelijkheid scheppen bij zowel de werkers als de cliënten.

Naast onze aanbeveling voor dit moment zien we ook nog een aanbeveling voor de langere termijn. Uit ons onderzoek blijkt dat er steeds meer gewerkt wordt met minimale interventiestrategie in de vorm van Functie Assertive Community Treatment teams en de Community Reinforcement Approach. Twee behandelmethoden waarvoor nauwe samenwerking met andere partners vaak vereist is. Het leger des Heils heeft echter wel een unieke aanpak en visie binnen de organisatie waardoor deze samenwerking lang niet altijd mogelijk is. Wij geloven wel dat het de kracht van het Leger des Heils vanuit een duidelijke christelijke visie. De werkers zijn er voor de mensen zonder helper en willen altijd een extra mijl gaan. Het is onze persoonlijke aanbeveling deze visie ook in de ambulante behandeling vast te houden.

# 4.3 Discussie

De literatuur biedt ons een zeer compleet aanbod in onderzoeksresultaten en beschrijvingen van methodieken. Daarnaast valt het op dat de verschillende literatuur elkaar bijna nergens tegenspreekt als het gaat om de invulling van methodieken of de evidentie ervan. Ook de kwaliteit van de verschillende documenten zien wij als zeer hoog. Dit alles bij elkaar genomen zijn wij van mening dat de verzamelde data de hoofdvraag voldoende hebben beantwoord. Over de onderzoeksresultaten van de interviews kunnen we dit niet even stellig zeggen. Het was representatiever geweest als we zowel meer cliënten en medewerkers als beleidsmedewerkers hadden gesproken. We zijn echter wel erg tevreden met die beleidsmedewerkers die we gesproken hebben. Ze voldoen allemaal aan onze onderzoek criteria. Hiermee kunnen we wel zeggen dat deze gegevens een mooie toevoeging zijn op ons literatuuronderzoek. Daarnaast is de grootste collega en concurrent op het gebied van ambulante behandelingen voor verslaving, Tactus Apeldoorn, ook bezocht door ons. Hierdoor weten we wat er in de nabije omgeving al aangeboden wordt.

Wat betreft de interviews met medewerkers binnen het Leger des Heils en cliënten die een ambulante behandeling hebben gevolgd moeten we zeggen dat de uitkomsten slechts illustratief zijn. We kunnen niet beweren dat deze resultaten echt heel erg representatief zijn. Er zijn vele duizenden cliënten en tientallen medewerkers die we nog hadden kunnen spreken. Aangezien hun informatie wél aansluit bij onze eerdere bevindingen en de andere interviews nemen we ze toch op in dit onderzoek en bevestigen ze door middel van illustratie onze aanbevelingen.

Door zoveel mogelijk bijzaken te laten voor wat ze zijn is getracht om zo toepasbaar mogelijk te zijn. We hebben ons uitsluitend gefocust op de methodieken van de behandeling. Door deze van meerdere kanten te onderzoeken is de toepasbaarheid zo accuraat mogelijk.

Literatuur spreekt vaak over landelijke of zelfs internationale onderzoeksresultaten en methodiek beschrijvingen. Daarnaast hebben we met het bezoeken van instellingen ons ook niet beperkt tot lokaal aanbod. We zijn op veel plekken in het land geweest. Dit geeft in onze ogen het advies een breder karakter. Wel is het zo dat het advies specifiek gericht is op de visie en doelstelling van het Leger des Heils en het aanbod dat er binnen De Wending nu is. Dit zorgt er wel voor dat implementatie door andere verslavingszorginstellingen minder toepasbaar is.

# 4.4 Evaluatie

Als het gaat om de interviews met cliënten hadden we graag wat meer mensen gesproken. We beseffen ons dat er vele malen meer ex-cliënten met een mening zijn dan wij gesproken hebben. En daarmee zijn er dus ook vele malen meer meningen. Desalniettemin is de informatie van deze groep in de meeste gevallen wel ondersteunend bij wat wij in andere bronnen vonden aan informatie. Zo zijn hun bevindingen bij de ambulante hulpverlening erg beeldend in wat we van beleidsmedewerkers of in de literatuur gehoord en gelezen hebben. Zo gaf Frans erg beeldend weer hoe het is om de 12-stappenbehandeling te volgen. Over diezelfde behandeling vertelt dhr. van Velthoven ons vanuit zijn rol als beleidsmedewerker en behandelaar over alle methodieken en inhoud van de behandeling. Zowel Frans als Marjette en dhr. Groenenberg geven aan de vrijblijvende ambulante gesprekken zonder onderliggend programma’s niet helpend te vinden. Zo sluit al deze informatie mooi bij elkaar aan.

Voor de interviews binnen de afdelingen van de Wending was het voldoende om twee personen te interviewen. Het ging ten slotte vooral over de ambulante beleidsmedewerkers. Wat gepoogd is met deze doelgroep is de betrokkenheid bij de verandering te vergoten. Daarnaast wilden we voorkomen dat er binnen het Leger des Heils specifieke aandachtspunten zijn die bij elke medewerker bekend zijn en die we zonder deze interviews misschien over het hoofd zouden zien.

De interviews met beleidsmedewerkers bij instellingen met ambulante behandeling voor verslaving geven de sterkste denkrichting aan ons antwoord op de hoofdvraag. Omdat we bij elke instelling mensen hoog in de organisatie en dicht bij de beleidsontwikkelingen hebben gesproken is er een duidelijk beeld ontstaan. We hadden graag nog Jellinek Amsterdam geïnterviewd. Zij zijn een grote instelling met veel cliënten die al langere tijd ambulante hulpverlening aanbieden. Helaas is ons dit niet gelukt.

Wij hebben de Kennisdag 2013 van het Trimbos, ZonMW en GGZ Nederland bezocht, waardoor wij op de hoogte zijn van de huidige ontwikkelingen in hulpverleningsland. Hierdoor hebben we doelgerichter onderzoek kunnen doen. Wij weten hierdoor wat de huidige ontwikkelingen en toekomstverwachtingen op het gebied van ambulante hulpverlening zijn.

Dit onderzoek is zoveel mogelijk gezamenlijk uitgevoerd. De interviews zijn door ons samen afgenomen. De literatuur is grotendeels door ons beide gelezen. Toch is er een verdeling gemaakt. Joost is verantwoordelijk geweest voor de onderzoeksresultaten van de interviews. Hij heeft de teksten voor dit deel geschreven. Michael is verantwoordelijk voor het literatuuronderzoek. Deze teksten zijn door hem geschreven. Daarnaast hebben we zoveel mogelijk geprobeerd gebruik te maken van onze talenten. Joost is goed in contact onderhouden. Hij heeft contact onderhouden met de samenwerkingspartners. Michael is goed in nieuwe contacten maken. Hij heeft instellingen gebeld en mensen benaderd. Wat betreft schrijf- en onderzoekstijl is Michael beter in knopen doorhakken en de vaart erin houden. Joost is meer een bezinner, overdenkt keuzes en ziet de details. Het verschil in karakters heeft de samenwerking soms erg intensief gemaakt. We zijn van mening dat deze intensiteit terug te zien is en ten goede komt aan het eindresultaat.

# 4.5 Suggesties voor verder onderzoek

Tijdens ons onderzoek zijn we er achter gekomen dat niet elke cliënt geschikt is voor een ambulante behandeling. Wanneer een nieuwe cliënt zich aanmeldt dient er een afweging gemaakt te worden of een cliënt ambulant of klinisch behandeld moet worden. In ons onderzoek zijn hier verschillende uitspraken over gedaan. Bij Novadic-Kentron wordt het intake instrument *MATE* gebruikt, dit is een uitgebreid formulier waaruit na het invullen van het formulier al een advies wordt gegeven voor een behandeling. Bij Novadic-Kentron werkt dit intake-instrument goed, het Leger des Heils zou kunnen onderzoeken of dit intake-instrument ook echt zo goed is als ze zelf beweren en of het misschien wel beter werkt dan het intake-instrument dat De Wending nu gebruikt.

We zijn er tijdens ons onderzoek achter gekomen dat veel instellingen bepaalde voorwaarden stellen om ambulant te gaan behandelen. In veel gevallen is zo’n voorwaarde bijvoorbeeld dat er eerst een detox gedaan wordt. Bij sommige instellingen gebeurt dit ambulant, maar vaker gebeurt dit klinisch. Eventueel kan de Wending hiervoor haar eigen twee klinieken gebruiken. Hoe het Leger des Heils hier het best mee om kan gaan behoeft verder intern onderzoek.

Iets wat in ons literatuuronderzoek terugkomt is gecontroleerd gebruik als behandeldoel. Uit onderzoek blijkt dat in sommige gevallen gecontroleerd gebruik even goede resultaten kan opleveren als wanneer totale abstinentie het behandeldoel is. Binnen het Leger des Heils worden veel cliënten behandeld die al vaker behandeling gevolgd hebben. Het Leger des Heils kan onderzoeken of het binnen de visie past om van gecontroleerd gebruik een behandeldoel te maken voor deze doelgroep.

Bij ons bezoek aan de Kennisdag in de Beurs van Berlage te Amsterdam kregen wij de visie mee dat er in de GGZ steeds meer met multidisciplinaire teams, de zogenaamde ACT & FACT teams, gewerkt gaat worden. Dit is vooral gericht op psychiatrische patiënten, maar geldt ook voor de verslavingszorg. Voor de dubbele diagnose patiënten die zich aanmelden bij het Leger des Heils zullen zulke teams misschien ook ingezet kunnen worden. Dit gaat vaak gepaard met GGZ instellingen die gespecialiseerd zijn in persoonlijkheidsstoornissen. Novadic-Kentron is hier al mee bezig. Wij adviseren het Leger des Heils om deze ontwikkelingen in de gaten te houden en te kijken of het Leger des Heils ook een ACT of FACT team kan opzetten.

Bibliografie

**Literatuur**

Alcoholic Anonymous World Services, A. (1986). *Alcoholics Anonymous.* New York: AAWS.

Anthony, J., & Patronis, K. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence, 40*.

Blok, G. (2011). In G. Blok, *Ziek of Zwak, geschiedenis van de verslavingszorg in Nederland.* Amsterdam: Nieuwezijds.

Brink, v. d. (2006). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Justitiele verkenningen, vol. 32, no. 8*, pp. 59-75.

Broek, B. V., & Merkx, M. (2003). *Leefstijltraining 3; Handleiding trainer*. Utrecht: GGZ Nederland.

De Hoop. (2012). *Hulp voor volwassenen/ambulante hulp*. Opgeroepen op 13 december 2012, van www.dehoop.org: http://www.dehoop.org/hulpinderegio

De Hoop. (2012). *Jaarverslag De Hoop GGZ 2011*. Opgeroepen op 9 april 2013, van De Hoop GGZ: http://www.dehoop.org/28668/jaarverslag.html

DeFuentes-Merillas, L., & de Jong, C. (2004). Community Reinforcement approach plus vouchers: Behandeling van cocaine afhankelijkheid. *Nederlandse vertaling van: Therapy manuals for drug addiction a community reinforcement plus voucher approach: Treating cocaine addiction*. Sint-Oedenrode: Novadic-Kentron.

Edwards, G., & Gross, M. (1979). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*.

Emmelkamp, P., & Vedel, E. (2007). *Alcohol- en drugsverslaving, een gids voor effectief gebleken behandelingen.* Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Franken, I., & van den Brink, W. (2009). *Handboek verslaving.* Utrecht: De Tijdstroom.

Kroon, J. (2012). *Conceptversie jaarplan 2013 afdeling Hoog Buurlo.* Ugchelen: Leger des Heils Gelderland.

Leger des Heils. (2011, 1 1). *jaarverslag 2011.* Opgeroepen op 5 januari 2013, van www.cwzwg.nl: http://gelderland.legerdesheils.nl/sites/default/files/WEBVERSIE%20jaarkrant2011.pdf

Leshner, A. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*.

Miller, W. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychoteraphy ,11*, 441-448.

Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change.* New York: Guilford.

Novadic-Kentron. (2009). *Over ons.* Opgeroepen op 5 januari 2013, van http://www.novadic-kentron.nl/: http://www.novadic-kentron.nl/

Roozen, H. (2006). De Community Reinforcement Approach (CRA). *Verslaving, Tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 5,6.

Rutten, R., & de Haan, H. (2009). *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Rutten, R., Loth, C., & Hulshoff, A. (2009). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Schippers, E. (2012, juni 12). *Bestuurlijk akkoord GGZ 2013-2014.* Opgeroepen op 7 december 2012, van www.rijksoverheid.nl: http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html

Slobbe, L., Smit, J., Groen, J., Poos, M., & Kommer, G. (2011, 12 28). *Kosten van Ziekten in Nederland 2007 : Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010 .* Opgeroepen op 3 december 2012, van ww.rivm.nl: http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270751023.html

Tactus. (2012). *Advies en Hulp/ Individuele behandeling*. Opgeroepen op 13 december 2012, van www.tactus.nl: http://tactus.nl/teksten/item/bekijk/id/168

Tactus. (2013). *Het zorgaanbod van Tactus*. Opgeroepen op 04 septemer 2012, van Tactus verslavingszorg: http://www.tactus.nl/teksten/item/bekijk/id/5

Tielemans, L., & de Jong, C. (2007). *Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg.* Amersfoort: Resultaten Scoren/GGZ Nederland.

van Bommel, M. (2003). *Hulp in eigen omgeving, ambulantisering in de hulpverlening.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

van den Brink, W., & Schippers, G. (2012, 11 1). *Stagering en profilering bij verslaving.* Opgeroepen op 3 oktober 2012, van www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/54-2012-11-artikel-VandenBrink.pdf

Wildt, W. D. (2005). Nazorg na deeltijd en klinische behandeling. Utrecht: Resultaten Scoren.

Wildt, W. D. (2006). Leefstijltraining 1: Handleiding trainer. Nijmegen: Cure and Care.

Wisselink, D. K. (2012, augustus). *KERNCIJFERS VERSLAVINGSZORG 2011.* Opgeroepen op 6 december 2012, van www.sivz.nl: http://www.sivz.nl/images/documenten/kerncijfers/2011kerncijfers.pdf

ZorgkaartNederland. (2013). *Verslavingszorg*. Opgeroepen op 9 april 2013, van ZorgkaartNederland: http://www.zorgkaartnederland.nl/verslavingszorg

**Interviews**

Bodwits,P. & van Dijk, A., interview 15 april 2013

Dhr. Bodewits is verslavingsartis en directeur en mevr. van Dijk is psychologe en directeur van instelling The Home Clinic.

Frans, interview 8 april 2013

Cliënt die 3 ambulante behandelingen gevolgd heeft. Tactus Apeldoorn, Tactus Zutphen en Tactus 12-stappenkliniek.

Groenenberg, H., interview 18 april 2013

Cliënt die een ambulate behandeling heeft gevolgd bij Tactus verslavingszorg en daarna twee klinische behandelingen bij Castle Craig en Hoog Buurlo.

IJkema, H., interview 25 maart 2013

Interim-afdelingshoofd polikliniek verlslavingszorg en psychiatrie bij de Hoop GGZ

Kieft,R., interview 16 april 2013

Hulpverlener bij de Woon- en Werktraining (WWT) van het Leger des Heils

Lokhorst, M., interview 16 april 2013

Hulpverlener bij behandelafdeling Hoog Buurlo van het Leger des Heils

Marjette, interview 9 april 2013

Cliënt die 2 ambulante behandelingen heeft gevolgd bij Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN). Bij stichting Safe-Houses een klinische opname in Thailand op basis van de 12-stappen en later begeleid wonen in Amsterdam via deze stichting.

Velthoven, F., interview 22 maart 2013

Senior counselor bij de ambulante 12-stappen behandeling bij Tactus Apeldoorn

Wouters, T., interview 19 april 2013

Hoofd indicatiestelling, zorgtoewijzing en evaluatie bij Novadic-Kentron

Bijlagen

# Methodiekbeschrijving

*Wat is dubbele diagnosebehandeling?*

Bij de intake is het erg belangrijk om te selecteren op geschiktheid om ambulant te behandelen. Een goede diagnose is bij de intake dus erg belangrijk. Bij verslaafde patiënten komt vaak ook een psychische stoornis voor. Het omgekeerde is ook het geval. Uit onderzoek van George en Krystal (2000) komt een percentage voor van 50% van mensen met een psychische stoornis dat ook kampt met een verslaving (Franken & van den Brink, 2009, p. 458). Dit is omgekeerde redenering maar er mag gesteld worden dat dubbele diagnose problematiek in de GGZ Nederland eerder regel is dan uitzondering (Rutten & de Haan, Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie, 2009, p. 296).

*Wat is motiverende gespreksvoering?*

Soms is er direct na de aanmelding angst voor de behandeling en ontstaat er twijfel. Of er is gewoon simpelweg ambivalentie over wel of niet behandeld willen worden. We zien dit vaak gebeuren tijdens de opmaat tot behandeling maar kan ook tijdens de behandeling zelf optreden. Motiverende gespreksvoering kan dan een heel adequaat middel zijn om de cliënt (opnieuw) te motiveren.

Van oudsher wordt er een confronterende stijl gehanteerd binnen de verslavingszorg. Hiermee zou weerstand van de cliënt wat eigenlijk de ‘pathologische ontkenning’ zou zijn doorbroken worden. Motiverende gespreksvoering werd ontwikkeld als alternatieve behandelmethode waarbij op een cliëntgerichte, directieve manier van gespreksvoering patiënten hun eigen ambivalentie onderzoeken waarmee je de cliënt verder kan helpen in het proces van gedragsverandering (Miller, Motivational interviewing with problem drinkers, 1983) (Franken & van den Brink, 2009, p. 395).

Als behandelmethode wordt motiverende gespreksvoering meestal aangeboden als korte interventie bestaande uit één tot vijf sessies. In Nederland wordt dit min of meer toegepast in de Leefstijltraining 1 (individuele variant) en 3 (groepsvariant) (Wildt, 2006) (Broek & Merkx, 2003). In de eerste sessie ligt de nadruk op het vergroten van de motivatie om te veranderen gevolgd door het versterken van de bereidheid om te veranderen. De empathische, niet-oordelende gespreksstijl echter kan tijdens de gehele behandeling gebruikt worden (Miller & Rollnick, 2002).

*Wat is cue-exposure? (Behoort tot de cognitieve gedragstherapie)*

Cue-exposure houdt in dat de cliënt herhaaldelijk blootgesteld wordt aan de aanblik of geur van het middel totdat de trek die door de cues wordt opgewekt aanzienlijk gedaald is. Patiënten worden geacht na deze behandelvorm beter in staat te zijn alcohol- en drugsstimuli in het dagelijks leven te weerstaan waardoor de kans op terugval afneemt (Franken & van den Brink, 2009, p. 388).

Cue-exposure behandeling is succesvol in het uitdoven van de relatie tussen externe en interne (emotionele en lichamelijke) stimuli en trek, maar tot op heden is het toch vooral een aanvulling op een cognitief gedragstherapeutische behandeling en niet zozeer een behandelmethode op zich (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 68).

*Wat is copingvaardigheidstraining? (behoort tot cognitieve gedragstherapie)*

Copingvaardigheidstraining is naast gedragstherapeutisch vooral ook cognitief van aard. Deze methodiek kan beschouwd worden als de basis van de cognitieve gedragstherapie en vormt dus een groot deel van een van de drie evidence-based behandelmethoden. Voor onze aanbeveling vormt dit een erg belangrijke methodiek. Een aangenomen uitgangspunt is dat verslaving aangeleerd gedrag is. De behandeling van copingvaardigheid richt zich op het aanleren van alternatief gedrag in gevallen van spanningen of onlust en het leren toepassen van noodmaatregelen bij een uitglijder om een volledige terugval te voorkomen (Franken & van den Brink, 2009, p. 392). Voorbeelden van de copingsvaardigheidstrainingen zijn de Libermantraining of de leefstijlentraining (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 57).

*Wat is de twaalfstappenbehandeling?*

Het 12-stappenmodel omvat de basisgedachten zoals die gebruikt wordt binnen de zelfhulporganisatie de Anonieme Alcoholisten (AA) (Alcoholic Anonymous World Services, 1986). De zelfhulpgroepen van de AA bieden zelf geen behandeling. Het kan eerder beschouwd worden als een sociale beweging of gezelschap (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 79). Het Minnesota-model is de geïnstitutionaliseerde behandelmethode gebaseerd op veel van de uitgangspunten van de AA. Het enige realistische behandeldoel binnen de AA is totale abstinentie van alle middelen. Het Minnesota-model is ontwikkeld voor een klinische behandelsetting maar wordt steeds vaker ook ambulant toegepast (Franken & van den Brink, 2009, p. 396). De behandeling bestaat meestal uit bibliotherapie, psycho-educatie, en individuele en groepssessies, en gaat systematisch in op de 12-stappen van de AA (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 79).

Het 12-stappenmodel is wereldwijd het dominante model voor zelfhulp. Naast de totale abstinentie zijn de aandacht voor het spirituele en gewoonte om de naasten te betrekken bij de behandeling typisch voor de twaalfstappen benadering. Belangrijke elementen uit de behandeling zijn (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 153):

* Verslaving is een progressieve ziekte met biologische of genetische aard waarvan je nooit geneest, maar kunt herstellen als je totaal abstinent bent.
* Je hebt hulp van anderen nodig.
* Psychologische problemen zijn het gevolg, niet de oorzaak van gebruik.
* Alcoholisten zijn egocentrisch.
* Je eigen gedragingen leren herkennen die je moet veranderen.
* Inzichten en gedragsveranderingen in de praktijk brengen.
* Levenslang deelnemen aan de 12-stappen zelfhulp.

*Wat zijn community Reinforcement Approach (CRA) en contingencymanagement (vouchers)?*

Zowel de community-reinforcementbenadering (CRA) als contingentiemanagement (CM) zijn gedragstherapeutische behandelvormen gericht op het beïnvloeden van gedrag door middel van operante conditioneringsprincipes (Franken & van den Brink, 2009, p. 390). Het principe is eenvoudig, gewenst gedrag wordt bekrachtigd terwijl ongewenst gedrag wordt uitgedoofd door afwezigheid van bekrachtiging of een straf (stimulus en respons) (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 68). CRA richt zich in het algemeen op het versterken van het sociale netwerk en toekomstperspectieven van de cliënt. CM is hierbij meestal een onderdeel van de bredere CRA benadering. CM richt zich bij verslaving typisch op abstinentie, medicatietrouw en therapietrouw.

CRA+vouchers zijn ontwikkeld als een 24 weken durende ambulante behandeling die individueel wordt gegeven. Dit is dus een van de twee puur ambulante behandelvormen waarover we eerder al spraken. De behandelingsprocedure is gedetailleerd vastgelegd in een handleiding (DeFuentes-Merillas & de Jong, 2004) (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 204). Vanuit de interviews weten we dat in Nederland maar weinig instellingen gebruik maken van de CRA methode. En als er al instellingen zijn die de methode gebruiken dan kan er getwijfeld worden of ze wel echt volgens de oorspronkelijke opzet werken (Roozen, 2006). De beloning van goed gedrag vindt dikwijls plaats door het geven van vouchers. Vandaar dat deze interventie ook wel eens de voucherinterventie/vouchertherapie genoemd wordt.

Een veel gebruikte vorm van CM die bijna als standaard wordt gezien in de behandeling van verslaafden zijn de urinecontroles. Door middel van urinecontroles wordt de abstinentie getest. Bij het wel abstinent zijn wordt dan vaak een privilege verleend in de vorm van vrije tijd. Bij terugval in gebruik wordt dit privilege vaak weer ingetrokken of wordt er een time-out gerealiseerd. CRA met CM wordt vooral geschikt geacht voor zware drugsgebruikers met een lage sociaaleconomische status.

*Wat is farmacotherapie?*

Er zijn tal van medicamenteuze ondersteuningen binnen behandeling voor verslaving. Zo zijn er stemmingsstabilisatoren tijdens de ontgiftgingsperiode net als aanvullende vitaminen. Voor sommige opiaat- en methadonverslaafden wordt een onderhoudsbehandeling met methadon of opiaten aangeboden. Er zijn grofweg twee doelen die kunnen leiden tot een betere uitkomst van de behandeling voor verslaving als het gaat om farmacotherapie, te weten (Franken & van den Brink, 2009, p. 377):

* Het verbeteren van therapietrouw in het innemen van medicatie.
* Het gelijktijdig beïnvloeden van de verslaving door middel van psychotherapie én farmacotherapie.

De medicatie die direct ingaat op het mechanisme verslaving is de aversieve medicatie. Momenteel is dit vooral disulfiram. Dit middel wekt braakneigingen en misselijkheid op wanneer alcohol gebruikt wordt. Daarnaast is er een reeks medicijnen gericht op het verminderen van het positieve effect van het gebruik van middelen. Dit zijn medicijnen zoals methadon, buprenorfine en naltrexon. Deze medicatie bezet of blokkeert de receptoren waar drugs zich hechten (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, pp. 145-146)

*Wat is gecontroleerd gebruik?*

Bij gematigd gebruik richt de behandeling zich op afname van gebruik tot een niveau dat het gecontroleerd gebeurt en minimale schade toebrengt aan de persoon zelf en zijn of haar omgeving.

*Wat is minimale interventiestrategie?*

Deze interventie komt uit Amerika en is gericht op zo min mogelijke interventies in de behandeling. Leefstijlentraining 1 en 3 behoren hiertoe. Daarnaast moet de patiënt zelfredzaam zijn en huiswerkopdrachten maken in de vorm van gebruiksdagboeken, registratie van trekmomenten en het gevoelsleven op moment van gebruik en trek. Dit moet samen met motiverende gesprekvoering leiden tot de keus om een verandering in de leefstijl aan te brengen (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 145)

*Wat is casemanagement?*

Casemanagement is een containerbegrip met een ruime begripsomschrijving én zonder aanvaarde definitie. In de praktijk komt het erop neer dat er mee beoogd wordt de zorg door één persoon te laten coördineren zodat er betere aansluiting is bij de cliënt. Het bestaat altijd uit het vaststellen van de zorgbehoefte, het afstemmen van de hulpverlening en follow-up (Franken & van den Brink, 2009, p. 420).

Casemanagement is bedoeld voor personen in de verslavingszorg bij wie er naast de verslavingsproblematiek sprake is van tal van problemen zoals huisvesting, lichamelijke en psychische gesteldheid, arbeid, inkomen, justitie en sociale relaties en de zorg langdurig van aard is (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 184). Casemanagement kent een aantal basisfuncties (Franken & van den Brink, 2009, p. 420), (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 185):

* Gesystematiseerde inschatting maken van de zorgbehoefte (assessment)
* Vaststellen van een samenhangend en volledig hulpverleningsplan (planning)
* Regelen van de benodigde hulpverlening (linking)
* In de gaten houden van de benodigde hulpverlening (monitoring)
* Evalueren van de geboden hulp en eventueel zorgen voor bijstelling (evaluation)

Dan zijn er ongeveer 5 grote casemanagementmodellen die momenteel gebruikt worden, te weten (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 186):

* *Het makelaarsmodel.* Niet-multidisciplinair, van achter het bureau, weinig dienstverlening, geen huisbezoek en een grote caseload.
* *Strengths-based model.* Niet-multidisciplinair, gericht op individuele cliënt, gericht op sterktes cliënt, in de leefsituatie, zowel coördinatie als dienstverlening en een middelgrote caseload.
* *Clinical casemanagementmodel.* Niet-multidisciplinair, casemanager als rolmodel, psychotherapeutische dienstverlening, actieve inbreng in leefsituatie, zowel coördinerend als dienstverlenend. Middelgrote caseload.
* *Intensief casemanagement.* Niet-multidisciplinair, actieve inbreng in leefsituatie, zowel coördinerend als dienstverlenend, middelgrote caseload.
* *Assertive Community Treatment (ACT) of FACT (Functie ACT)*. Multidisciplinair hulpverleningsmodel. Proactieve en assertieve benadering in de leefomgeving van de patiënt. Gedeelde verantwoordelijkheid door een team voor alle patiëntenzorg, kleine caseload van ongeveer 1-10 patiënten.

*Wat is terugvalpreventie/nazorg?*

Nazorg is eigenlijk geen juiste term meer. Het is het verlengen van de zorg maar dan in minder specifieke en intense vorm. De reden dat de term nazorg er nog is, is dat we dankzij de methode Resultaten Scoren een protocol ‘Nazorg’ hebben (Wildt, 2005). Ondanks de vaak evidence-based interventies is er een behoorlijke mate van terugval bij problematische middelengebruikers. Vooral adolescenten vallen kort na behandeling terug en bij een follow-up van een jaar later bijna driekwart van de onderzochten. Vooral het niet adequaat om kunnen gaan met frustraties blijkt reden te zijn tot terugval (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 210). Nazorgprogramma’s worden gedefinieerd als therapeutische protocollen die een geplande duur van meer dan zes maanden hebben (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 213)

*Wat is seksespecifieke verslavingshulpverlening?*

Oorspronkelijk was de scheiding der sekse in zorg en onderwijs een maatschappelijke vanzelfsprekendheid. In Nederland is seksespecifieke verslavingshulpverlening eigenlijk synoniem voor vrouwenhulpverlening. En hoewel en altijd al meer mannen verslaafd zijn geweest aan alcohol- en drugs is er nooit specifieke verslavingshulpverlening voor mannen geweest.

Waar het bij seksespecifieke verslavingshulpverlening om gaat is dat er aandacht wordt besteed aan de seksespecifieke onderwerpen. Bij vrouwen valt dan te denken aan seksuele trauma’s, stemmingsstoornissen, eetproblemen en overmatig koopgedrag. Bij mannen zou je kunnen denken aan ontremd seksueel gedrag, gokproblematiek en agressie.

*Wat is gedragstherapeutische relatietherapie?*

Verslaving binnen een relatie geeft doorgaans conflicten, communicatieproblemen en zaken als huiselijk geweld. Het theoretisch uitgangspunt van relationele relatietherapie is dat middelengebruik een negatief effect heeft op de relatie en dat relationele spanningen aanleiding zijn tot (hernieuwd) middelengebruik (Franken & van den Brink, 2009, p. 393). Daarnaast kan de effectiviteit van individuele cognitieve gedragstherapie negatief beïnvloed worden door aanwezigheid van relationele problemen (Emmelkamp & Vedel, 2007, p. 75).

De behandelingsvormen binnen deze therapie verschillen nogal. Over het algemeen echter richt de therapie zich op het beter functioneren van de relatie, het beter functioneren van de relatie binnen een ander sociaal netwerk, en kennis en vaardigheden verwerven voor de verslaafde zelf en de partner (Franken & van den Brink, 2009, p. 395).

*Wat is systeemtherapie?*

De inzet van relatie- en gezinsbegeleiding in een behandeling van verslaving heeft vaak een positief effect op de behandeling van de cliënt. Daarnaast is het vaak een onmogelijke opgave als er geen steun is van het systeem van de cliënt bij de behandeling. Er zijn vele verschillende vormen. De relatietherapie is hierboven al beschreven. En ook bij de AA en 12-stappenbehandeling is er aandacht voor het systeem. Daarnaast heb je allerlei vormen zoals gezinstherapie en familieseminars (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 146)

*Wat is Resultaten Scoren?*

Ondanks duidelijke evidentie voor verschillende interventies toont onderzoek aan dat men in de klinische praktijk nog steeds beperkt behandelt op basis van evidence-based methodieken. In Nederland is geprobeerd deze kloof te overbruggen door het kwaliteits- en zorginnovatieprogramma ‘Resultaten Scoren’ Zij protocolleren de verslavingszorg zodat er meer evidence-based gewerkt wordt.

# Labelsysteem

Om de interviews te verwerken en de informatie daaruit overzichtelijk weer te geven zijn de interviews door ons gefragmenteerd en gelabeld. We hebben daarbij gebruik gemaakt van een labelsysteem. De bruikbare gegevens uit de interviews zijn verwerkt in fragmenten en onderverdeeld in labels. Deze labels zijn weer onderverdeeld in kernlabels. Voor deze kernlabels is de structuur aangehouden zoals we die ook hebben aangehouden in de interviews. In de interviews hebben we steeds vragen gesteld over de volgende thema’s:

* Algemene gegevens
* Het verschil tussen de ambulante en klinische behandeling
* Doelgroep, voor wie is een ambulante behandeling geschikt
* Methodieken
* Invulling behandeling
* Familie en Netwerk
* Visie op verslaving
* Nazorg
* Competenties hulpverleners

Deze thema’s komen dus terug in de kernthema’s. Deze kernthema’s zijn dan dus onderverdeeld in verschillende labels afhankelijk van de informatie die naar voren komt in de interviews. Het kernlabel methodiek is bijvoorbeeld onderverdeeld in de verschillende methodieken. Het kernthema doelgroep hebben we onderverdeeld in verschillende labels die iets zeggen over de voorwaarden waaraan een cliënt moet voldoen om een ambulante behandeling te volgen. Alle gefragmenteerde interviews zijn verwerkt in kerntabellen waarin alle informatie van de verschillende labels bij elkaar staat. Op die manier zijn de gegevens uit de interviews geordend en staat alle relevante informatie per onderwerp bij elkaar en zijn hier makkelijker conclusies uit te trekken.

# Topiclijsten

**Interviews – Cliënten die een ambulante behandeling hebben gevolgd**

**Topiclijst interview**

* Algemene vragen
  + Hoe is de behandeling vormgegeven
* Het verschil tussen een ambulante en klinische behandeling
  + Voor en nadelen
* Methodieken
* Doelgroep
  + Bij welke groep cliënten past een ambulante behandeling
* Invulling behandeling
  + Urinecontroles
  + E-Health
* Familie en Netwerk
  + Invloed van behandeling op netwerk
  + Netwerk inzetten bij behandeling
* Competenties hulpverleners
* Afsluitende vragen

**Uitwerking vragen voor interview**

Vooraf aan interview moeten we ons even voorstellen en iets vertellen over het onderzoek.

Algemene vragen

* Waar heeft u een behandeling gevolgd?
* Was deze behandeling vormgegeven vanuit heen bepaald programma zoals de twaalf stappen of leefstijltraining?
* Hoe lang heeft deze behandeling geduurd?
* Hoeveel afspraken bij de instelling had u per week en hoe lang duurde deze afspraken?
* Heeft u na deze ambulante behandeling nog andere behandelingen gevolgd?

Persoonlijke vragen

* Hoe lang bent u verslaafd geweest?
* Wat was de reden dat u een behandeling bent gaan volgen voor uw verslaving?
* Waarom heeft u gekozen voor een ambulante behandeling in plaats van een klinische behandeling?
* Speelden er naast uw verslaving nog andere problemen?
  + Schulden
  + Psychische problemen
  + Relatieproblemen

Verschil tussen ambulante en klinische behandeling

* Momenteel wordt er vanuit de overheid steeds meer aangestuurd op ambulante behandelingen. Wat vind u van deze ontwikkeling?
  + Welke voordelen ziet u in een ambulante behandeling tegenover een klinische behandeling?
  + Welke risico’s zitten er aan een ambulante behandeling tegenover een klinische behandeling.
    - Welke interventies vanuit de hulpverlening helpen om daar overheen te komen?

Methodiek

* Wat zou volgens u de belangrijkste criteria waaraan een ambulante behandeling moet voldoen?
* Wat heeft u tijdens de behandeling geholpen om van uw verslaving af te komen?
  + Welke interventies van de hulpverleners hielpen u het meeste?
  + Welke interventies van de hulpverleners hielpen u het minste?
  + Zijn er interventies die u tijdens uw behandeling gemist?
* Wat hielp u om clean te blijven wanneer u trek kreeg in Alcohol of Drugs?
* Maakt het feit dat u in uw eigen huis blijft het lastiger om een terugval te voorkomen?
  + Wat binnen een ambulante behandeling, werkt het beste om een terugval te voorkomen?
  + Wat helpt het beste om de behandeling weer op te pakken na een terugval?
* Wat heeft u geholpen om gemotiveerd te blijven voor de behandeling?
  + Welke interventies van de hulpverleners hebben hier een bijdrage aangeleverd?
* Hoe sterk was uw motivatie tijdens uw behandeling?
  + Is uw motivatie tijdens de behandeling wel eens veranderd? Wat beïnvloede/veroorzaakte deze verandering?
* Nam de hulpverlening tijdens uw behandeling veel zaken van u over of merkte u dat u werd aangemoedigd om zelf dingen op te pakken?

Doelgroep

* Zijn er groepen verslaafden waarvoor volgens u een ambulante behandeling niet geschikt is?
* Zijn er groepen verslaafden waarvoor volgens u een ambulante behandeling beter is dan een klinische behandeling?

Invulling van de behandeling

* Is er tijdens uw behandeling gebruik gemaakt van E-Health?
* Werd u tijdens uw behandeling aangemoedigd om deel te gaan nemen aan zelfhulpgroepen?
* Zijn er dingen die u gemist hebt in de behandeling die volgens u wel hadden kunnen bijdragen aan uw herstel?
* Werden er urinecontroles uitgevoerd tijdens de ambulante behandeling?
  + Denkt u dat dit goed zou zijn?

Netwerk & Familie

* Wat voor invloed had uw behandeling op uw familie, vrienden en andere mensen die om u heen?
* Wat voor invloed hadden uw vrienden of uw familie op uw herstel?
  + Hoe kan ervoor gezorgd worden dat deze een positieve invloed hebben op het herstel?

**Interviews - Medewerkers van instellingen voor verslavingszorg**

**Geïnterviewde**

**Naam:**

**Leeftijd:**

**Naam instelling:**

**Afdeling:**

**Jaren ervaring:**

**Topiclijst interview**

* Algemene vragen
* Het verschil tussen een ambulante en klinische behandeling
  + Voor en nadelen
* Doelgroep
  + Bij welke groep cliënten past een ambulante behandeling
* Familie en Netwerk
  + Invloed van behandeling op netwerk
  + Netwerk inzetten bij behandeling
* Visie op verslaving
* Methodieken, technieken en programma’s
  + Leefstijlen training, Motiverende gespreksvoering, Cognitieve gedragstherapie
  + Empowerment, activerende hulpverlening en netwerkbenadering
* Invulling behandeling
  + Ontwenning
  + Abstinentie of harm-reduction
  + Urinecontroles
  + E-Health
  + Zelfhulpgroepen
* Competenties hulpverleners
* Afsluitende vragen

**Uitwerking vragen voor interview**

Vooraf aan interview moeten we ons even voorstellen en iets vertellen over het onderzoek.

Algemene vragen

* Hoe is de ambulante behandeling bij jullie vormgegeven
  + Hoeveel gesprekken per week/maand?
  + Hoe lang duren de gesprekken?
  + Verschilt het per cliënt hoeveel gesprekken er zijn?
  + Hoe lang duurt de totale behandeling?
* Welke ontwikkeling heeft jullie ambulante behandelprogramma de afgelopen jaren doorgemaakt?
  + Tegen welke problemen en valkuilen liepen jullie aan? Hoe zijn jullie hiermee omgegaan?
* Op welke locatie worden de sessies gegeven?

Verschillen ambulante behandeling en Klinische behandeling

* Zien jullie het feit dat een cliënt bij een ambulante behandeling in zijn eigen omgeving blijft wonen als positief of negatief?
  + - Bij Negatief 🡪 Zijn er ook voordelen?
    - Bij Positief 🡪 Zijn er ook risico’s?
  + Is het risico op terugval groter of kleiner in een ambulante setting?
* Wordt er verschil in therapie trouw gemerkt tussen ambulante behandeling en klinische behandeling?
  + Hoe wordt hiermee omgegaan?
  + Hoe is de therapietrouw te bevorderen?

Doelgroep

* Voor welke groep cliënten past een ambulante behandeling?
  + Zien er groepen waarbij een ambulante behandeling niet past?
    - Hoe maken jullie dit onderscheid?
  + Voor welke doelgroepen past een ambulante behandeling het beste en voor welke doelgroep het slechtste?
  + Behandelen jullie cliënten met een dubbele diagnose ambulant?

Netwerk en Familie

* Welke invloed heeft de behandeling op het netwerk van de verslaafde?
  + Wat zijn hierin de verschillen met een klinische behandeling?
  + Welke invloed heeft een ambulante behandeling op de partner van en verslaafde?
* Wordt er gebruik gemaakt van het netwerk van de cliënt tijdens een ambulant behandeltraject?
  + Wat voor invloed heeft dit op de behandeling?

Programma / methodiek

* Werken jullie vanuit een bepaald programma? ( bijv. leefstijlen training van resultaat scoren, twaalf stappen etc.)
  + De leefstijlen trainingen van resultaat scoren zijn vormgegeven vanuit onderzoek en bestaat uit evidence-based technieken. Hoe kijken jullie hier tegenaan?
* Volgens welke methodieken werken jullie/ zijn belangrijk in jullie behandeling? Op welke manier worden deze toegepast
  + Vragen naar motiverende gesprekvoering
    - Vanuit onderzoek blijkt dat motiverende gesprekvoering zeer effectief is in een behandeling van een verslaving. Herkent u deze bevindingen?
  + Vragen naar cognitieve gedragstherapie
* Hoe zijn empowerment, activerende hulpverlening en de netwerkbenadering toepasbaar in een ambulante behandeling?
  + Zijn deze technieken beter toepasbaar in een ambulante setting?

Invulling behandeling

* Op welke manier wordt de eerste periode van ontwenning doorgekomen bij een ambulante behandeling?
  + Wordt er gebruik gemaakt van een detox?
  + Waar moet rekening mee gehouden worden in vergelijking met een klinische behandeling?
* Streven jullie in de behandeling volledige abstinentie na of is gecontroleerd drinken ook een mogelijk behandeldoel?
* Worden er urine controles gedaan bij een ambulante behandeling?
* Wordt er gebruik gemaakt van E-Health door jullie?
  + In welke verhouding staat het contact via internet met het face to face contact
  + Wat zijn de voordelen en wat zijn de risico’s die jullie ervaren in de toepassing van E-health?
  + Wordt E-Health ook gebruikt vooraf of achteraf een behandeling?
* Gaan cliënten naast de ambulante behandeling ook naar zelfhulpgroepen?

De psychologie van verslaving

* Wat voor ethisch model hanteert de instelling met betrekking tot verslaving?

Competenties hulpverleners

* Welke competenties zijn er nodig bij de hulpverleners voor een ambulante behandeling
  + Hebben er bij jullie medewerkers bijscholing gehad?

Afsluitende vragen

* Wat is volgens jullie belangrijk bij het opstarten van een ambulante behandeling?
* Welke tips hebben jullie voor het Leger des Heils?

# Standaardbrief

**Ontwenningscentrum De Wending**

*Onderdeel van CWZW Gelderland*

Hoog Buurloseweg 145, 7339 EL Ugchelen

Contactpersoon: Joost Baaij

Aan: X

Telefoon: 06 40952979

Email: [JoostBaaij@hotmail.nl](mailto:JoostBaaij@hotmail.nl)

Datum: X

Betreft: Interview afstudeeronderzoek

Beste X,

Afgelopen X hebben we telefonisch contact gehad over een interview dat we aanstaande X bij u hopen af te nemen. Wij sturen u deze brief na zodat u weet wat u van het interview kunt verwachten en welke onderwerpen we zullen bespreken.

Zoals u weet zijn wij twee vierdejaars studenten. We studeren Maatschappelijk Werk & Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede. Op dit moment zijn wij bezig met een afstudeeronderzoek met als onderwerp ambulantisering in de verslavingszorg. We doen dit onderzoek in opdracht van het Leger des Heils. Wij zullen het Leger des Heils Gelderland met ons onderzoek adviseren over hoe zij een ambulante behandeltraject het beste vorm kunnen geven.

In ons onderzoek hopen wij zicht te krijgen op verschillende methodieken en welke van deze methodieken het beste toepasbaar zijn op de doelgroep die het Leger des Heils op het oog heeft. De afgelopen periode hebben we literatuuronderzoek gedaan waarin we veel te weten zijn gekomen over de verschillende methodieken die worden toegepast binnen de verslavingszorg. Met het afnemen van interviews hopen we zicht te krijgen op hoe de verschillende methodieken door u in de praktijk worden toegepast en vooral wat u daarin belangrijk vindt.

In het interview zouden we graag de volgende punten willen bespreken:

* Vragen over hoe de behandeling is vormgegeven en het werk van de geïnterviewde
* Methodieken, technieken en programma’s
* De verschillen tussen een ambulante en een klinische behandeling
* Doelgroep, bij welke groep cliënten past een ambulante behandeling
* Invulling behandeling
* Familie en netwerk van de cliënten
* Zienswijze op verslaving
* Competenties hulpverleners

Wanneer u er in geïnteresseerd bent kunnen we u de resultaten van ons onderzoek aan u overhandigen wanneer we dit afgerond hebben.

Wij hopen u aanstaande X om X te ontmoeten bij X.

Met vriendelijke groeten,

Michael van Steijn en Joost Baaij