

Nazorg na deeltijd en klinische behandeling

Utrecht, juli 2005

W.A.J.M. de Wildt

Literatuurstudie:
Annette Verster

Voorwoord

De module ‘Nazorg na deeltijd en klinische behandeling’ die voor u ligt beschrijft een ambulante vorm van nazorg voor cliënten die een deeltijd of klinische behandeling in de verslavingszorg hebben afgerond.

Uit de literatuurstudie die voorafgaand is verricht naar de effectiviteit van nazorg volgend op een klinische behandeling (Verster, 2004) blijkt de algemeen positieve invloed van nazorg op het handhaven van de resultaten die zijn bereikt in de klinische behandeling, met name als het gaat om het minimaliseren van de ernst, de duur en de ernst van een terugval. De hier beschreven nazorg is een logische volgende stap in het leerproces van de cliënt, in de zin dat de nadruk ligt op het consolideren en generaliseren van de vaardigheden die zijn geleerd in de deeltijd of klinische behandeling. Door de lage intensiteit en het langdurig karakter van de nazorg, krijgt de cliënt uitgebreid de gelegenheid om de geleerde vaardigheden in het dagelijks leven te integreren. Daarnaast biedt de module handreikingen voor het uitwerken van enkele veel voorkomende thema’s in de groepsbijeenkomsten. Naast groepsbijeenkomsten bestaat de nazorg uit een aantal individuele gesprekken met de cliënt: het overgangsgesprek, de evaluatiegesprekken en de individuele gesprekken op indicatie.

De hier beschreven nazorg dient als afsluiting van een behandeltraject, en wordt dan ook niet geschikt geacht voor cliënten die continue zorg behoeven rond hun verslavingsproblematiek.

De module is ontwikkeld conform het masterprotocol van Resultaten Scoren. De handleiding is in twee pilot studies uitgetest in de praktijk: één op inhoud door De Jellinek en één op uitvoerbaarheid door Brijder Verslavingszorg.

In het eerste deel van de module wordt onder meer stil gestaan bij de rationale en de onderzoeksbevindingen. In het tweede deel worden handreikingen gegeven om deelname aan de nazorg te bevorderen en om uitval tijdens de nazorg te voorkomen. Hierna worden protocollen beschreven voor het uitvoeren van de individuele gesprekken. Aansluitend worden handreikingen gegeven voor het uitwerken van enkele thema’s in de groepsbijeenkomsten. Het tweede deel wordt afgesloten met een protocol voor een telefonische follow-up. Als bijlage zijn opgenomen de volledige literatuurstudie naar de effectiviteit van nazorg en een modelversie van de nazorgovereenkomst.

Inhoud

INTRODUCTIE

Inleiding	4
Onderzoeksbevindingen	4
Rationale van de module	5
Doelen	7
Instroomcriteria	8
Opzet van de nazorg	9
Materialen	9

HANDREIKINGEN EN PROTOCOLLEN

1 Handreikingen ter bevordering van deelname aan nazorg	11
2 Handreikingen ter voorkoming van uitval	13
3 Protocol overgangsgesprek	15
4 Protocol evaluatiegesprekken	18
5 Protocol individuele gesprekken op indicatie	21
6 Protocol groepsbijeenkomsten	22
7 Uitwerking thema’s groepsbijeenkomsten	26
(a) Omgaan met geld	
(b) Dagbesteding	3
(c) Somberheid	
(d) Sociale contacten en eenzaamheid	
(e) Toekomstplannen en verwachtingen	
(f) Intimiteit en seksualiteit	
(g) Zelfverzorging	
(h) Sociaal wenselijk gedrag / Dubbellevens	
(i) Slaapstoornissen	
(j) Angst en piekeren	
8. Handreikingen voor het hanteren van het groepsfunctioneren	40
9. Protocol telefonische follow-up	42
Literatuurlijst	44

LITERATUURSTUDIE

Nazorg volgend op een klinische primaire verslavingsbehandeling	46
Inleiding	47
Metode	51
Resultaten	56
Discussie	81
Literatuurlijst	88

BIJLAGE

Nazorgovereenkomst	97
--------------------	----

Introductie

INLEIDING

Deze module beschrijft de fase na een deeltijd of klinische behandeling. Alvorens de module ontwikkeld werd, is een literatuurstudie verricht naar de effectiviteit van nazorg bij de behandeling van verslavingsproblemen. Daarnaast is voor de concrete uitwerking van de module gebruik gemaakt van de publicatie *Continuing Care, promoting the maintenance of change* van D.M. Donovan (1998), waarin praktische suggesties voor nazorg worden gegeven op basis van de recente literatuur.

Een aantal ontwikkelingen in het denken over verslaving rechtvaardigt het bestaan van nazorg (Donovan, 1998).

Op de eerste plaats de ontwikkeling richting het zo kosteneffectief mogelijk inrichten van de behandeling van verslavingsproblematiek, het stepped care principe. Dit leidt tot een afnemend gebruik van klinische voorzieningen en meer toewijzing van cliënten aan ambulante behandelingen. Cliënten worden slechts toegewezen aan gestructureerde klinische behandelingen indien minder gestructureerde, ambulante behandelingen niet effectief blijken te zijn. Na een dergelijke intensieve behandeling volgt een "step-down" naar een minder gestructureerde ambulante fase, de nazorg.

Op de tweede plaats wordt verslaving steeds meer beschouwd als een chronische aandoening, vergelijkbaar met diabetes, hypertensie en astma waarvoor langdurende behandeling, onderhoud en monitoring noodzakelijk is. Deze visie is consistent met het model van Prochaska en DiClemente (1986) waarin het volhouden van de aangebrachte verandering in het middelengebruik als een apart stadium in het proces wordt gezien en terugval beschouwd wordt als onderdeel van het leerproces. Dit suggereert dat aparte aandacht noodzakelijk is voor het actief consolideren van het nieuw geleerde gedrag. Hierin ligt een belangrijke legitimering van nazorg als onderdeel van het totale behandeltraject.

ONDERZOEKSBEVINDINGEN

Ten behoeve van de ontwikkeling van de module is een literatuurstudie verricht naar de effectiviteit van nazorg volgend op klinische detoxificatie of klinische behandeling gericht op verslaving (Verster, 2004). Geconcludeerd kan worden dat nazorg in het algemeen een

positieve invloed heeft op het handhaven van de resultaten die zijn bereikt tijdens de klinische behandeling. Het merendeel van de gecontroleerde studies beschrijft een positief effect, zij het met een variatie in de mate van effectiviteit, en er is slechts één gecontroleerd onderzoek dat geen enkel effect meet. Het positief effect lijkt met name groot voor cliënten met alcohol en poly-druggebruik, maar wordt ook beschreven bij verslaving aan nicotine, cocaïne en opiaten.

Nazorginterventies lijken vooral van invloed op het verminderen van de ernst, duur en schade van de terugval wanneer deze zich voordoet. Dit wordt als belangrijke doelstelling van nazorg beschreven door verschillende auteurs. Nazorg zou niet zozeer het verkrijgen of behouden van absolute abstinentie tot doel hebben, maar juist gericht moeten zijn op het leren omgaan met perioden van gebruik en het weer onder controle krijgen van gebruik.

Verskillende vormen van nazorg zijn beschreven en geëvalueerd. De belangrijkste onderzoeken geven aan dat de vorm en setting niet veel uit lijken te maken: er wordt geen verschil in effectiviteit gevonden tussen interventies van verschillende referentiekaders (bijv. terugvalpreventie en interpersoonlijke therapie), noch tussen groepsgerichte nazorg, telefonische counseling en individuele nazorg. Interventies die eerder langer in tijd doorgaan dan korter lijken effectiever, en een verhoogde frequentie geeft ook betere resultaten. Interventies die verslaafden stimuleren de nazorgactiviteiten langer te volgen kunnen daarom belangrijk zijn. Tot nu toe is er nog geen evidentie gevonden voor het "matchen" van cliënten aan een bepaalde vorm van nazorg. Wat de belangrijkste componenten zijn van nazorg wordt in de literatuurstudie niet duidelijk. Er moet daarom geconcludeerd worden dat er behoefte is naar onderzoek naar de effecten van de specifieke onderdelen en componenten van de verschillende nazorginterventies.

RATIONALE VAN DE MODULE

Op basis van de literatuur zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd voor deze module:

- **BEHANDELING VERSUS NAZORG**

Analoog aan de in de inleiding geschetste visie wordt consolidatie in deze module beschouwd als een essentieel onderdeel van de behandeling en het behandelplan, en niet zozeer als een fase volgend op de eigenlijke behandeling, zoals de term nazorg impliceert. Echter, tijdens de klinische / deeltijd fase ligt het accent op het aanleren van

vaardigheden en tijdens de nazorg gaat het om consolidatie en generalisatie van geleerde vaardigheden. Dit betekent dat er vanuit wordt gegaan dat tijdens de klinische / deeltijd behandeling de aanpak van alle met de verslaving samenhangende problematiek opgestart wordt. Dat geldt uitdrukkelijk ook voor maatschappelijke problemen, zoals bijvoorbeeld huisvesting. Het niet opgelost zijn van maatschappelijk problemen mag geen reden zijn om een cliënt nazorg te weigeren indien aan de instroomcriteria wordt voldaan. Indien een cliënt bijvoorbeeld geen huis heeft, zal een bed op recept aangeboden moeten worden.

- **HET BEVORDEREN VAN DE OVERGANG NAAR NAZORG**

Indien we nazorg als een essentieel onderdeel van de totale behandeling beschouwen, dient de overgang van de klinische / deeltijd fase naar de nazorgfase zo goed mogelijk te verlopen. Uit de literatuur blijkt dat slechts een laag percentage cliënten deelneemt aan nazorg. Voor veel cliënten maken de kosten van deelname aan nazorg (in termen van bijvoorbeeld te investeren tijd) of bepaalde barrières (bijvoorbeeld vervoer) de drempel tot deelname aan nazorg hoog. Het bevorderen van de overgang van de klinische / deeltijd fase naar de nazorg verdient derhalve extra aandacht. In de module zijn handreikingen opgenomen om de overgang naar nazorg zo optimaal mogelijk te maken en deelname te bevorderen.

- **LANGDURIG EN LAGE INTENSITEIT**

De beschreven nazorg kenmerkt zich door een lage intensiteit en een langdurig karakter. Het langdurige karakter is van belang vanwege het chronische karakter van verslavingsproblematiek en het gegeven dat pas na 5 jaar de kans op terugval daadwerkelijk afneemt.

- **HET MINIMALISEREN VAN DROP-OUT TIJDENS DE NAZORG**

Er ligt een sterk accent op het voorkómen van uitval van de cliënt. Dit betekent een actieve houding indien de cliënt niet op een bijeenkomst of afspraak verschijnt. In de module zijn specifieke handreikingen opgenomen hoe uitval kan worden voorkomen.

- **HET BETREKKEN VAN HET SYSTEEM**

Uit de literatuur is bekend dat het betrekken van het systeem in de consolidatiefase de effectiviteit kan verhogen (Donovan, 1988). Tijdens de nazorg vinden er elke kwartaal evaluatiegesprekken plaats met de cliënt en het systeem.

- **HET STIMULEREN VAN ZELFHULP**

Er zijn aanwijzingen dat deelname aan zelfhulp de effectiviteit van

behandeling en nazorg versterkt (Geelen, 2003). In de module wordt de cliënt daartoe gestimuleerd. Uiteraard dient dit niet beperkt te blijven tot nazorg, ook tijdens de deeltijd / klinische behandeling kan hieraan aandacht worden besteed.

- **COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE EN MOTIVERENDE GESPREKSVOERING ALS REFERENTIEKADER**

In de literatuur worden geen aanwijzingen gevonden voor de superieure effectiviteit van een bepaalde methodiek in de consolidatiefase, noch is er evidentie voor het “matchen” van cliënten aan een bepaalde vorm van nazorg. Met andere woorden: op basis van de kenmerken van de cliënt kunnen we niet voorspellen of hij of zij meer baat zal hebben bij een nazorg gebaseerd op bijvoorbeeld vaardigheidstraining danwel bij een meer interpersoonlijke vorm van nazorg. Omdat de meerderheid van de modulen die de cliënt volgt tijdens de klinische / deeltijd fase vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch kader zijn ontwikkeld, wordt ook tijdens de nazorg vanuit dit referentiekader gewerkt. De benadering van het verschijnsel terugval sluit bovendien goed aan bij wat in de literatuur als belangrijk doel van nazorg wordt genoemd: het minimaliseren van de ernst van terugval en het leren herstellen na een terugval. Motiverende gespreksvoering is de basis voor de bejegening: niet-moraliserend en cliëntvriendelijk.

- **ONDERSTEUNENDE VOORZIENINGEN**

Vanuit de praktijk kan gesteld worden dat het voor een deel van de cliënten van belang is toegang te hebben tot voorzieningen voor dagbesteding, werkervaring ed. Deze worden echter niet in de module beschreven, maar worden beschouwd als aparte modulen.

DOELEN

- 1 consolidatie van de tijdens de klinische / deeltijd fase bereikte resultaten, i.e. abstinentie
- 2 het verminderen van de kans op terugval
- 3 het beperken van de duur, de ernst en de schade van eventuele terugval
- 4 integratie van de tijdens de behandeling geleerde vaardigheden in het dagelijks handelen
- 5 het faciliteren van de overgang van gestructureerde behandeling naar het minder gestructureerde leven
- 6 het ondersteunen van de maatschappelijke reïntegratie.

INSTROOMCRITERIA

Een cliënt komt in aanmerking voor de module nazorg als hij of zij een deeltijd of klinische verslavingsbehandeling heeft afgerond. Voor een goede uitvoerbaarheid is het aan te bevelen dat de cliënt in de klinische/deeltijd fase de module leefstijltraining IV of een soortgelijke cognitief-gedragstherapeutische interventie gericht op het middelengebruik heeft gevolgd, aangezien deze module voortbouwt op de vaardigheden die daarin zijn geleerd. Indien de cliënt de deeltijd/ klinische behandeling voortijdig heeft afgebroken, dient met de cliënt bepaald te worden of hij of zij in staat is om de module nazorg te volgen.

Er zijn geen exclusiecriteria: nazorg wordt hier opgevat als consolidatie en generalisatie van hetgeen geleerd is tijdens de klinische of deeltijd behandeling. Dit betekent dat er vanuit wordt gegaan dat de aanpak van maatschappelijke problemen, zoals huisvesting, opgestart is tijdens de behandeling. Indien dit niet het geval is, zal een bed op recept aangeboden moeten worden. Het niet opgelost zijn van maatschappelijk problemen mag geen reden zijn om een cliënt in nazorg te weigeren indien aan de instroomcriteria wordt voldaan. Medicatie ter voorkoming van terugval zal vaak onderdeel zijn van het nazorgtraject.

OPZET VAN DE NAZORG

De totale duur van de module is twee jaar.

JAAR 1

Aangezien er in empirisch onderzoek geen verschil in effectiviteit is gevonden tussen individuele nazorg en groepsgerichte nazorg, is vanwege kosteneffectiviteit gekozen voor een module waarbij de nadruk ligt op groepscontacten. Het betreft een open, middenoverstijgende groep voor de duur van een jaar. De eerste drie maanden vinden groepsbijeenkomsten wekelijks plaats. Daarna wordt in overleg met de cliënt de frequentie van de bijeenkomsten voor de volgende maanden bepaald. Daarnaast zijn er elke drie maanden (3 - 6 - 9 en 12 maanden) individuele contacten tussen cliënt en nazorgmedewerker, waarbij het systeem waar mogelijk wordt betrokken ter ondersteuning. Op indicatie zijn extra gesprekken mogelijk. Na 12 maanden worden de face-to-face contacten met de cliënt afgesloten.

JAAR 2

In het tweede jaar wordt als follow-up de cliënt om de 3 maanden telefonisch benaderd door de nazorgmedewerkers. Het contact dient als steuntje in de rug en maakt het mogelijk dat de cliënt uitgenodigd

kan worden voor een gesprek indien hier aanleiding toe is. Op deze wijze blijft de instelling toegankelijk voor de cliënt.

MATERIALEN

Dossier

Nazorgovereenkomst

Flap-over / white board

Handreikingen en Protocollen

INLEIDING

In dit deel van de module worden de volgende handreikingen en protocollen beschreven:

Handreikingen ter bevordering van deelname aan nazorg

Handreikingen ter voorkoming van uitval

Protocol overgangsgesprek

Protocol evaluatiegesprekken

Protocol individuele gesprekken op indicatie

Protocol groepsbijeenkomsten

Handreikingen voor diverse thema's van de groepsbijeenkomsten

(a) Omgaan met geld

(b) Dagbesteding

(c) Somberheid

(d) Sociale contacten en eenzaamheid

(e) Toekomstplannen en verwachtingen

(f) Intimiteit en seksualiteit

(g) Zelfverzorging

(h) Sociaal wenselijk gedrag / Dubbelleven

(i) Slaapstoornissen

(j) Angst en piekeren

Handreikingen voor het hanteren van het groepsfunctioneren

HANDREIKINGEN TER BEVORDERING VAN DEELNAME AAN NAZORG

Om deelname aan de module nazorg te bevorderen is het van groot belang dat er een goede overdracht plaatsvindt van de klinische / deeltijd behandeling naar de nazorgfase. In de literatuur worden diverse effectieve interventies beschreven om deze overgang te bevorderen (Donovan, 1998):

- a *Overgangsgroepen / oriëntatiegroepen.* Hierin worden cliënten voorbereid op de nazorgfase. Voor- en nadelen van nazorg worden geïnventariseerd, barrières worden besproken en oplossingen worden gezocht. Er wordt toegewerkt naar een nazorgovereenkomst. De oriëntatiesessies kunnen ook gebruikt worden om nazorgcliënten uit te nodigen hun ervaringen te vertellen of klinische cliënten te vergezellen bij het bijwonen van een nazorgbijeenkomst ter kennismaking. Deze overgangsgroepen blijken goede resultaten op te leveren in termen van een betere acceptatie van de verwijzing naar nazorg, betere compliantie en betere resultaten in de nazorg (Whorley, 1996).
- b *Overgangsgesprek (voor uitwerking zie een volgend hoofdstuk).* Een andere manier om cliënten voor te bereiden op de nazorgfase is het houden van een overgangsgesprek tussen cliënt, behandelaar en nazorgmedewerker. Bij voorkeur wordt de partner of andere direct betrokken hierbij uitgenodigd. Zodoende worden zij eveneens voorbereid op de overgang en kunnen zij hierbij de nodige ondersteuning bieden. Tijdens het overgangsgesprek wordt een nazorgovereenkomst opgesteld (zie onder) waarin de doelen worden opgenomen en procedurele afspraken worden vastgelegd. Het overgangsgesprek vindt plaats ongeveer 3 tot 2 weken voor het beëindigen van de deeltijd of klinische behandeling.
- c *Nazorgovereenkomst (voor model zie bijlage).* Het gaat hier om het opstellen van een overeenkomst met de cliënt over het aantal nazorgbijeenkomsten hij of zij gaat bijwonen. Bij het opstellen van het contract is het raadzaam om de partner of een andere direct betrokkene te betrekken. Op deze manier kunnen ondersteunende afspraken gemaakt worden (bijvoorbeeld over waar de kalender met de data komt te hangen). Onderdeel van het contract vormt tevens een wederzijds uitonderhandelde beloning binnen een week van deelname aan iedere bijeenkomst. Deze werkwijze verhoogt met name deelname aan de eerste bijeenkomst (Ossip-Klein & Rychtarik, 1993; Singh & Howden-Chapman, 1987).

d Bijwonen van een nazorgbijeenkomst tijdens klinische / deeltijd fase.

Een andere mogelijkheid om deelname en compliantie te vergroten is cliënten reeds tijdens de klinische behandeling enkele bijeenkomsten te laten bijwonen van de nazorggroep. Cliënten worden zo vertrouwd gemaakt met de nazorgwerkwijze, het ondersteunende en accepterende karakter ervan en maken kennis met enkele succesvolle rolmodellen (Donovan et al., 1995; Verinis & Taylor, 1994). Overigens, het hebben van dezelfde hulpverlener in de klinische en nazorgfase blijkt deelname niet te bevorderen (Verinis & Taylor, 1994).

Elke instelling kan uit bovenstaande suggesties een keuze maken ter bevordering van de overgang naar de nazorg.

HANDREIKINGEN TER VOORKOMING VAN UITVAL

Uitval kan voorkomen worden door aan het eind van de klinische / deeltijd behandeling een nazorgovereenkomst op te stellen. Essentieel is ook een pro-actieve houding van de nazorgmedewerker.

OPSTELLEN VAN EEN NAZORGOVEREENKOMST

In de nazorgovereenkomst, worden tevens afspraken opgenomen om uitval te voorkomen. Het betrekken van een ondersteunend persoon bevordert de deelname. In de overeenkomst wordt opgenomen aan hoeveel bijeenkomsten de cliënt gaat deelnemen en wordt afgesproken dat de cliënt contact opneemt bij verhindering. Ook wordt afgesproken dat de nazorgmedewerker contact opneemt wanneer deze niets van de cliënt verneemt bij een gemiste afspraak. Tevens wordt afgesproken dat de ondersteunende persoon als contactpersoon fungeert. In de overeenkomst kan de cliënt de nazorgmedewerker toestemming geven om contact op te nemen met deze persoon, wanneer de cliënt niet bereikt kan worden. Afspraken over ondersteuning door het systeem worden ook in de overeenkomst opgenomen (voor modelovereenkomst zie bijlage).

ACTIEVE OPSTELLING VAN DE NAZORGMEDEWERKER INDIEN DE CLIËNT NIET VERSCHIJNT

Indien een cliënt niet komt opdagen op een individuele afspraak of een groepsbijeenkomst:

- de nazorgmedewerker neemt nog dezelfde dag telefonisch contact op;
- de nazorgmedewerker onderneemt minimaal drie pogingen (op verschillende tijdstippen, op verschillende dagen) om de cliënt telefonisch te bereiken;
- de nazorgmedewerker neemt contact op met een direct betrokkene van de cliënt indien de cliënt niet bereikt kan worden (binnen een week, indien 1 en 2 niet volstaan);
- als de bovenstaande acties geen contact met de cliënt opleveren, kan een huisbezoek afgelegd worden door de nazorgmedewerker.

De module wordt pas afgesloten na een face-to-face of telefonisch contact met de cliënt!

In de literatuur worden diverse cliëntkenmerken genoemd die voorspelbaar zijn voor deelname aan nazorg (Donovan, 1998). Houd hier extra rekening mee!

- barrières op het gebied van vervoer hebben met name voor oudere cliënten die buiten de stad wonen een negatieve invloed op deelname aan nazorg
- hoe groter de afstand tussen woonadres en instelling, hoe kleiner de kans op deelname. Dit geldt met name voor ouderen
- zowel oudere als jongere cliënten zijn minder geneigd om op de nazorgafspraken te komen dan "middle-aged" cliënten
- gehuwde cliënten zijn meer geneigd naar nazorg te komen dan ongehuwde cliënten
- ethniciteit beïnvloedt deelname aan nazorg negatief
- ernst van de problematiek beïnvloedt deelname aan nazorg negatief
- cliënten met psychische comorbiditeit op As I nemen minder vaak deel aan nazorg.

PROTOCOL VOOR OVERGANGSGESPREK

Dit gesprek vindt plaats met de behandelaar, de nazorgmedewerker, de cliënt en indien mogelijk met betrokkenen uit het systeem. De behandelaar heeft de regie over het gesprek.

DOELEN

- bevorderen van de overgang van klinische behandeling / deeltijd naar de nazorgfase
- motiveren van de cliënt tot deelname aan nazorg
- opstellen van een nazorgovereenkomst
- bevorderen van steun door het systeem tijdens de nazorg

MATERIALEN

- dossier
- informatiebrochure nazorg

DUUR

45 minuten

POSITIONERING IN HET TRAJECT

3 weken voor het beëindigen van de klinische fase of dagbehandeling. Voorbeeld: in de huidige situatie van de Jellinek is dat rond week 15.

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

1 INTRODUCTIE

- Heet alle betrokkenen welkom en maak kennis met elkaar.
- Benoem het doel van het gesprek: bespreking van de overgang naar de nazorgfase, de invulling daarvan en de wijze waarop het systeem de cliënt in deze fase kan ondersteunen.
- Benoem de punten die op de agenda staan.

2 INFORMATIE OVER DE BEHANDELING / CLIËNT

- Laat de cliënt kort aan de nazorgmedewerker vertellen over het doorlopen behandeltraject. Welke modulen zijn gevolgd, wat heeft het opgeleverd? Welke zaken behoeven volgens de cliënt nog aandacht? Hoe kijkt de cliënt tegen het einde van de deeltijd / klinische fase aan?

3 INFORMATIE OVER DE NAZORG

- Check of tijdens de klinische/deeltijd behandeling al aandacht is besteed aan nazorg.
- Vraag welke verwachtingen de cliënt heeft met betrekking tot nazorg.
- Laat de nazorgmedewerker kort uitleggen wat er in de nazorg gebeurt (individuele contacten, groepsbijeenkomsten). De nazorgmedewerker probeert bij de informatie zo goed mogelijk in te spelen op de door de cliënt genoemde aspecten die nog aandacht behoeven. Dit om de motivatie te verhogen.

Besteed in de uitleg aandacht aan:

- het doel van nazorg
- de opzet van nazorg: groepsbijeenkomsten en individuele gesprekken
- het doel van de individuele gesprekken
- het belang van betrokkenheid van het systeem
- de groepsbijeenkomsten: opzet, onderwerpen, sfeer in de groep

- Geef de cliënt de gelegenheid om vragen te stellen.

4 MOTIVEREN VOOR NAZORG

- Laat de cliënt voordelen benoemen van deelname aan nazorg. Wat zou het kunnen opleveren? Wat kan de cliënt nog leren? Laat ook de kosten / nadelen benoemen.
- Bespreek de mogelijke barrières en anticipeer op mogelijke problemen die deelname aan nazorg kunnen belemmeren. Besteed aandacht aan praktische barrières, bijvoorbeeld vervoer, tijdsinvestering, maar ook aan andere belemmeringen, zoals angst.
- Bespreek mogelijke oplossingen voor deze barrières. Welke rol kan de nazorgmedewerker hierin hebben, welke rol het systeem?
- Bespreek hoe de cliënt functioneert in groepen. Hoe is het tot nu toe gegaan in bijv de leefstijltraining of de sociale vaardigheidstraining? Welke “gebruiksaanwijzing” heeft hij of zij?
- Motiveer de cliënt om voor ontslag uit de kliniek of dagbehandeling alvast twee nazorgbijeenkomsten bij te wonen. Maak concrete afspraken hierover.

5 DE ROL VAN HET SYSTEEM

- Benadruk opnieuw de belangrijke rol van het systeem.
- Bespreek op welke wijze het systeem deelname aan nazorg kan

ondersteunen: wat kan het systeem bieden, waaraan heeft de cliënt behoefte? Welke afspraken kunnen gemaakt worden waarin zowel systeem als cliënt zich kunnen vinden?

6 OPSTELLEN VAN DE NAZORGOVEREENKOMST

- Introduceer de nazorgovereenkomst.
- Stel samen met de cliënt en het systeem de nazorgovereenkomst op. Start met het noteren van de inhoudelijke doelen van de nazorg voor de cliënt.
- Neem vervolgens de de procedurele afspraken door:
 - aantal bijeenkomsten in de komende drie maanden
 - afbellen bij verhindering
 - nazorgmedewerker mag contact opnemen met betrokkene wanneer cliënt niet bereikt kan worden
 - niet onder invloed op afspraken komen / geen gebruik op de dag zelf
 - uitglijders en terugval bespreken in de groep
 - ondersteuning door het systeem.

7 AFSLUITING

- Vat het gesprek samen.
- Vraag de cliënt om een reactie. Zijn er nog onduidelijkheden?
- Sluit het gesprek af.

PROTOCOL VOOR EVALUATIEGESPREKKEN

Bij deze gesprekken wordt indien mogelijk het systeem van de cliënt uitgenodigd.

DOELEN

- bespreken voortgang behandelresultaten
- stimuleren ondersteuning door sociaal netwerk

MATERIALEN

- dossier

DUUR

45 minuten

WANNEER

3 - 6 - 9 - 12 maanden na de start van de nazorg

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

1 INTRODUCTIE

- Heet de cliënt en het systeem welkom
- Geef aan wat het doel van het gesprek is en welke onderwerpen besproken zullen worden: voortgang nazorgdoelen.

2 BESPREKEN VOORTGANG DOELEN

- Vraag of zich sinds de vorige keer belangrijke ontwikkelingen hebben voorgedaan in de nazorg en thuissituatie.
- Bespreek de deelname aan de nazorggroepen. Lukt het om de bijeenkomsten aanwezig te zijn? Zo nee, bespreek de barrières en belemmeringen. Besteed hier ruimschoots aandacht aan en zoek met de cliënt en het systeem naar oplossingen.
- Vraag naar het gebruik sinds het vorige gesprek. In geval van terugval, bespreek of de cliënt de terugval heeft ingebracht in de groep. Zo ja, wat heeft dit opgeleverd?
- Evaluatie van de nazorgdoelen: bespreek wat de cliënt de afgelopen drie maanden heeft geleerd ten aanzien van de overige nazorgdoelen. Wat levert deelname op? Hoe past de cliënt het geleerde in het

dagelijks leven toe? Welke doelen gaan goed, welke minder? Zijn er doelen die bijgesteld dienen te worden?

- Bespreek hoe het sociaal systeem er tegen aan kijkt. Welke voortgang bemerken zij, wat gaat er beter, wat gaat nog niet zo goed?
- Bespreek de wijze waarop het sociaal systeem kan ondersteunen bij het behouden van de behandelresultaten. Waaraan heeft de cliënt behoefte, wat heeft het systeem te bieden? Probeer concrete afspraken te maken. Let op: Mogelijk heeft het systeem zelf ook een hulpvraag. Verwijs indien nodig naar partnergroepen of een ander passend aanbod.

De aanpak van maatschappelijke problemen dient tijdens de behandeling zijn opgestart. Echter, als er (maatschappelijke) problemen zijn waarvoor nog geen hulpverlening is opgestart of er zijn nieuwe ontwikkelingen die belemmerend werken bij het handhaven van de behandelresultaten, bekijk dan welk aanbod hiervoor passend zou zijn. Regel de verwijzing.

3 VERVOLG NAZORGOVEREENKOMST OPSTELLEN

Alleen van toepassing indien de cliënt nazorg vervolgt.

- Bespreek wat de cliënt nodig denkt te hebben in de komende drie maanden. Hoeveel bijeenkomsten, met welke frequentie?
- Bespreek indien van toepassing bijstelling van doelen.
- Leg de afspraken vast in een vervolg-nazorgovereenkomst.

Als de cliënt voortijdig wil stoppen met nazorg, kunnen de volgende interventies behulpzaam zijn:

- Identificeer de reden(en)
- Identificeer de doelen die nog niet behaald zijn en leg dit naast de wens om met nazorg te stoppen
- Bespreek de voor- en nadelen van deelname aan nazorg
- Bespreek de barrières en mogelijk oplossingen hiervoor
- Geef professioneel advies
- Bespreek hoe deelname aan nazorg aantrekkelijker zou kunnen worden

Indien dit het laatste gesprek is:

- Bespreek hoe de cliënt de bereikte resultaten vasthoudt nu de nazorg is afgelopen. Bespreek ook aan welke doelen de cliënt zelf nog kan werken.
- Stimuleer deelname aan zelfhulp!
- Geef de cliënt de mogelijkheid voor een follow-up gesprek 3 maanden na de beëindiging van nazorg.

4 AFSLUITING

- Vat samen wat besproken is.
- Zijn er nog vragen of onduidelijkheden?
- Bedank de cliënt en het systeem voor hun komst.
- Maak (indien van toepassing) een nieuwe afspraak.

PROTOCOL VOOR INDIVIDUELE GESPREKKEN OP INDICATIE

Zowel de cliënt als de nazorgmedewerker kunnen het initiatief nemen tot een extra individueel gesprek. De nazorgmedewerker kan tot een individueel gesprek besluiten indien hij of zij van mening is dat dit de voortgang van de nazorg ten goede komt. Voorbeelden: cliënt dreigt uit nazorg te stappen, is vaak afwezig, vertoont storend gedrag in de groep.

DOEL

- Bevorderen voortgang nazorg

MATERIALEN

- Dossier
- Nazorgovereenkomst

DUUR

30 minuten

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

Omdat het onderwerp en de aanleiding van het gesprek variabel is, is protocollering van dit gesprek niet geheel mogelijk. Enkele aandachtspunten:

- Concretiseer allereerst wat het onderwerp en doel van het gesprek is.
- Herhaal indien van toepassing hetgeen behandeld is in de groep ten aanzien van het betreffende thema
- Stimuleer de zelfwerkzaamheid en zelfeffectiviteit door te vragen naar oplossingen die de cliënt zelf heeft bedacht of heeft uitprobeerde.
- Geef indien van toepassing professioneel advies of educatie.
- Geef indien van toepassing feedback op het functioneren van de cliënt in de groep.
- Hanteer de attitude, principes en technieken van motiverende gespreksvoering.
- Probeer toe te werken naar concrete afspraken.

PROTOCOL VOOR DE GROEPSBIJEENKOMSTEN

DOELEN

- consolidatie van de bereikte resultaten van de deeltijd/klinische behandeling
- bevorderen van toepassing van geleerde vaardigheden in het dagelijks leven
- stimuleren van herkenning, erkenning en steun

MATERIALEN

- nazorgovereenkomsten per cliënt
- flap-over

DUUR

2 uur

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

INTRODUCTIE

- Heet de groep welkom.

INTRODUCTIE NIEUWE DEELNEMERS

- Laat de nieuwe cliënten zichzelf kort voorstellen: wat zijn hun doelen voor de nazorg en wat is hun actuele problematiek?
- Stel de nieuwe deelnemers op hun gemak. Geef aan dat ze gerust even de kat uit de boom mogen kijken.

TERUGBLIK VORIGE BIJEENKOMST

- Herhaal het thema van de vorige bijeenkomst. Check of hierover nog vragen zijn.
- Geef aan of vraag na welke cliënten de vorige keer een specifieke huiswerkopdracht hadden meegekregen over dit thema. Nodig hen uit om hierover te vertellen. Wat is gelukt ten aanzien van de opdracht? Indien de opdracht niet is uitgevoerd, wordt nagevraagd wat de belemmeringen waren. Probeer tot nieuwe afspraken te komen.
- Vraag bij de rest van de groep na op welke wijze anderen met het thema zijn bezig geweest.

RONDJE MET ACTUALITEITEN EN VOORTGANG DOELEN

- Laat elke cliënt vertellen hoe de voortgang van de nazorgdoelen verloopt. Wat gaat goed en wat gaat minder goed? Welke acties heeft de cliënt sinds de vorige bijeenkomst ondernomen? Probeer bij elke deelnemer tot een concrete actie of afspraak te komen om voortgang op de doelen te bevorderen.

VOORBEELD

Erik brengt in dat hij het lastig vindt om een goede daginvulling te vinden. Hij heeft last van verveling en merkt dat de behoefte aan cocaine en alcohol toeneemt. Tijdens de behandeling heeft hij de module vrijetijdsbesteding gevolgd en een plan opgesteld van activiteiten die hij zou oppakken. Hij is toen o.a. gaan kijken bij het werkproject van de instelling. Het komen tot een zinvolle daginvulling staat hoog op zijn lijstje met nazorgdoelen. Tot nu toe heeft hij echter nog geen actie ondernomen. Bij doorvragen blijkt hij zo zijn twijfels te hebben over het werkproject: "Zit ik weer tussen allemaal verslaafden." De nazorgmedewerker vraagt de groep te reageren. Erik wordt door de deelnemers in de groep aangemoedigd nog eens daar te gaan kijken. Enkele deelnemers vertellen kort over hun eigen ervaringen bij en hoe deze daginvulling helpt om niet terug te vallen in middelengebruik. De nazorgmedewerker vraagt Erik hoe hij met dit nazorgdoel een stapje verder zou kunnen komen. Erik spreekt met zichzelf af dat hij de komende week weer eens een kijkje gaat nemen bij het werkproject en de volgende keer in de groep zal vertellen hoe dat geweest is.

Indien er uitglijders / terugvallen worden gemeld:

- Peil de reactie van de cliënt op de uitglijder of de terugval. Bij schaamte, schuldgevoelens ed: geef aan dat een uitglijder onderdeel is van het leerproces en als een leermoment beschouwd kan worden.
- Bekrachtig voor het inbrengen van de terugval.
- Maak gezamenlijk een analyse van het gebruik (schrijf op een flap-over) aan de hand van het GGGG-schema.
- Bespreek hoe het noodplan aangepast kan worden indien nodig.

Stimuleer interactie in de groep door bijvoorbeeld te vragen naar herkenning. Vraag deelnemers ook of ze tips hebben voor de cliënt die de terugval inbrengt.

VOORBEELD

Gebeurtenis:

Mijn ex-partner belt om te zeggen dat ik de kinderen dit weekend niet mag zien

Gedachten:

Hoe haalt ze het in haar hoofd
Ik raak mijn kinderen kwijt
Ik ben een slechte vader geweest

Gevoelens:

Boos, verdrietig

Gedrag:

Drinken

Gevolgen:

Drie dagen in huis gezeten zonder iemand te zien, depressief

THEMA BEPALEN

- Bepaal met de groep naar aanleiding van het rondje welk thema in het tweede uur centraal zal staan. Thema's die direct met het gebruik te maken hebben, hebben voorrang.

PAUZE

THEMA UITWERKEN

Uitwerking van een thema vindt volgens de volgende stappen plaats:

- Geef kort *educatie* over het betreffende thema. Doel is bepaalde ervaringen, klachten en problemen te normaliseren.
- Bevorder een *groepsgesprek* door cliënten hun ervaringen met dit thema te laten inbrengen. Benoem overeenkomsten tussen cliënten om de groepscohesie te bevorderen en herkenning en erkenning te stimuleren.
- Leg vervolgens de focus op het *copinggedrag*: op welke manieren kun je hiermee omgaan? Welke strategieën worden toegepast, wat is effectief? Welke nieuwe strategieën die je hier hoort zou je eens kunnen proberen?
- Nodig één of enkele cliënten uit iets nieuws uit te proberen voor de komende keer en komt tot *concrete afspraken* (huiswerkopdrachten). Besteed met name aandacht aan de cliënten die het thema als nazorgdoel hebben geformuleerd.
- Sluit het thema af door een *samenvatting* te geven.

THEMA'S VOOR DE GROEPSPREKKEN

In de nazorgfase dienen regelmatig thema's uit de cognitieve gedragstherapie terug te komen met als doel om de kans op een uitglijder of terugval te verminderen en om adequaat om te gaan met een eventuele uitglijder of terugval. De volgende thema's zijn te onderscheiden:

- Zelfcontrolemaatregelen
- Risicosituatie
- Omgaan met trek
- Omgaan met sociale druk
- Evalueren en aanpassen van het noodplan

Voor de uitwerking van deze thema's wordt hier volstaan met een verwijzing naar de Leefstijltrainingen 1 t/m 4 (De Wildt, 2000; De Wildt, 2001; Merx & Van Broekhoven, 2004; Van de Broek & Merx, 2003). Daarnaast komen een aantal andere thema's vaak voor in de groepsbijeenkomsten. Deze thema's worden inhoudelijk beschreven op de volgende pagina's en dienen als handreiking voor de nazorgmedewerker.

AFSLUITING

- Maak een kort rondje om de reacties op deze bijeenkomst te peilen.
- Bedank alle deelnemers voor hun aanwezigheid en inbreng en sluit de bijeenkomst af.

UITWERKING THEMA'S GROEPSBIJEENKOMSTEN

a OMGAAN MET GELD

EDUCATIE

Mogelijke punten waarover educatie gegeven kan worden:

- Uitleg dat het evenwichtig om kunnen gaan met geld een vaardigheid is die je kunt leren. Het betekent leren om inkomsten en uitgaven in balans te houden en schulden te voorkomen.
- Uitleg over de relatie tussen omgaan met geld en het middelengebruik. Leg uit dat het op zak hebben van geld een risicosituatie voor middelengebruik kan zijn.
- Uitleg over de soms onevenredige hoge waarde die aan geld wordt gehecht: het kan de betekenis hebben van een gevoel van vrijheid, controle, macht. Geef aan dat bepaalde gedachten en ideeën over geld tot middelengebruik kunnen leiden, oftewel risicosituaties kunnen zijn. Noem enkele voorbeelden ter illustratie ("zonder geld ben ik geen echte vent").

BESPREKEN THEMA

Mogelijke punten ter bespreking:

- Bespreking hoe in de periode van middelengebruik werd omgegaan met geld en hoe de cliënt dat nu doet.
- Bespreking hoe er in het gezin van herkomst werd omgegaan met geld en hoe dat je nu beïnvloedt.
- Bespreking van de gedachten en ideeën over geld die het bereiken van de doelen in gevaar kunnen brengen (cognitieve insteek). Welke niet-helpende gedachten of ideeën over geld spelen een rol? Bijvoorbeeld: "Zonder veel geld op zak ben ik geen echte vent", "Als ik geld heb zijn alle problemen de wereld uit", "Als mijn schulden zijn afgelost zijn al mijn problemen de wereld uit", "Als ik vanavond in het casino mijn grote slag sla, ben ik in één klap van mijn problemen af". Zet gedachten op een flap-over en bespreek in welke mate de gedachten niet-kloppend en niet-helpend zijn. Zoek gezamenlijk naar helpende alternatieve gedachten.
- Bespreking van concrete maatregelen of afspraken met jezelf / anderen die het constructief omgaan met geld bevorderen.

VOORBEELDEN

- een vast bedrag per week reserveren voor leefgeld
- rekeningen met automatische incasso laten afschrijven
- reserveringen maken voor extra uitgaven
- spaarregeling openen
- een maand lang alle inkomsten en uitgaven bijhouden

b DAGBESTEDING

EDUCATIE

Mogelijke punten waarover educatie gegeven kan worden:

- Normaliseren: vertel de cliënt dat veel mensen die verandering aanbrengen in hun middelengebruik een leegte in hun leven ervaren.
- Uitleg over het belang van plezierige activiteiten: leg uit dat het belangrijk is om voldoende plezierige activiteiten te ondernemen, omdat dit positieve gevoelens oplevert. Te weinig leuke activiteiten ondernemen kan leiden tot verveling, eenzaamheid en somberheid. Anderzijds is het ook belangrijk om gevoelens van verveling te leren verdragen.
- Uitleg over het belang van evenwicht: bespreek het verschil tussen activiteiten die "moeten" (werk, huishoudelijke klussen en andere verplichtingen) en activiteiten die de cliënt graag wil ondernemen. Leg uit dat het belangrijk is om een goed evenwicht hierin te hebben.

BESPREKEN VAN HET THEMA

Mogelijke punten ter bespreking:

- Nodig één of meerdere cliënten uit hun dagindeling te vertellen en aan te geven hoe hun week er uit ziet. Zet dit eventueel in een diagram (zie module dagbesteding) op een flap-over of white-board. Bespreek of de dagbesteding in evenwicht is.
- Plenaire bespreking van mogelijke manieren voor een zinvolle dagbesteding.
- Bespreking van barrières om verandering aan te brengen in dagindeling of nieuwe activiteiten op te pakken. Bijvoorbeeld sociale angst.
- Bespreking van mogelijkheden voor sociale steun bij het veranderen van dagbesteding. Wie kan helpen, bij wie kun je je aansluiten om nieuwe activiteiten op te pakken?

c SOMBERHEID

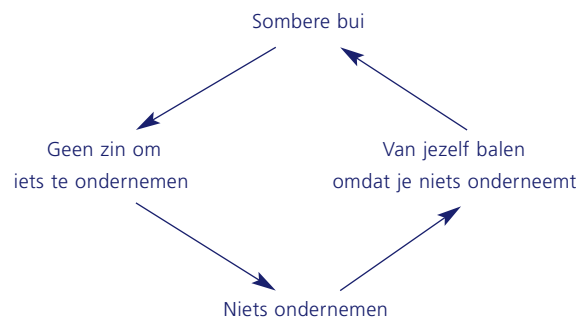
EDUCATIE

Mogelijke punten waarover educatie gegeven kan worden:

- Normaliseren: Leg uit dat een sombere stemming een veel voorkomend verschijnsel is bij mensen die hun middelengebruik veranderen. Sombereheid is een normale menselijke emotie.

LET OP: wanneer somberheid langdurig aanhoudt, ook na een periode van abstinentie, kan er sprake zijn van een depressieve stoornis. Schakel dan altijd een psychiater in om de diagnose te stellen en afspraken te maken over de behandeling van de depressie.

- Relatie middelengebruik - somberheid: Leg uit dat somberheid een risicosituatie voor middelengebruik kan zijn. Anderzijds kan middelengebruik ook somberheid tot gevolg hebben, bijvoorbeeld als je terugvalt na een periode van abstinentie.
- Signaleren sombere gevoelens: Omgaan met somberheid betekent op de eerste plaats leren herkennen van een sombere stemming. Bijvoorbeeld: gevoel van moeheid, gevoel dat activiteiten moeite kosten, minder zelfvertrouwen, dingen laten liggen, geen beslissingen kunnen nemen, situaties vermijden.
- Viciuze cirkel: Leg uit dat een sombere stemming meestal maakt dat je geen zin hebt om iets te ondernemen. Daardoor onderneem je niets, je baalt van jezelf dat je niets doet en daarvan wordt je alleen maar somberder. Teken het volgende schema op een bord of flap-over:



- Omgaan met somberheid door activering: leg uit dat een sombere stemming op verschillende manieren aangepakt kan worden. Het gaat erom de cirkel te doorbreken. Op de eerste plaats kan dit door toch activiteiten te ondernemen, ook al heb je daar geen zin in. Dit betekent bijvoorbeeld niet in bed blijven liggen, maar juist opstaan en een plezierige activiteit te gaan ondernemen.
- Omgaan met somberheid door anders te denken: Leg uit dat een tweede manier om met sombere stemming om te gaan het aanpakken van negatieve gedachten is. Negatieve gedachten over jezelf, over anderen of over de wereld maken dat je je somberder gaat voelen. Eventueel kan het G-schema gebruikt worden om de invloed van negatieve gedachten te illustreren.

VOORBEELD

Gebeurtenis:

Het is mooi weer buiten en ik zit alleen thuis

Gedachten:

Ik heb helemaal niemand

Iedereen is nu leuke dingen aan het doen, behalve ik

Gevoelens:

Somber, verdrietig

Gedrag:

Ik blijf alleen thuis

Gevolgen:

Ik voel me steeds somberder worden en ik krijg zin in alcohol

Leg uit dat mensen die somber zijn vaak "denkfouten" maken, oftewel gedachten hebben die niet helemaal overeenkomstig de werkelijkheid zijn.

VOORBEELDEN

- overgeneralisatie: iets dat waar is in de ene situatie, geldt volgens de persoon voor alle soortgelijke situaties. "Zie je wel, niemand vindt me aardig."
- dichotoom denken: zwart-wit denken. "Mijn collega doet alles goed, terwijl bij mij alles mislukt."
- rampdenken: situaties erger maken dan ze zijn. "Het is verschrikkelijk wanneer ik een fout maak."

BESPREKEN VAN HET THEMA

Mogelijke punten ter bespreking:

- Bespreek hoe somberheid te herkennen is. Inventariseer signalen van somberheid in de groep en schrijf deze op een flap-over of whiteboard.
- Bespreek de cirkel aan de hand van de inbreng van één of meerdere cliënten.
- Bespreek hoe de deelnemers zichzelf tot activering kunnen brengen als ze zich somber voelen. Hoe kan de cirkel doorbroken worden? Welke activiteiten kun je ondernemen, hoe zet je jezelf daartoe? Welke mensen kunnen helpen bij het doorbreken van de cirkel?
- Bespreek de rol van negatieve gedachten. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van de inbreng van één of een aantal cliënten. Vraag naar een kenmerkende situatie en probeer met de cliënt enkele sombere, negatieve gedachten te identificeren. Leg uit dat dergelijke gedachten niet helpen om je minder somber te voelen en dat ze vaak ook niet kloppen met de werkelijkheid. Laat de groep reageren op de gedachten en bespreek welke gedachten beter zouden helpen om een minder somber gevoel te krijgen.

TIP

Verwijs eventueel naar zelfhulpmateriaal. Bijvoorbeeld:

- Ik zie elk dood vogeltje: omgaan met depressiviteit. Klip & van Son (1993). (Uit de reeks zorgen voor jezelf).

d SOCIALE CONTACTEN EN EENZAAMHEID

EDUCATIE

Mogelijke punten waarover educatie gegeven kan worden:

- Uitleg over het belang van niet-gebruikende sociale contacten. Leg uit dat sociale contacten diverse functies kunnen vervullen, bijvoorbeeld:
 - ondersteuning bij abstinente blijven
 - ergens bijhoren
 - je minder eenzaam voelen
 - ondersteuning in moeilijke situaties en op lastige momenten
 - hulp bij problemen oplossen

- Uitleg over ondersteuning vragen: Leg uit dat het belangrijk is om vrienden, kennissen of familieleden om ondersteuning of hulp te kunnen vragen. Schrijf in steekwoorden op het bord of op een flap-over welke stappen dan genomen moeten worden.

FLAP-OVER

- Overwegen welke mensen je kunnen helpen of ondersteunen.
- Overwegen welke vorm van ondersteuning je zou willen (bijvoorbeeld morele ondersteuning, informatie, advies, praktische hulp bij taken, hulp om abstinente te blijven).
- Overwegen hoe je de hulp die je wilt kunt vragen en krijgen.

BESPREKEN VAN HET THEMA

Mogelijke punten ter bespreking:

- Bespreek hoe ieders netwerk eruit ziet. Hoe is de verhouding gebruikende - niet-gebruikende mensen? Eventueel kunnen enkele cliënten uitgenodigd worden om hun netwerk in een sociodiagram uit te werken op het bord. De cliënt plaatst zichzelf in het midden zet vrienden, kennissen en familieleden op juiste afstand in de cirkel. Eventueel kan bij elke persoon de rol gezet worden die hij of zij vervult (bijv. helpt bij klusjes, geeft emotionele steun, geeft goede raad). Bespreek waar de cliënt uitbreiding of versterking van het netwerk wenst en hoe hij of zij dat zou kunnen bereiken.
- Uitbreiden sociaal netwerk: wanneer er veel cliënten zijn met een beperkt sociaal netwerk kan besproken worden hoe nieuwe contacten gelegd kunnen worden, bijvoorbeeld door lid te worden van een sportclub of een cursus te volgen. Eventueel kunnen vaardigheden voor het uitbreiden van het netwerk in een rollenspel geoefend worden (bijvoorbeeld het aanknopen van een gesprek met een onbekende).
- Versterken van het sociaal netwerk: contacten hernieuwen of ondersteuning leren vragen. Laat een bijvoorbeeld cliënt een huidig probleem beschrijven, waarbij hij of zij hulp zou willen hebben. Bespreek wie zou kunnen helpen en welke vorm van hulp of ondersteuning nodig is. Bespreek op welke manieren de cliënt om ondersteuning kan vragen. Eventueel kan dit ter voorbereiding in een rollenspel worden geoefend.

e TOEKOMSTPLANNEN EN VERWACHTINGEN

EDUCATIE

Mogelijke punten waarover educatie gegeven kan worden:

- Uitleg dat er een groot verschil kan zijn tussen het leven ten tijde van het middelengebruik en het leven zonder. In de verslavingsperiode kunnen veel “spannende” tijden hebben gezeten en het “gewone” leven kan saai zijn. Andersom kan ook: het leven was kleurloos door gebruik en nu, door allerlei emoties, juist heftiger. Uitleg over het verschil tussen *toekomstverwachtingen* (passief) en *toekomstplannen* (actief).
- Uitleg dat het hebben van *toekomstplannen* belangrijk kan zijn om het niet gebruiken vol te houden.
- Uitleg dat het belangrijk is dat je *toekomstplannen* realistisch zijn.

BESPREKEN VAN HET THEMA

Mogelijke punten ter bespreking:

- Bespreek het verschil tussen het leven als gebruiker en het leven nu. Bijvoorbeeld, hoe is het zonder de ‘spanning’ en waar kunnen de kicks nu uitgehaald worden?
- Bespreek de toekomstverwachtingen van de cliënten: hoe ziet de toekomst eruit kijkend naar het huidige gedrag. Bespreek of er concrete toekomstplannen zijn. Laat alle cliënten hun toekomstplannen verwoorden. Waar zien ze zichzelf over een jaar?
- Bespreek in hoeverre de plannen realistisch en haalbaar zijn.
- Bespreek welke stappen ondernomen kunnen worden om de plannen te verwezenlijken.
 - *Wat werkt helpend* (welke ondersteuning is nodig, hoe en van wie)
 - *Wat werkt belemmerend* (negatieve gedachten over jezelf of mensen die niet ondersteunen maar juist roepen dat je “het” toch niet gaat redden: oftewel sabotage van binnenuit of van buitenaf).

f INTIMITEIT EN SEKSUALITEIT

EDUCATIE

Mogelijke punten waarover educatie gegeven kan worden:

- Uitleg over het doel van de bijeenkomst: centraal staat hoe seksualiteit in de gebruikerstijd was versus hoe het is nu men niet meer gebruikt. Dus: wat zijn de verschillen en de overeenkomsten?
- Uitleg over de relatie tussen middelengebruik en seksualiteit. Onder invloed van middelen (bijvoorbeeld alcohol en cocaïne) durft men vaak meer. Het geeft bovendien een andere seksuele kick dan zonder roesmiddelen. Heroïnegebruik dempt juist de seksuele activiteit. Ook de stappen in het contact maken tot seks zijn vaak anders met of zonder middelengebruik. In de gebruikerstijd waren de stappen van contact maken tot sex hebben met elkaar vaak ‘grote stappen, snel thuis’. Nu cliënten niet gebruiken kan het durven aangaan van seksualiteit en de seksuele beleving zelf hen tegenvallen. Ook is het mogelijk dat drugs een lokmiddel voor seks waren in de periode van middelengebruik (drugs in ruil voor seks).
- Uitleg over veilig en onveilig vrijen is belangrijk! Toets de kennis van de cliënten en stem eventuele uitleg hierop af. Maak gebruik van folders over Seksueel Overdraagbare Aandoeningen en informatie over HIV.

LET OP!

Het onderwerp is al snel persoonlijk. Hoe veilig de groep ervaren wordt zal een grote rol spelen bij dit thema. Schaamte, nare seksuele ervaringen in de gebruikerstijd of voor die tijd kunnen in het heden nog een grote rol spelen nu men niet gebruikt. Let op veiligheid in de groep en beperk uitingen over persoonlijke ervaringen. Waak ervoor dat cliënten hun eigen privacy en grenzen goed handhaven en niet teveel vertellen. Men kan daar achteraf spijt van krijgen. Dus het devies is: meer toedekken dan ontbloten.

BESPREKEN VAN HET THEMA

Mogelijke punten ter bespreking:

- Bespreking van de verschillen en overeenkomsten tussen seksualiteit ten tijden van het middelengebruik en seksualiteit nu. Daarbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen de “versierwijze” en het vrijen

zelf. Hoe was de versierwijze tijdens de gebruikersperiode en hoe gaat dat nu? Welke verschillen zijn er tussen toen en nu ten aanzien van het vrijen?

- Bespreking van manieren om toenadering te zoeken of te versieren. Hoe laat men nu merken de ander aardig en aantrekkelijk te vinden? Maar ook, hoe kun je nee zeggen tegen een ander als je geen zin hebt of de andere niet leuk vindt? Eventueel kan dit geoefend worden in een rollenspel.
- Bespreking van verschillen in seksuele omgang met verslaafden versus omgang met niet-verslaafden.
- Bespreking van verschillen tussen intimiteit en sexueel handelen. Hoort dat bij elkaar of niet?
- Bespreking van riskant of onveilig seksueel gedrag.

g ZELFVERZORGING

EDUCATIE

Mogelijke punten waarover educatie gegeven kan worden:

- Uitleg over wat onder zelfverzorging wordt verstaan: zaken die te maken hebben met uiterlijke verzorging en zelfpresentatie (douchen, kleding, verzorging van het haar, persoonlijk voorkomen) en huishoudelijke vaardigheden (hygiëne, gezond voor jezelf koken).
- Uitleg over de relatie tussen verslavingsproblemen en zelfverzorging. Verslavingsproblemen kunnen invloed hebben op iemands zelfverzorging en uitvoering van huishoudelijke taken. Actief bezig zijn met gebruik kan maken dat er minder tijd en aandacht is voor gezond eten, hygiëne en uiterlijke verzorging. Vaak is ook de eetlust minder groot in tijden van middelengebruik. Bij het stoppen met gebruik kan het soms moeilijk zijn om deze zaken weer op te pakken. Soms omdat de routine er niet meer is, soms omdat nooit geleerd is hoe goed voor jezelf te zorgen.
- Uitleg over het belang van zelfverzorging en ADL. Wanneer het middelengebruik wordt gestopt, kan het hervatten of opzetten van een dagelijkse routine helpen om een nieuwe leefstijl vorm te geven. Bovendien heeft een schone omgeving een positieve invloed op hoe je je voelt. Uiterlijke verzorging heeft bovendien niet alleen een positieve invloed op jezelf, maar ook op ander mensen. Lichamelijke verzorging kan reacties van anderen beïnvloeden.

BESPREKEN VAN HET THEMA

Mogelijke punten ter bespreking:

- Bespreek welke invloed het middelengebruik op zelfverzorging had. Bespreek ook wat daar de gevolgen van waren. Wat was de invloed op jezelf, wat waren de reacties van anderen?
- Bespreek wat de positieve effecten van goede zorgverzorging kunnen zijn. Zet op een flap-over.
- Bespreek welke aspecten van zelfverzorging op dit moment goed gaan en welke aspecten minder goed gaan.
- Bespreek belemmeringen voor goede zelfverzorging (bv. geen geld voor nieuwe kleding, je er niet toe kunnen zetten om voor jezelf alleen te koken, neiging tot uitstellen van huishoudelijke klusjes) en welke oplossingen daarvoor te bedenken zijn. Wanneer cliënten het vooral lastig vinden om zich te zetten tot bepaalde activiteiten van zelfverzorging of bepaalde aspecten daarvan niet leuk vinden, kan besproken worden hoe deze aantrekkelijker gemaakt kunnen worden (bv. samen met iemand koken en eten, jezelf belonen na een huishoudelijke klus, het aanpassen van de activiteit).
- Bespreek in hoeverre hulp van anderen nodig is om verbetering aan te brengen in zelfverzorging. Ook kan besproken worden hoe steun of hulp gevraagd kan worden.

h SOCIAAL WENSELIJK GEDRAG / DUBBELLEVEN

EDUCATIE

Mogelijke punten waarover educatie gegeven kan worden:

- Uitleg over het begrip sociaal wenselijk gedrag. Geef enkele voorbeelden ter illustratie: ja zeggen als je nee bedoelt, zeggen dat je om 9 uur bent opgestaan terwijl je tot 12 uur in bed hebt gelegen, zeggen dat je een rekening betaald hebt terwijl dat niet zo is.
- Uitleg dat alle mensen weleens sociaal wenselijk gedrag vertonen en in dat opzicht een normaal verschijnsel is. Geef aan dat dit gedrag in de verslavingsperiode een belangrijke functie kan hebben (het helpt overleven) en soms steeds meer neerkomt op liegen en een dubbelleven erop na houden. Het kan voortkomen uit schaamte over het middelengebruik of een manier zijn om invloed op mensen uit te oefenen.
- Uitleg dat dit gedrag soms lastig te veranderen is als je met midde-

lengebruik bent gestopt. Op korte termijn kan het ook allerlei voordelen hebben om niet de waarheid te zeggen (bijv. het vermijden van lastige vragen). Op lange termijn heeft het ook vervelende consequenties en kan het belemmerend zijn voor jezelf en voor anderen

BESPREKEN VAN HET THEMA

Mogelijke punten ter bespreking:

- Bespreking van sociaal wenselijk gedrag. Vraag naar herkenning in de groep.
- Bespreking van de huidige voor- en nadelen van dit gedrag. Wat levert het je op om je sociaal wenselijk te gedragen en wat zijn de nadelige kanten ervan? Schrijf op, op een flap-over.
- Bespreking wat het zou kunnen opleveren als je open en eerlijk bent. Noteer alle voordelen op een flap-over. Bijv. minder schuldgevoelens, gelijkwaardigere relaties.
- Bespreking wat er zou kunnen gebeuren als je open en eerlijk zou zijn. Identificeer niet-helpende en belemmerende gedachten en schrijf deze op de flap-over. Bijv. Als ik zeg dat ik pas om 12 uur ben opgestaan, vinden "ze" me niet normaal.
- Bespreking van gedragsalternatieven. Bespreek op welke wijze geëxperimenteerd kan worden met dit thema. Bijv. het onderwerp bespreken met betrokkenen uit het sociaal netwerk, oefenen met eerlijkheid bij een "veilig" persoon, bedenktijd vragen als iemand iets aan je vraagt.

i SLAAPSTOORNISSEN

EDUCATIE

Mogelijke punten waarover educatie gegeven kan worden:

- Uitleg over de invloed van middelen op de slaap. Geef aan dat het gebruik van stimulerende middelen uiteraard tot slaapproblemen kunnen leiden. Dempende middelen (opiaten, alcohol, kalmerende middelen) lijken de slaap te bevorderen. Echter, bij gebruik van dempende middelen proberen de hersenen de demping te compenseren. Dit betekent dat bij het stoppen met gebruik of als het middel is uitgewerkt men zich wakkerder voelt dan voor het gebruik. Dit leidt dus tot een verstoorde slaap.

- Uitleg over slapeloosheid en ontwenning van dempende middelen. Zie bovenstaande. De ergste klachten zijn over het algemeen meestal na twee weken verdwenen, maar slaapproblemen kunnen nog lange tijd blijven bestaan.
- Uitleg over slapeloosheid als een van de meest vervelende en langdurige klachten die horen bij ontwenning. Leg uit dat mensen hier nog maanden tot zelfs een jaar lang last van kunnen hebben (erkennen en normaliseren). Dit wordt ook wel "verlengd ontwenningssyndroom" genoemd.
- "Slaapfeiten": het aantal uren slaap wordt vaak vertekend waargenomen. 5 uur slaap blijkt voldoende te zijn. Als je ouder wordt heb je minder slaap nodig.
- Uitleg over de mogelijkheid dat gedroomd wordt over gebruik. Het kan zijn dat je dan wakker wordt met ontwenningssymptomen of een kater. De droom fungeert waarschijnlijk als een prikkel die trek oproept.

TIP:

Het is belangrijk om te erkennen hoe vervelend het is om niet te kunnen slapen.

BESPREKEN VAN HET THEMA

Mogelijke punten ter bespreking:

- Bespreking van de aard van de slaapproblemen.
 - slaapritme: de tijden van naar bed gaan en opstaan, eventueel middagslaapjes.
 - slaapstoornissen: is het lastig om in slaap te vallen, of zijn er problemen met doorslapen?
 - dromen of nachtmerries: over gebruik, problemen of traumata?
- Bespreking van het slaappatroon ten tijde van het gebruik. Hoe was de relatie tussen het gebruik en het slapen (bijvoorbeeld gebruik om in slaap te kunnen komen). Welke veranderingen in het slaapritme zijn opgetreden sinds het veranderen van het gebruik?
- Bespreek van angsten en niet-helpende gedachten over slapen en slecht slapen. Bijvoorbeeld "Ik heb 8 uur nodig om goed te kunnen functioneren". "Ik word gek als ik niet meer slaap". Leg uit dat personen die niet meer in de acute fase van ontwenning zitten en niet eerder psychotisch zijn geweest, niet bang hoeven te zijn om psychotisch te worden door slapeloosheid.

- Bespreking van gevolgen van slaapproblemen. Het kan zijn dat cliënten minder goed functioneren als gevolg van slaapproblemen. Bespreek de gevolgen op het functioneren en waaraan dat te merken is.
- Bespreking van tips en adviezen voor een goede slaaphygiëne. Geef zelf enkele tips en laat de groepsleden elkaar tips geven.

Goede slaaphygiëne:

- geen koffie 's avonds
- thee / koffie consumptie overdag minderen
- geen inspannende tv-programma's voor het slapen gaan, maar liever iets ontspannends doen
- maak 's avonds nog een wandelingetje

Voorbeelden van aanvullende tips

- Zorgen voor voldoende beweging
- Ontspanningsoefeningen doen
- Rustgevende muziek luisteren
- Lampje aanlaten
- "Slaapthee" of warme melk drinken voor het slapen gaan
- Warm bad of douche nemen
- Bij chronische slaapproblemen: het volgen van een slaapcursus (via huisarts, maatschappelijk werk).

NB.

Indien de slaapproblemen al bestonden vóór het middelengebruik en na het eerste jaar van abstinentie nog steeds bestaan, dan is er waarschijnlijk sprake van een chronische slaapprobleem. Het gebruik van slaapmedicatie is in dat geval gecontraïndiceerd. Het risico op verslaving aan slaapmedicatie is bij cliënten in de verslavingszorg groter dan bij mensen zonder verslavingsgeschiedenis. Het is raadzaam bij chronische slaapproblemen een verslavingsarts te consulteren of een huisarts met kennis over verslaving.

j ANGST EN PIEKEREN

EDUCATIE

Mogelijke punten waarover educatie gegeven kan worden:

- Uitleg over het verschil tussen piekeren (in kringtjes denken, leidt tot niets) en probleemoplossend denken.
- Uitleg over gedachten en ideeën die cliënten soms hebben over piekeren. "Als ik pieker dan ben ik goed bezig".
- Uitleg over de relatie tussen angsten en middelengebruik. Geef voorbeelden hoe middelen soms als helpend worden ervaren om dingen te kunnen doen die eigenlijk angst oproepen. Het leven aangaan zonder middelen kan dan ook vaak angst oproepen.

BESPREKEN VAN HET THEMA

Mogelijke punten ter bespreking:

- Bespreking van de verschillende piekerthema's. Gaat het vooral om zaken uit het verleden, het heden of de toekomst?
- Bespreking van manieren om met piekeren om te gaan. Bijvoorbeeld: Uitstellen van piekeren naar een vast tijdstip op een dag gedurende een half uur.
- Het doornemen van de stappen van constructief probleem oplossen. Dat leidt tot betere oplossingen dan piekeren. Eventueel kan een piekerthema van een cliënt bij de kop worden gepakt en de stappen van probleem oplossen worden doorgenomen.

- 1 Is er een probleem?
- 2 Wat is het probleem?
- 3 Wat zou ik allemaal kunnen doen?
- 4 Wat lijkt het beste om te doen?
- 5 Na afloop: Hoe effectief was het?

- Bespreking van activiteiten of zaken die angst oproepen bij cliënten nu het merendeel van de tijd geen middelen worden gebruikt (bij sociale activiteiten). Besproken kan worden hoe geleidelijk aan weer moeilijke zaken kunnen worden opgepakt.

NB:

Bij het vermoeden van een angststoornis is het raadzaam een psychiater te consulteren.

HANDREIKINGEN VOOR HET HANTEREN VAN GROEPSFUNCTIONEREN

Nazorg vindt voor het grootste deel plaats in groepsverband. De nazorgmedewerker dient derhalve goed in staat te zijn groepsprocessen te hanteren en optimaal gebruik te maken de "heilzame" factoren die een rol spelen in groepen. Onderstaand wordt een aantal van deze factoren (beschreven door Yalom, 1970) opgesomd en wordt aangegeven op welke praktische wijze de hulpverlener deze kan vormgeven in de nazorggroep.

1 WEKKEN VAN HOOP

- normaliseren van bepaalde klachten, problemen
- optimisme uiten en bekrachtigen van voortgang
- verschil tussen start van behandeling en nu expliciteren

2 UNIVERSALITEIT

- vragen naar herkenning van anderen bij inbreng van een cliënt
- benoemen van overeenkomsten tussen cliënten
- sturen op empathie, bekrachtiging

3 HET GEVEN VAN INFORMATIE

- educatie over aspecten van het psychische functioneren
- educatie over de relatie tussen verslaving en andere klachten / problemen

4 ALTRUISME

- stimuleren van het geven van adviezen en suggesties aan elkaar
- stimuleren van het geven van emotionele steun aan elkaar
- bekrachtigen van goede adviezen en suggesties die cliënten aan elkaar geven

5 ONTWIKKELEN VAN SOCIALE VAARDIGHEDEN

- corrigeren bij niet-passend sociaal gedrag
- feitelijk oefenen van sociale vaardigheden in de vorm van een rollenspel

6 IMITEREND GEDRAG

- stimuleren van inbreng van copingvaardigheden

7 INTERPERSOONLIJK LEREN

- stimuleren van de deelnemers om uit eigen ervaring de ander te helpen
- stimuleren van het geven van feedback op elkaars gedrag

8 GROEPSVERBONDENHEID

- cohesie bevorderen door belang van aanwezigheid te benadrukken en te bekrachtigen

- overeenkomsten tussen cliënten benadrukken
- benoemen van de helpende functie van de groep bij de afronding van een thema of na de inbreng van een cliënt

PROTOCOL TELEFONISCHE FOLLOW-UP

DOELEN

- monitoring ter consolidatie van de vooruitgang
- toegankelijkheid van de verslavingszorg voor de cliënt bewerkstelligen indien nodig

MATERIALEN

- dossier

DUUR

20 minuten (inclusief voorbereiding en administratieve afhandeling)

POSITIONERING IN HET TRAJECT

De telefonische follow-up gesprekken vinden in het tweede jaar van deze module plaats. Frequentie is één maal per kwartaal. In totaal vinden dus 4 telefonische contacten plaats.

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

1 VOORBEREIDING

Neem het dossier van de cliënt kort door. Bekijk het laatste evaluatieformulier en check op welke leefgebieden de cliënt problemen had. Let ook op bijzonderheden in het persoonlijk leven van de cliënt die in de introductie te gebruiken zijn.

2 INTRODUCTIE

- Geef aan waarom u belt en verwijst naar de afspraken die daarover zijn gemaakt in het laatste face-to-face evaluatiegesprek.
- Stel open vragen om het gesprek op gang te helpen en een korte indruk te krijgen hoe het met de cliënt gaat. Laat daarbij merken dat u het persoonlijk verhaal van de cliënt nog kent.

3 INVENTARISATIE

- Vraag allereerst naar het huidige middelengebruik van de cliënt. Bespreek moeilijke situaties die de cliënt tegenkomt en strategieën die dan toe te passen zijn. Verwijs daarbij naar de vaardigheden uit de leefstijltraining.

- Doorloop kort andere relevante leefgebieden waarop problemen speelden.

TIP

Bekrachtig voor successen, gezonde initiatieven en probleemoplossend vermogen van de client (Bijvoorbeeld: nog steeds niet gebruikt, hersteld na een uitglijder of terugval, AA bezoek gecontinueerd of opgestart).

4 ADVIES

- Ga na of de cliënt een hulpvraag heeft op dit moment.
- Geef indien mogelijk een advies. Dat kan bestaan uit een concreet advies op het gebied van het omgaan met een lastige situatie of klacht. Als er veel problemen zijn en de cliënt aangeeft hulp nodig te hebben: geef advies bij welke instelling die cliënt die hulp kan krijgen. Indien er een intensivering van de behandeling of een nieuwe behandeling noodzakelijk is, geef dan aan hoe dit weer opgestart gaat worden.

5 AFSLUITING

- Sluit het gesprek af met een korte samenvatting van het gesprek.
- Vraag of de cliënt het goed vindt dat u over 3 maanden terugbelt. Indien het het laatste gesprek betreft wordt aangegeven dat dit het laatste contact is. De cliënt kan altijd contact opnemen met de aanmelding van de instelling indien ooit hulp gewenst is.

6 ADMINISTRATIEVE AFHANDELING

- Registreer het gesprek in het dossier van de cliënt.

LITERATUURLIJST

- Broek, B. van den, Merkk, M. (2003). Leefstijltraining 3. Handleiding voor de trainer. Utrecht: GGZ Nederland.
- Donovan, D.M. (1998). Continuing care: Promoting the maintenance of change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.), Treating addictive behaviors (2nd ed.). p. 317-336. New York: Plenum Press.
- Geelen, K. (2003). Zelfhulpgroepen en 12 stappenprogramma's. Utrecht: GGZ Nederland.
- Merkk, M., Broekhoven, T. van. (2003). Leefstijltraining 4. Handleiding voor de trainer. Utrecht: GGZ Nederland.
- Ossip-Klein, D.J. & Rychtarik, R.G. (1993). Behavioral contracts between alcoholics and family members: Improving aftercare participation and maintaining sobriety after inpatient alcoholism treatment. In: O'Farrell, T.J. (Ed.). Marital and family interventions. p. 281-304. New York: Guilford Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In: Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.), Treating addictive behaviors (2nd ed.). p. 3-24. New York: Plenum Press.
- Sigh, J., Howden-Chapman, P. (1987). Evaluation of effectiveness of aftercare in alcoholism treatment. The New Zealand Mental Journal, 23, 100 (832), 596-598.
- Verinis, J.S. & Taylor, J. (1994). Increasing alcohol patients aftercare attendance. The International Journal of the Addictions, 29 (11), 1487-1494.
- Wildt, de W.A.J.M. (2000). Achilles leefstijltraining 1. Handleiding voor de trainer. Zeist: Cure en Care Publishers.
- Wildt, de W.A.J.M. (2001). Achilles leefstijltraining 2. Handleiding voor de trainer. Zeist: Cure en Care Publishers.
- Whorley, L.W. (1996). Cognitive therapy techniques in continuing care planning with substance-dependent patients. Addictive Behaviors, 21 (2), 223-231.

Literatuurstudie

Nazorg volgend op een klinische primaire verslavingsbehandeling

INHOUD

INLEIDING

Wat is nazorg?

Methodologische aspecten

Vraagstelling

METHODE

Selectie

Beperkingen

RESULTATEN

Overzichtsstudies

Statistische meta-analyses

- Systematische overzichtsstudies

Individueel onderzoek

- Gecontroleerde gerandomiseerde studies

- Gecontroleerde niet-gerandomiseerde studies

- Ongecontroleerde studies

DISCUSSIE

Algemene effecten van nazorg of terugval preventie

Twelve-step programmas

Conclusie

Toekomstig Onderzoek

LITERATUURLIJST

INLEIDING

Het toenemende besef dat verslaving in veel gevallen een chronische aandoening is en dat de meerderheid van de patiënten na een verslavingsbehandeling terugvalt, heeft geleid tot de gedachte dat de behandeling van verslaafden veelal een langdurig karakter dient te hebben. Een klinische verslavingsbehandeling dient daarom in veel gevallen gevolgd te worden door ambulante nazorg om te kunnen komen tot een volledig herstel (Ito et al., 1986, Graham et al., 1996, Laudet et al., 2002).

De term 'nazorg', in de internationale literatuur aangegeven met 'aftercare', heeft onder andere betrekking op de behandeling die tot doel heeft de overgang van het leven in een instelling naar het 'gewone' leven in de samenleving te vergemakkelijken (Spear et al., 1999, Ito et al., 1988, 1990). Echter, in de loop der tijd is deze term verwaagd en toegepast op allerlei voortgaande zorgactiviteiten die volgen op verschillende klinische en ambulante interventies (Vanicelli, 1978).

Een belangrijk aspect van nazorg is gericht op het *handhaven* van de therapeutische effecten die in de voorafgaande fase van de primaire (klinische) behandeling zijn verkregen, en dus niet op het stimuleren of verkrijgen van *nieuwe* vaardigheden (Graham, 1996, Costello et al., 1982, Mumme, 1991, Ito et al., 1988, 1996, Finney et al. 1981, Pokorney et al., 1973, De Leon, 1990, Fortney et al., 1998, Gilbert, 1987).

Gezien het feit dat verslaving in het algemeen als een chronische, of in ieder geval als een langdurige aandoening wordt beschouwd, is het mede van belang na te gaan in hoeverre kosten bespaard kunnen worden door de nadruk te leggen op de goedkopere maar langer durende nazorg interventies in plaats van relatief duurdere kortdurende intensieve behandeling (Brown et al., 2002).

Hoewel nazorg ook wordt toegepast tijdens een primaire behandeling of volgend op een ambulante behandeling, richt dit literatuuroverzicht zich uitsluitend op de beschrijving van de effectiviteit van nazorg volgend op een klinische detoxificatie of behandeling. Studies die zich bezig houden met nazorg in aansluiting op of als onderdeel van een

initiële ambulante behandeling vallen hier dus buiten. Ook nazorg in aansluiting op detentie of een behandeling tijdens detentie vallen buiten dit literatuuroverzicht.

WAT IS NAZORG?

In de literatuur is een verscheidenheid aan vormen en benaderingen van nazorg en terugval preventie te vinden, zoals onder andere gedragstherapie, psychosociale behandeling, *Cognitive Behavioural Approach* (Gallantar, 1993), *Aversion Therapy* (Frawley et al., 1992), *Social Cognitive Counseling* (Comerford, 1999), *Behavioural Marital Therapy* (O'Farrell et al., 1993), en de niet-professionele benadering van Alcoholics Anonymous gebaseerd op de *twelve-step recovery approach* (Fiorentine, 1999). Weer andere studies beschrijven het toepassen van individuele counseling, groeps counseling of telefonische counseling (Sobell en Sobell, 1981, Chong et al., 2003), het gebruik van metaforen of educatie of psycho-dynamische en cognitieve-gedrags principes (Wallace, 1989).

Sommige studies geven een duidelijke beschrijving van de verschillende componenten van nazorg die zijn toegepast, andere daarentegen niet. In sommige studies wordt nazorg gelijkgesteld aan het frequenter van bijeenkomsten van *Alcoholics Anonymous* (AA) of *Narcotics Anonymous* (NA), die in het algemeen zijn gebaseerd op de zogenaamde twaalf stappen benadering. Hoewel AA en NA in Nederland minder sterk zijn ontwikkeld dan in andere landen is het van belang het effect van AA en NA te evalueren als men bedenkt hoeveel leden deze organisaties wereldwijd tellen. Fiorentine (1999) berekent dat de AA alleen al in de Verenigde Staten in 1990 1 miljoen leden telde en dat naar schatting 3% van de bevolking van de VS ooit lid van AA is geweest.

Relapse prevention, ofwel het voorkomen van terugval, is een veelbesproken onderdeel van nazorg. In de literatuur worden verschillende definities gegeven van *relapse prevention* en sommige onderzoekers zien deze terugval preventie als fundamenteel doel van nazorg interventies (Coughy et al., 1998). Anderen waarschuwen daarentegen voor het gebruik van de term terugval omdat het een moralistisch karakter zou hebben. Immers, „*Lapses are viewed as a normal part of*

acquiring abstinence and constitute opportunities for new learning” (Irvin et al., 1999). De term zou impliciet datgene pathologiseren wat een algemeen verschijnsel is en een weinig realistische en nauwkeurige omschrijving geven van hoe succesvolle verandering in het algemeen plaats vindt (Miller, 1996).

Zolang *relapse prevention* gezien wordt als (onder-) deel van nazorg volgend op een klinische behandeling worden de studies in de analyse meegenomen.

Continuing care of continuity of care wordt gebruikt om de vorm van nazorg aan te duiden die volgt op een ambulante behandeling (McKay, 2001), maar ook in verband met psychiatrische zorg en verslaving (Greenberg et al., 2002).

METHODOLOGISCHE ASPECTEN

Duidelijk is dat er geen sprake is van een eenduidige vorm van nazorg en dat de verschillende studies verschillende vormen van nazorg evalueren.

Effectparameters

De analyse van de verschillende componenten van nazorg wordt verder bemoeilijkt door het feit dat er verschillende maten voor effectiviteit worden gebruikt. Sommige studies hebben als uitkomstmaat variabelen gekozen die niet direct slaan op de effectiviteit van de interventie in het proces van genezing, maar meer op indirecte wijze, zoals bijvoorbeeld het effect van nazorg op de kwaliteit van de vriendschap van de patiënten (Humphreys et al., 1997) of op de mate van dakloosheid (Lam et al., 1995). Deze worden derhalve uitgesloten.

Daar waar de focus van het onderzoek uitsluitend de mate van deelname (attendance) aan nazorgactiviteiten betreft wordt deze ook uitgesloten (Ossip-Klein et al., 1984, Prue et al., 1979, Wolpe et al., 1993, Lash, 1998). Indien echter kan worden aangetoond in dezelfde studie dat aftercare attendance een direct effect heeft op effectiviteit van de nazorgbehandeling, bijvoorbeeld gemeten in de frequentie van alcohol- of druggebruik, wordt de studie wel opgenomen in de analyse (Ahles et al., 1983, Sanibale et al., 2002).

Design

De bestudeerde literatuur laat ook een verscheidenheid zien in de vorm van de toegepaste vergelijkingen. In sommige gevallen worden twee of meer vormen van nazorg met elkaar vergeleken; in andere gevallen wordt nazorg vergeleken met geen nazorg.

Bij de bestudering van de literatuur en de analyse is geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende soorten verslaving. Hoewel verreweg het meeste onderzoek gericht is op alcoholverslaving in de Verenigde Staten, bespreekt dit literatuuroverzicht nazorg bij alle soorten verslaving, zoals alcohol, opiaten, tabak, cocaïne en gokken.

VRAAGSTELLING

In deze literatuurstudie wordt gekeken naar het effect van nazorg volgend op een klinische primaire verslavingsbehandeling op uitkomstvariabelen die direct betrekking hebben op herstel, zoals abstinentie, frequentie en mate van middelengebruik, sociaal functioneren, etc. Alleen dat onderzoek wordt meegenomen in de analyse dat expliciet beschrijft waaruit de nazorgactiviteiten bestaan. Nazorg volgend op of gedurende een periode van detentie is buiten beschouwing gelaten.

METHODE

Deze literatuurstudie is uitgevoerd in twee fasen. Een eerste versie werd uitgevoerd in het najaar van 2000; ten behoeve van publicatie is eind 2003 een herziening gemaakt van deze eerste versie.

De relevante literatuur met betrekking tot nazorg werd gezocht met behulp van medewerkers van de bibliotheek van het AMC (Mario ter Smitten) en van het AIAR/Jellinek (Gijs Visser).

Verschiedende databases zijn onderzocht. In EMBASE is gekeken naar de periode 1988-2000, in MEDLINE van 1966 tot 2000 en in de meest recente publicatie van de COCHRANE Database of Controlled Trials (Issue 4, 2000). Eind 2003 is een aanvullende zoekopdracht uitgevoerd en is opnieuw in genoemde databases gezocht naar publicaties over de periode 2000-2003.

Afhankelijk van de database is een andere zoekopdracht gevolgd. Voor Embase zijn drie verschillende manieren geprobeerd, voor Medline twee en voor de Cochrane Library een. De volgende sleutelwoorden zijn gebruikt: *aftercare, follow-up, health care delivery, relapse, drug dependence treatment, methadone treatment, psychiatric treatment, treatment failure, treatment outcome, substance abuse, substance use disorder, addiction, dependence, mental health services research, mental disorders, alcoholism, cocaine, cannabis addiction, heroin, opioid dependence, opioid-related disorders, gambling, etc.*

De resultaten van deze zoekopdrachten zijn vervolgens samengevoegd en gecontroleerd op het dubbel voorkomen van dezelfde artikelen. Het rechtstreeks zoeken naar de effecten van nazorg na een klinische behandeling van alcohol-, drugs- of gokverslaving ofwel, het steeds meer vernauwen van de zoekopdracht leverde uiteindelijk geen referenties op. Vandaar dat gebruik moest worden gemaakt van bredere opdrachten, met als risico referenties te vinden die mogelijk niet relevant zijn.

In eerste instantie zijn EMBASE, Medline en de Cochrane databases systematisch gescreend met de OVID search engine. De resultaten zijn

vervolgens ingelezen in het programma van Reference Manager. Via Reference Manager is vervolgens ook PubMed nagezocht. De referenties zijn vervolgens 'handmatig' gescreend op overlap en niet-relevant zijn. De lijst is zo ruim mogelijk gehouden, bijvoorbeeld in geval van twijfel over de mogelijke relevantie (referenties zonder abstract maar met bronvermelding), is de betreffende referentie toch opgenomen.

Uiteindelijk zijn er weinig echte effectstudies gevonden met betrekking tot nazorg volgend op een klinische residentiele behandeling. Wel is er veel onderzoek waar nazorg, of consequenties en/of suggesties voor nazorg, onderdeel van uitmaakten. Gegeven het kleine aantal harde effectstudies zijn deze - waar ze mogelijk toch relevant leken - toch in de lijst opgenomen.

Van deze eindset is een selectie gemaakt van studies, op basis van het abstract of als deze niet beschikbaar was op basis van de titel. Slechts een tweetal was niet beschikbaar. Bij lezing van deze set artikelen is een tweede lijst gemaakt op basis van relevante referenties uit deze eerste lijst. Deze referenties waren niet gevonden met onze zoekopdracht, voor een deel omdat het literatuur betreft van voor 1980. Aangezien een aantal van deze artikelen bij veel andere auteurs werd genoemd, is besloten deze ook te raadplegen.

SELECTIE

Van de geraadpleegde literatuur (106 artikelen, zie literatuurlijst) werden 67 artikelen meteen van verdere analyse uitgesloten omdat ze niet relevant waren voor deze literatuurstudie. In veel gevallen was dit omdat de betreffende studies nazorg beschreven als een interventie volgend op een ambulante verslavingsbehandeling (Connors et al., 1993, Coughy et al, 1998, Lash et al., 1999, McKay et al., 1993, 1998, 1999a, 1999b, 2000).

De meeste studies werden uitgesloten omdat de primaire behandeling niet nader werd gespecificeerd (Anderson, 1993, Breslin et al.1996, De Leon, 1990, Hawkins et al., 1985, Hsieh et al., 1998, Mumme', 1991, Leukefeld, 1989, Lerner et al., 1992, Galanter, 1993, Frawley et al., 1992, Comerford, 1999). Weer andere vielen buiten deze analyse omdat het een activiteit van terugval preventie betrof als onder-

deel van en tijdens een klinische behandeling (Wallace et al., 1989, Whorley, 1996, Russo et al., 1984, Verinis et al, 1994, Marlatt, 2001).

Ook in het geval de inhoud van de nazorg niet nader werd omschreven werden de studies uitgesloten (Siegel et al., 1984, Allison et al., 1985, Clopton et al., 1993, Hser et al., 1999, Zywiak et al, 1999) of in geval er geen sprake bleek te zijn van nazorg (Brown, 1992, Coviello et al., 2001, van Dijk et al., 1973)

Andere studies werden uitgesloten omdat de methode van onderzoek, de studie populatie of selectie procedure niet nader werden omschreven (Sobel & Sobel, 1981).

Ook studies die een meer epidemiologisch of beschrijvend karakter hadden en niet het effect van specifieke vormen van nazorg bespraken werden uitgesloten (Tomasson et al., 1998, Spear et al., 1999, Mackay et al., 1990, Hoffman et al., 1993, Weddington, 1991, Heller et al., 1991, Drake et al., 1989, Brown, 1979,1990, Smith et al., 1991, Smith, 1984, Schwoon et al., 1989, Rawlins et al., 1976, Ephraim, 1985, Ellis, 1992, Egan, 1966, Lull, 1988, Herman, 2000, Campbell et al, 1994, Booth et al., 1992).

Een studie werd uitgesloten omdat er geen sprake van verslaving was maar van psychiatrische morbiditeit (ST Clair, 1975). Weer anderen werden uitgesloten omdat de effectmaat geen directe betrekking had op herstel van verslaving, maar indirect op de verbetering van persoonlijke omstandigheden (Humphreys et al., 1997, Lam et al., 1995, Strack et al., 1987, Getter et al., 1992) of omdat uitsluitend de mate van deelname aan nazorgactiviteiten de uitkomst variabele was (Prue et al., 1979, Wolpe et al., 1993, Lash, 1998, Fortney et al., 1995, 1998, Hitchcock et al., 1995, Fiedler, 1994).

Uiteindelijk zijn er 40 studies opgenomen in de analyse van deze literatuurstudie. De overgrote meerderheid (33) van de opgenomen studies is afkomstig uit de Verenigde Staten, waarbij één uit de VS én HongKong, en slechts zes studies zijn uitgevoerd door onderzoekers uit andere landen, drie uit Canada, één uit Australië, één uit Noord Ierland en één uit Nieuw Zeeland.

Het merendeel (21) betrof onderzoek naar de effecten van nazorg op alcohol verslaving, drie studies beschreven interventies gericht op cocaïneverslaving, twee gericht op verslaving aan opiaten en de overige 15 beschreven behandeling van drugverslaving in het algemeen, hoewel dat vaak overeenkwam met verslaving aan opiaten eventueel in combinatie met alcohol of andere middelen. Ook was er een studie naar de effectiviteit van nazorg (*substance abuse*) bij psychiatrische patiënten met een drugverslaving (DeNitto et al., 2001).

Van de negen studies met betrekking tot cocaïnebehandeling die in eerste instantie werden gevonden zijn uiteindelijk slechts drie opgenomen voor nadere analyse. Aangezien er bij cocaïne geen sprake lijkt te zijn van een fysieke verslaving, waardoor er geen klinische detoxificatie-behandeling plaats had voor de toepassing van nazorg, werden deze buiten beschouwing gelaten.

Een aantal van de alcoholstudies beschreef onderzoek naar de factoren die een effect hebben op de toename van de *attendance rate of aftercare sessions* of mate van nazorgdeelname, en viel dus eigenlijk buiten deze literatuurstudie. Slechts waar aangetoond werd dat verhoogde deelname ook effect had op de effectiviteit van de behandeling werden de studies opgenomen en zullen onder de resultaten worden besproken.

De relevante studies worden besproken aan de hand van een verdeling naar type studie, i.e. overzichtsstudies en individueel onderzoek.

Bij de selectie van overzichtsstudies wordt - in volgorde van belangrijkheid - een onderscheid gemaakt tussen:

- Statistische meta-analyses
- Systematische overzichtsstudies
- Algemene overzichtsstudies

Bij de selectie van individuele onderzoeksverslagen wordt - opnieuw in volgorde van belangrijkheid - onderscheid gemaakt tussen:

- Randomized clinical trials, die bij voorkeur geblindeerd zijn uitgevoerd
- Gecontroleerde, maar niet gerandomiseerde studies (quasi-experimenteel)
- Ongecontroleerde (meestal pre-post) studies (naturalistisch)

Bij alle studies wordt gekeken naar de kwaliteit van de uitvoering ervan.

BEPERKINGEN

Het is niet uit te sluiten dat er bij de literatuursearch studies zijn gemist. Bij nadere analyse van de beschikbare literatuur is een aantal referenties naar voren gekomen, die echter in het tijdsbestek van deze literatuurstudie verder buiten beschouwen gelaten moesten worden.

Ook kan niet worden uitgesloten dat er sprake is van een publicatiebias. Het is mogelijk dat er een minder grote belangstelling is om onderzoek te publiceren naar interventies die negatieve resultaten opleverden.

RESULTATEN

De resultaten worden weergegeven aan de hand van twee hoofdgroepen van studies, de overzichtsstudies en de individuele effectstudies, elk onderverdeeld in subgroepen. De groepen studies worden hier besproken in volgorde van belangrijkheid of gewicht; beginnend bij de statistische meta-analyses en overzichtsstudies naar de individuele studies, beginnend bij de RCTs. Aan het eind van elke groep van studies worden de belangrijkste conclusies samengevat.

Tabel 1:
Overzichtsstudies (11)

Study	Design	Substance	Population	Country	Aftercare	Results	Comment
Scott Tonigan et al., 1995	Meta-analysis	Alcohol	74 AA- Studies	USA	AA	Heterogene resultaten	OK
Irvin et al., 1999	Meta-analysis	All	26 RP-studies	USA	RP		OK
Carroll, 1996	Review	All	24 RCTs on RP	USA	RP	Positive compared to no-T	Not systematic
Ito et al., 1986	Review	Alcohol	Aftercare studies	USA		Positive effect but	Methodological limitations
Miller, 1996	Review	All	Relapse studies	USA	RP		Not systematic discussion
Fiorentine, 1999	Review+evaluatie	All	N=356 outpatients	USA	12-step / AA	Weekly attendance positive	following outpatient Tr
Higgins et al., 1997	Review	Cocaine	CCTs	USA	Psychosocial farmacological	T- retention	Not specif.following clinical inpatient Tr
McAuliffe et al., 1990	Review	Cocaine		USA	RP, recovery training	Clinical sociology	Discussion
Spear et al., 1999	Review	All	Adolescents	USA	Relapse	No clear-cut evidence	Descriptive
Mc Kay, 2001	Review+ recommendations	Alcohol	12 controlled studies on CC	USA	CC=continuing care, any type	No effect residential and outpatient Tr	Following both
Floyd et al, 2001	Review of reports of T outcome research	Alcohol	N=40 t outcome studies	USA	No mention of first treatment, no specific definition of aftercare	T outcome studies provide specific info re. 1. diagnosis 2. use of self-help 3. use of maintenance care	Not looked at effectiveness but only the presence of info re aftercare in 40 T outcome studies

OVERZICHTSSTUDIES

In de eerste groep overzichtsstudies zijn elf relevante studies gevonden, twee meta-analyses en negen reviews (tabel 1).

STATISTISCHE META-ANALYSES (2)

In totaal zijn er twee statistische meta-analyses gevonden, één die het effect van nazorg in de vorm van *Alcoholics Anonymous* (AA) beschrijft en één die naar het effect van *Relapse Prevention* (RP) kijkt.

De eerste meta-analyse is die van Scott Tonigan et al. (1995) naar de effectiviteit van programmas van '*Alcoholics Anonymous* (AA)'. Deze verder goed onderbouwde analyse vat de resultaten samen zonder de 74 studies direct in de analyse op te nemen. Er is geen tabel waarin de meta-analyse en effectmaten, of de dot plot, van de individuele studies afzonderlijk zijn weergegeven. Uit de beschrijving van opgenomen studies blijkt wel dat het bij 50 van de 74 studies (68%) gaat om ambulante AA na een klinische opname.

Het algemene commentaar van de auteurs is dat de meerderheid van de studies zwak is ("experimental rigour value of 1 on a scale of 0-5"), in de zin van een zwakke of volledig ontbreken van een representatieve selectie, randomisatie, en verificatie van self-report. De auteurs lijken tot de voorzichtige conclusie te komen dat AA na een professionele behandeling een gunstig effect op het drinkgedrag kan hebben, maar de meeste studies hadden niet genoeg statistische power om interessante verbanden te leggen. Als de studies werden gerangschikt naar steekproef origine blijkt volgens de auteurs dat het verband tussen deelname aan AA en drinkgerelateerde uitkomstvariabelen groter is in ambulante steekproeven dan in klinische steekproeven. Verschillende redenen worden hiervoor gesuggereerd: ten eerste wordt aangegeven dat de deelnemers uit klinische steekproeven vaak ernstiger problemen hebben met het gevolg dat dit effect kan hebben op het beeld van de co-varianten. Ook is het mogelijk dat het effect van AA minder groot is wanneer het aansluit op een intensieve primaire behandeling. De conclusie is dat er behoefte is aan effectstudies die een grote populatie hebben teneinde de verschillende predictors en effecten van AA te kunnen observeren en te begrijpen.

De tweede en meer recente meta-analyse is die van Irvin et al. (1999) naar de effecten van terugval preventie (*relapse prevention*, RP) op verslavingsbehandeling in het algemeen. Irvin geeft een klassieke meta-analyse met alle waarden van de individuele studies die een

cognitieve gedragsbehandeling voor verslaving beschrijven. In totaal werden 26 studies opgenomen met 70 verschillende hypothesen, met een totale studiepopulatie van 9504 deelnemers. RP had een significant groter effect op de behandeling van alcohol ($r = .37$) en polydruggebruik ($r = .27$), dan bij de behandeling van cocaïne ($r = -.03$) en tabak ($r = -.09$).

Ondanks het feit dat deze onderlinge verschillen onder de middelengroepen de resultaten van deze meta-analyse compliceren, is de algemene conclusie dat de resultaten suggereren dat RP in het algemeen effectief is ($r = .14$) en dat de resultaten niet lijken te verschillen naar modaliteit van behandeling of setting. Na analyse van verschillende variabelen, blijkt RP vooral effectief bij de behandeling van alcohol en polydruggebruik, in combinatie met additioneel gebruik van medicatie en wanneer evaluatie direct plaatsvindt met ongecontroleerde pre-post tests. Helaas was het aantal studies niet groot genoeg om de invloed van elke moderator binnen de verschillende groepen van verslaving apart te meten.

SAMENVATTING

Hoewel beide meta-analyses niet strikt kijken naar onderzoek op het effect van nazorg volgend op een primaire klinische behandeling komen ze beide met de conclusie dat de nazorg effectief is in het verminderen van terugval. Bij Scott Tonigan et al. (1995) heeft AA een groter effect op mensen die uit een ambulante behandeling komen dan op mensen die een klinische behandeling achter de rug hebben. De analyse van Irvin et al. (1999) komt met het sterkste bewijs voor de effectiviteit van terugval preventie ongeacht het soort interventie. Deze effectiviteit wordt gevonden voor verschillende vormen van verslaving, met het grootste effect bij alcohol en polydrugs verslaving, vooral als de terugval preventie wordt aangevuld met medicatie.

SYSTEMATISCHE OVERZICHTSSTUDIES (9)

In totaal zijn er negen systematische overzichtsstudies gevonden.

De systematische overzichtsstudie van Carroll (1996) naar het effect van RP in 24 RCTs richt zich eveneens op terugvalpreventie bij verslaving aan verschillende middelen. Deze overzichtsstudie bespreekt voor

een deel dezelfde studies als Irvin et al. (1999), maar is meer gedateerd en mist derhalve het meer recente onderzoek. Hoewel de studies ter discussie een vergelijkbaar nivo van methodologische sophistication hadden (*randomisation to treatment, treatment defined in manuals*, enz) waren de individuele onderzoeken zeer verschillend met betrekking tot de grootte van de steekproef (en dus power), mogelijkheid van plafond of vloer effecten, *assessment of treatment integrity*, de gevoeligheid van primaire uitkomstvariabelen als ook qua onderscheid in de keuze voor de voorwaarden voor controle of vergelijking.

Van de 24 studies waren er 12 gericht op tabaksverslaving, waarvan 9 (75%) een significant effect na verloop van tijd (post-treatment of follow-up) beschrijven. Zes studies waren gericht op alcoholverslaving waarvan de helft (3) met positief effect. Veel minder studies hebben gekeken naar RP bij marihuana-verslaving (1 zonder effect) en cocaïne (3 zonder effect of een zwakke interactie) en andere genotmiddelen (2 studies, 1 met en een zonder effect). De meerderheid van het besproken onderzoek vergelijkt de invloed van RP met geen RP, met het sterkste effect bij legale drugs, in de eerste plaats bij tabak en een minder sterk effect bij alcohol. Echter, wanneer RP wordt vergeleken met andere vormen van nazorg is er nauwelijks verschil waarneembaar.

De conclusie van Carroll staat haaks tegenover de conclusie van Irvin et al (1999), voor wat betreft het effect van RP bij tabaksverslaving. Omdat 14 van de 24 studies RP beschrijven waar de behandeling tot doel heeft de eerste abstinentie te verkrijgen en dus niet volgend op een klinische detoxificatie zouden deze buiten deze literatuurstudie vallen. Van de overige 10 onderhoudsstudies vonden er 5 een positief effect ten gunste van RP. RP lijkt vooral positief te werken bij het verminderen van de ernst van terugval wanneer die zich voordoet, als nazorg volgend op een eerste klinische behandeling en patiëntbehandeling matching.

Ook Carroll concludeert dat er behoefte is aan onderzoek dat naar de effecten van de specifieke onderdelen/componenten van de RP behandeling als ook *Matching* onderzoek om het type patiënt vaststellen dat het meest geschikt is voor deze behandeling.

Ito en Donovan (1986) geven een kritisch overzicht van de nazorg literatuur bij alcoholverslaving. Ten eerste wordt het verband tussen het krijgen van nazorg en het resultaat van behandeling beschreven aan de hand van een driedeling van type onderzoek: beschrijvend en anekdotisch onderzoek, correlationaal onderzoek en '*cross-lagged correlational*' onderzoek. Vervolgens wordt de bestaande literatuur geanalyseerd die de factoren beschrijft die van invloed zijn op *after-care attendance*. Het gaat dan om twee type studies, de experimentele en correlatieve studies. Tenslotte wordt commentaar gegeven op de methodologie en doen ze aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

Hoewel ook hier de verschillende studies verschillende methoden, uitkomstvariabelen en doel van studie hebben, is de conclusie van deze overzichtsstudie dat nazorg in het algemeen een positieve invloed heeft op het handhaven van de winst die is opgedaan tijdens de primaire klinische alcoholbehandeling.

De review van McKay (2001) borduurt voort op de conclusies van Ito en Donovan (1986) in een analyse van *correlational and controlled continuing care studies*. Terwijl de correlatieve studies in het algemeen een positief effect toeschrijven aan het deelnemen aan nazorg activiteiten op drinkgedrag, is dit veel minder het geval wanneer gekeken wordt naar gecontroleerde studies. McKay vergelijkt twaalf gecontroleerde studies van *continuing care* volgend op zowel een residentiële klinische (negen) als ook een ambulante (drie) behandeling van alcohol verslaving. Aangezien het merendeel van de patiënten in de verschillende studies een klinische residentiële behandeling had ondergaan worden de conclusies van McKay kort weergegeven. De twaalf studies beschrijven verschillende vormen van nazorg, zoals *cognitive-behavioral relapse prevention, coping skills, en counselling*. Slechts vier van de twaalf studies hadden een positief effect op drinkgedrag. Ook wanneer een actieve *continuing care* interventie werd vergeleken met een controle groep met een minimale of geen nazorg, vond minder dan 50% van de studies een positief effect op drinkgedrag (McKay, 2001).

De overzichtsstudie van Floyd et al. (2001) had tot doel om in een steekproef van effectstudies van alcohol behandeling te bepalen in hoeverre er aandacht werd geschonken aan nazorg en zelf-help. In

een selectie van 40 studies, ontbrak in 18 informatie over gebruik van, verwijzing naar of aanbeveling van zelf-help groepen en in 20 ontbrak dit voor nazorg. Hoewel hier geen sprake is van het meten van de effectiviteit van nazorg, is het interessant om aan te geven dat er vaak nog weinig aandacht is voor nazorg in evaluatiestudies van alcohol-behandeling.

De overzichtsstudies van Miller (1996), Fiorentine (1999), Higgins et al. (1997), Spear et al. (1999) en McAuliffe et al. (1990) zijn allen van een meer algemeen beschrijvend karakter en zijn verder niet systematisch van aard. Ze worden derhalve niet verder besproken, maar uitsluitend hier genoemd omdat er zowel in de inleiding als de conclusie naar ze verwezen wordt.

SAMENVATTING

Deze overzichtsstudies geven een beeld dat nazorg en terugval preventie in het algemeen een positief effect heeft op het continueren van abstinentie en op verminderd middelengebruik, het verminderen van de ernst van terugval wanneer die zich voordoet, en op het handhaven van de winst die is opgedaan tijdens de primaire klinische behandeling. Wanneer gecontroleerde studies worden vergeleken is er sprake is van een minder positief effect. Het bestaande onderzoek is echter moeilijk vergelijkbaar vanwege de heterogene en meestal zwakke studie designs en vanwege de verscheidenheid aan uitkomstvariabelen.

INDIVIDUEEL ONDERZOEK

Tabel 2 geeft een overzicht van alle gecontroleerde studies die deels (n=16) een random allocatie van twee (of meer) situaties toepasten en deels (n=9) niet. Zeventien van de 25 studies richtten zich op nazorg van alcoholverslaafden, waarvan tien een random allocation toepasten en zeven niet. Eén onderzoek richtte zich op cocaïne (RCT), twee (beide RCT's) op opiaten en vijf op verslaving in het algemeen.

Tabel 2: Experimentele studies (25)

Study	Random	Not random
MATCH (1997)	alcohol	
Scott Tonigan et al. (2000)	alcohol	
Carroll et al. (1998)	alcohol	
Carbonari et al. (2000)	alcohol	
Taub et al. (1994)	alcohol	
McAuliffe et al. (1986)	opiates	
Gruber et al. (2000)	opiates	
Ossip-Klein et al. (1984)	alcohol	
Ahles et al.(1983)	blind / alcohol	
Gilbert (1988)	per group / alcohol	
Schmitz et al. (1997)	cocaine / RP	
O'Farrell et al. (1993)	alcohol / BMT-RP	
Graham (1996)	all	
Sannibale et al. (2002)	alcohol + heroin	
Chutuape et al. (2001)	all	
Brown et al. (2002)	all	
Quimette et al. (1998)		All
McLatchie en Lomp (1988)		Alcohol
Vanicelli (1978)		Alcohol
Costello (1980)		Alcohol
Singh (1987)		Alcohol
Patterson et al. (1997)		blind / alcohol
Ito et al. (1988)		Alcohol
Ito et al. (2000)		Alcohol
DiNitto et al. (2001)		all + mental illness

GECONTROLEERDE GERANDOMISEERDE STUDIES (16)

Tabel 3 geeft een overzicht van de in totaal 16 RCTs die zijn gevonden met betrekking op de effectiviteit van nazorg, waarvan de eerste vier

Tabel 3:
Individuele studies: RCT's (16)

studies project MATCH beschrijven (Project MATCH 1997, Scott Tonigan et al., 2000, Carrol et al., 1998, Carboni et al., 2000) en de overige twaalf verschillende vormen van nazorg (Taub et al., 1994, McAuliffe et al., 1986, Gruber et al., 2000, Ossip-Klein, 1984, Ahles

Study	Design	Substance	Population	Country	Aftercare	Results	Comment
MATCH, 1997	RCT	Alcohol	Outpatient + aftercare arm, N=1726	USA	CogBeh, Motivation Enhance, 12-step	No clinical difference	Matching T to clients heterogeneity
Scott Tonigan, 2000	RCT	Alcohol	Idem, Match studie, N=1036	USA	AA	Self-perceived effect of AA and level of spirituality	
Carroll et al., 1998	RCT	Alcohol	Idem, Match studie, N= 1726	USA	CBT, MET, TSF	Internal validity of treatments	excluded
Carbonari&Clemente, 2000	RCT	Alcohol	Idem, Match studie, N=1183	USA		Trans-theoretical model variables	excluded
Chutuape et al, 2001	RCT	all	N=166	USA	Randomisation to 3 different interv.s: standard referral, standard referral + incentive, staff escort+incentive	Methods of enhancing transition process from inpatient to outpatient care. Not aftercare itself	excluded type of referral and not effectiveness of aftercare
Taub et al., 1994	RCT	Alcohol	N=250	USA	RP Trans- meditati+ EMG Bio feed-back+Electr. NeuroT	TM and EMG positive compared to AA alone	Cost effective
McAuliffe at al.,1986	RCT	Opiates		USA & Hong-Kong	RP-recovery training en self help	Effective in RP	NR
Gruber et al., 2000	RCT	Opiates	N=52 random	USA	Reinforcement based T + normal T	Abstinence +other subst use+ housing	OK
Ossip-Klein, 1984	RCT	Alcohol	N=50	USA	Contract-standard	Attendance only	excluded
Ahles, 1983	RCT	Alcohol	N=50 random, blind	USA	Contract	Attendance + abstinence	OK
Gilbert, 1988	RCT	Alcohol	N=96	USA	Case manager or home visit	Attendance + consumption	
O'Farrell et al., 1993	RCT	Alcohol	N= 59 couples	USA	RP + Behav.Marital T	Drinking en marital outcomes	
Schmitz, 1997	RCT	Cocaine	N=32	USA	Individual-group	Abstinence, consumption	
Graham, 1996	RCT	All	N=192	Canada	Individual-group	consumption	
Sannibale et al, 2002	RCT	Alcohol +heroin	N=77 randomised with control group follow-up and collaterals	Australia	Structured vs unstructured aftercare of crisis counselling	Attendance, relapse	SA stronger effects, but any aftercare associated with increased interval to relapse
Brown et al, 2002	RCT	all	N=131	Canada	Randomisation into RP or TS Refusers formed controls of usual care UC	Process to outcome relationship in RP and TS aftercare for substance abuse	stronger positive effects for RP than for TS.Number of RP sessions positively related to drug use outcome

et al., 1983, Gilbert, 1988, Schmitz et al., 1997, O'Farrell et al., 1993 en Graham et al., 1996, Sanibale et al., 2002, Brown et al., 2002, Chutuape et al., 2001).

Hoewel de studies die onderdeel vormen van het grootschalige Amerikaanse MATCH project de sterkste studies zijn wat betreft methode, grootte van de studiepopulatie en power, zijn twee van de vier van nadere analyse in dit literatuuroverzicht uitgesloten (Carroll et al., 1998 en Carboni et al., 2000). De belangrijkste reden voor uitsluiting is dat het onderzoek betreft naar het matchen van patiënten naar type behandeling dat het meest voor hen geschikt is. Een algemeen nadeel van de MATCH studies in het kader van deze literatuurstudie is het feit dat matching onderzoek niet naar de effecten van behandeling per se kijkt, maar slechts de interactie effecten poogt te identificeren tussen patiënten en soorten behandeling (Carboni et al., 2000, Carroll et al., 1998).

De publicatie van 1997 (Project MATCH, 1997) betreft echter een trial die specifiek naar het effect van drie soorten nazorg kijkt. De MATCH studie heeft een trial design met een ambulante arm (n=952) en een nazorg arm volgend op een klinische behandeling (n=774). Cliënten werden random verdeeld over drie soorten nazorg, allen van een periode van 12 weken met een individuele benadering aan de hand van een handboek: *cognitive behavioural coping skills, motivational enhance therapie en de 12 step facilitation*. Uitkomstvariabele was het percentage alcoholvrije dagen. Aangezien er geen significante verschillen waren voor de drie behandelingen bij beide armen van de trial is de conclusie dat er geen onderscheid gemaakt hoeft te worden bij het doorverwijzen van cliënten naar een van de soorten nazorg ondanks het verschil in onderlinge filosofie van de verschillende nazorgbehandelingen. Probleem bij de interpretatie van deze studie is het feit dat de cliënten die een primaire klinische behandeling hadden gevolgd voordat de nazorg begon niet kunnen worden onderscheiden van degene die uit de ambulante zorg kwamen en dat er geen controle conditie was waarbij een groep geen enkele vorm van nazorg kreeg.

Een vervolg hierop is het onderzoek van Scott Tonigan et al. (2000) dat kijkt naar de *'self perceived impressions'* met betrekking tot AA bij

een groep alcoholisten in nazorg (n=621) en een groep in ambulante zorg (n=415). De beide groepen werden wederom random verdeeld over de drie genoemde soorten nazorg, *cognitive behavioural coping skills, motivational enhance therapie en de 12 step facilitation*. Betrokkenheid in AA en geloof hechten aan het belang van AA stond in verband met een significant hogere mate van abstinentie en minder consumptie in geval er werd gedronken, dan mensen die minder geloof hechten aan AA.

De andere gecontroleerde studies beschrijven verschillende interventies. De studie van Chutuape et al. (2001) werd uitgesloten van analyse, omdat niet de effectiviteit van verschillende types nazorg werden gemeten, maar slechts de manier van verwijzing (standaard, standaard + *incentive* en begeleiding door een staflid) zoals in het geval van de bovengenoemde studies van Carroll et al. (1998) en Carboni et al. (2000) van het project MATCH.

De RCT van Taub et al. (1994) meet het effect van relapse prevention bij alcoholverslaafden na hun detoxificatie. Drie verschillende methoden van RP in combinatie met AA en counseling werden met elkaar vergeleken: transcendent meditatie (TM), *electromyographick biofeedback* (EMG biofeedback) of *electronic neurotherapy* (NT) of alleen AA en counseling als controle groep (RT-routine therapy). De studiepopulatie (n=250) werd random verdeeld over de vier verschillende groepen en met elkaar vergeleken wat betreft abstinentie na 6, 12 en 18 maanden na detoxificatie. De methodologische kwaliteit van deze studie is echter uiterst zwak wat betreft randomisatie, statistische analyse en verschil in de uitvoering van de verschillende onderzochte interventies. De resultaten dienen daarom niet te zwaar gewogen te worden in dit overzicht.

McAuliffe en James Ch'ien (1986) beschrijven een model voor Recovery Training en Self Help (RTSH) als nazorg voor opiaatverslaafden, nadat de effectiviteit van dit model zes jaar lang getest werd in een RCT in New England en Hong Kong. Hoewel de publicatie van deze trial zelf niet werd gevonden wordt ze wel kort samengevat. Uit deze samenvatting blijkt dat de studiepopulatie niet uitsluitend gerekruteerd werd bij klinische detoxificatie centra maar ook bij ambulante programma's. RTSH was effectief in het voorkomen van terugval

van opiaatgebruik in beide landen, ondanks de onderlinge verschillen in cultuur.

Een recente experimentele studie van Gruber et al. (2000) onder opiatenverslaafden (n=52) in de VS verdeelde de studie populatie random over *reinforcement based treatment* (RBT, n=24) en een controlegroep van de gewone *community treatment resources* (n=24). De RBT bestond voornamelijk uit het geven van praktische financiële steun, met name gericht op het vinden van een huis (uitgebreid beschreven in manuals, etc). De nazorg onder de experimentele groep bestond uit 1 maand intensieve RBT plus 2 maanden counseling. De experimentele groep scoorde significant beter dan de controlegroep bij de eerste follow-up na een maand: minder gebruik van opiaten, alcohol en cocaïne, lagere scores op de Beck Depressieschaal en hoger wat betreft werkgelegenheid. Echter, bij de tweede follow-up na drie maanden zijn deze positieve effecten weer grotendeels verdwenen. De kleine aantallen bemoeilijken verder het trekken van conclusies.

De gecontroleerde evaluatie van Ossip-Klein et al. (1984) heeft tot doel het effect van twee verschillende interventies te meten op *after-care attendance* en dus niet op het effect op nazorg zelf en is daarom uitgesloten.

Ahles et al.(1983) volgt bovenvermelde studiepopulatie van Ossip-Klein verder op - ook al doet het jaar van publicatie anders vermoeden - en legt wel een verband tussen toename van deelname en abstinentie. De oorspronkelijke studiepopulatie (n=50 man) was blind en random verdeeld over een experimentele groep (n=25) die *calander prompts en home-based attendance contract intervention* kreeg en een controlegroep (n=25), die de standaard nazorg kreeg bestaande uit algemene *problem solving and supportive counseling*. De contractgroep scoorde beter op de abstinentieschaal dan de controlegroep na drie, zes en twaalf maanden. Ook wanneer gekeken werd naar het aantal abstinente maanden had de contractgroep een significant beter resultaat dan de controlegroep. Het feit dat de contractgroep beter scoorde in de eerste zes maanden wanneer het contract van kracht was dan in de tweede zes maanden, suggereert dat aftercare langer dan 6 maanden zou moeten zijn teneinde het resultaat te behouden.

Ook Gilbert (1988) onderzocht het effect van nazorg met een actieve follow-up van de therapeut teneinde de alcoholverslaafde zolang mogelijk aan de nazorgactiviteiten te laten deelnemen. Gilbert vergeleek verschillende soorten follow-up: op standaard aangeboden nazorg, op hun effect op *compliance* en uiteindelijk op *treatment outcome*. De standaard nazorg bestond uit een aanbod van 30 nazorgafspraken: één per week gedurende de eerste drie maanden en eens per twee weken in de daaropvolgende negen maanden. De studiepopulatie (n=96) werd na een klinische behandeling van 4 weken groepsgewijs, maar random verdeeld over drie follow-up methoden: standaard, aangevuld met een case-manager of met een huis-visitatie. Hoewel de groep die huis-visitatie kreeg beter scoorde qua *appointment keeping*, was er geen verband tussen verbeterde *attendance* en verbeterde uitkomsten. De eindconclusie van Gilbert is dan ook dat deze methode erg duur is en het geld beter op een andere manier kan worden besteed.

O'Farrell et al. (1993) evalueerde of alcoholisten die samen met hun echtgenote terugval preventie ontvingen nadat ze een korte *Behavioural Marital Therapy* gedurende vijf maanden hadden doorlopen beter scoorden dan alcoholisten die niet die extra RP kregen. Negenvijftig stellen, waarvan de man alcoholist was, werden random verdeeld over een experimentele groep (n=30) met 15 additionele sessies over 12 maanden en een controlegroep die alleen de BMT had ontvangen (n=29). Beide groepen deden het beter qua drinkgedrag en huwelijksscore in de follow-up dan voordat ze de initiële BMT kregen, waarbij de experimentele groep het beter deed dan de controle groep. De kleine aantallen en het feit dat de resultaten worden beschreven over de periode van het eerste jaar waarin de RP nog wordt gegeven, vormen beperkingen van deze studie.

Schmitz et al. (1997) vergelijken het effect van groeps- versus individuele terugvalpreventie (RP) in een groep cocaïneverslaafden nadat ze ontslagen waren uit een klinisch programma. De studiepopulatie (n=32) werd random verdeeld over beide soorten nazorg, die verder een identiek karakter hadden (12 sessies over 2 maanden). Direct na de behandeling deed de experimentele groep het beter qua abstinentie en cocaïnegerelateerde problemen, maar deze verschillen verdwenen bij de 12 en 24 weken follow-up. Daarentegen hadden beide

vormen van RP een positieve uitkomst op de verbetering van andere delen van psychosociaal functioneren, zoals *addiction severity*, *coping and craving for cocaine*. Deze resultaten suggereren een algemeen succes van RP ongeacht het formaat, maar wijzen in de richting van het belang van een langere periode van de interventie.

Ook Graham et al. (1996) onderzoeken het verschil tussen individuele en groeps terugval preventie bij verslaafden in Canada. Hoewel een arm van de trial RP aanbood na een ambulante primaire behandeling (avondgroep counselling, n=101), was de andere arm, volgend op een residentiële behandeling van 26 dagen, gebaseerd op AA en NA (n=91). Beide groepen werden random verdeeld per cohort over individuele- of groeps counsellings-sessies volgend op hun primaire behandeling: 101 verdeeld over groep (n=50) en individueel (n=51) en 91 verdeeld over groep (n=46) en individueel (n=42). De terugval preventie in beide groepen bestond uit het geven van cognitieve gedragstraining gedurende 12 weken. Zowel de individuele- als de groepstraining waren succesvol in het verminderen van terugval naar drug- en alcoholconsumptie tot 12 maanden na de interventie, zonder significante verschillen tussen de twee vormen. Wel bleek de terugval preventie beter te werken bij de mensen die uit de residentiële arm kwamen dan bij diegene die uit de ambulante arm kwamen.

Sanibale et al. (2003) deden een vergelijkende studie naar de respectievelijke effecten van gestructureerde en ongestructureerde nazorg of crisis counselling. Hoewel de gestructureerde vorm een groter effect op *attendance* en op *relapse* had, waren beide vormen van nazorg geassocieerd met een langere interval tussen behandeling en terugval: 134 dagen later dan degenen die geen nazorg kregen.

Brown et al. (2002) keken naar het verband tussen proces en *outcome* bij twee vormen nazorg. De participanten werden gerecruteerd uit een groep druggebruikers die net een intensieve residentiële behandeling hadden voltooid. Zij werden gerandomiseerd naar terugval preventie (RP, n=126, 42%) of *twelve-step facilitation* (TS, n=140, 37%), en de weigeraars vormden de controlegroep die 'gewone' zorg ontving (UC, n=70, 21%). Hoewel beide nazorg groepen effect produceerden welke gerelateerd waren aan hun specifieke mediators, waren de sterkste resultaten te zien bij de groep RP. Het aantal RP

sessies was positief gerelateerd aan uitkomsten betreffende het druggebruik.

SAMENVATTING

Verschillende trials zijn hier besproken ook al waren ze niet expliciet uitgevoerd onder mensen die nazorg ontvingen uitsluitend volgend op een klinische primaire detoxificatie behandeling. Nazorg bleek effectiever bij de residentiële arm van de trial van Graham, in tegenstelling tot de conclusie van de meta-analyse van Scott Tonigan et al. (1995), maar bij Graham ging het om het verschil in effect van individuele- versus groepsbehandeling en bij Scott Tonigan om het effect van AA. Dezelfde Scott Tonigan (2000) vond in een latere studie dat geloof in effect van AA en geloof in spirituele zaken een positief effect had op het daadwerkelijke resultaat van AA.

Intensieve follow-up tijdens de nazorg heeft een effect op de uitkomsten van de terugval preventie en nazorg, zowel in het geval van een contract of in het geval van huisbezoeken (Ahles et al, 1983 en Gilbert, 1988). Ook *reinforcement based* nazorg heeft betere resultaten, maar uitsluitend gedurende de duur van de interventie (Gruber, 2000).

Verschillende soorten nazorg daarentegen blijken grotendeels identieke effecten te hebben, zonder dat het soort nazorg veel uit lijkt te maken (Match, 1997, Sanibale et al. 2003, Brown et al., 2002).

Ook blijkt er geen groot verschil in effectiviteit op de langere termijn tussen individuele en groepsvormen van terugvalpreventies (Graham et al., 1996 en Schmitz, 1997). Gezien de lagere kosten van de groepsvorm, lijkt er verder geen basis voor de algemene toepassing van de duurdere vorm van individuele terugvalpreventie.

De resultaten van verschillende studies suggereren een positief verband tussen de duur en frequentie van nazorginterventies en hun succes (Schmitz et al., 1997, Ahles et al., 1983, Brown et al., 2002).

GECONTROLEERDE NIET-GERANDOMISEERDE STUDIES (9)

In totaal zijn er negen niet-gerandomiseerde gecontroleerde studies gevonden, die onderling erg verschillen wat betreft onderzoeksvraag, uitkomstvariabelen en methode (tabel 4).

Tabel 4:
Gecontroleerde studies: niet random (9)

Study	Design	Substance	Population	Country	Aftercare	Results	Comment
McLatchie et al., 1988	Experimental between groups	Alcohol	N=155	Canada	3 types aftercare	Relapse no effect	
Vanicelli, 1978	Cross-lagged	Alcohol	N=100	USA		time since last drink + 8pnt scale	Causal relation
Costello, 1980	Cross-lagged panel path	Alcohol	N=37	USA			
Singh, 1987	Case-control	Alcohol	N=55	New Zealand	contract	Drinking + social stability	
Patterson, 1997	Case-control	Alcohol	N=127 5 jr follow-up	Northern Ireland, UK	CPNurse	Drink*social	
Ito et al., 1988	Experimental	Alcohol	N=39	USA	RP+Inter-personal Process	Attendance, drinking freq., pers	
Ito et al., 1990	Controlled evaluation	Alcohol	N=39	USA	RP + IP	Demogr.+alc probl+coping/Dycho+contin	
Ouimette et al., 1998	naturalistic	all	N=3018	USA	4 types	Dug use + psychosociaal	
Pokorney et al., 1973	Evaluation	Alcohol	N=122	USA	Group sessies + AA	Abstinentie. Social/familial/work adjustm.	60ds aftercare and 90ds same

McLatchie en Lomp (1988) beschrijven een Canadees experimenteel onderzoek onder alcoholverslaafden die uit een residentiële behandeling komen en aan wie drie verschillende typen nazorg wordt aangeboden. De patiënten (n=155) werden verdeeld (niet random) over een verplichte nazorg (bestaande uit casemanagement en counseling, n=50), een vrijwillige nazorg (n=53) of geen nazorg (n=52). Het effect van nazorg op *treatment outcome* werd gemeten aan het begin van de primaire residentiële behandeling, bij ontslag van deze behandeling en aan het eind van de nazorg periode van 12 weken. Er werd geen verschil gevonden tussen de drie groepen wat betreft *relapse rate*, tevredenheid met leefstijl en *trait anxiety*. Met andere woorden, er is geen voordeel gevonden voor nazorg bij alcoholverslaving. Beperkingen van dit onderzoek zijn: het feit dat het een oud onderzoek betreft, dat het maar naar één soort nazorg heeft gekeken, te weten individuele therapie met cognitieve gedragsbasis, en dat de duur van deze nazorg gering was, namelijk 12 weken. De resultaten zeggen derhalve uitsluitend wat over dit soort therapie die gedurende 3 maanden wordt gegeven in een Canadese context van 13 jaar geleden.

Twee studies die weliswaar ook oud zijn, zijn toch het vermelden waard omdat ze zich onderscheiden qua methode van onderzoek en vanwege de interessante conclusies. De eerste is van Vanicelli (1978), die een nazorg programma volgend op een 6 weken klinische behandeling van alcoholisten (n=100) evalueerde met een *cross-lagged panel analysis*. De nazorg frequentie (totaal aantal bezoeken) werd samengevoegd voor twee perioden, maand één tot drie en maand drie tot zes. Eenvoudige correlaties werden berekend voor alle zes mogelijke bivariate paren, en indien er duidelijk sprake was van een temporale asymmetrie, ziet ze dat als een causaal verband tussen nazorg en resultaat. De belangrijkste conclusie was dat nazorg in de eerste drie maanden een positief effect heeft op de uitkomsten na drie en zes maanden. Maar de nazorgdeelname nam af tussen drie en zes maanden wanneer de patiënten die het best scoren begonnen af te vallen. Deelname aan nazorgactiviteiten was een determinant voor self-reported abstinentie.

De tweede studie is van Costello (1980) die deze *cross-lagged panel* analyse van Vanicelli heeft herhaald en gecombineerd met een pad

analyse. Door middel van de pad analyse (*sequential regression technique*) wordt de geschiktheid van een hypothetisch causaal model getest. De simpele correlatie wordt opgesplitst in causale en niet-causale componenten en de causale component op zijn beurt in directe en indirecte proporties op basis van een hypothetisch causaal model. Doel hiervan was om uit te sluiten dat er een derde variabele in het spel is die de uitkomst beïnvloedt. Voorts heeft hij de follow-up periode uitgebreid om te zien of er een stabiel beeld ontstond. De periode van nazorg is uitgebreid naar 1-12 maanden en 12-24 maanden volgend op de primaire behandeling en de uitkomsten zijn gemeten na respectievelijk één en twee jaar. Patiënten (n=37) kregen nazorg die gedefinieerd werd als bezoek aan de alcohol unit voor antabuse, verbale therapie en sociale bijeenkomsten. Na deze uitgebreide analyse kon aangetoond worden dat er een hoge correlatie bestaat tussen het totaal aantal nazorgbezoeken en drinkgedrag. Uiteraard is het feit dat deze studie en de resultaten zijn gebaseerd op een groep van 37 alcoholisten een beperking van deze studie. Bovendien is ook deze studie inmiddels vierentwintig jaar oud.

Een experimenteel onderzoek van Singh (1987) uit Nieuw Zeeland teste of het gebruik van een nazorgcontract effectief is in het verbeteren van nazorg attendance bij alcoholisten. De studiepoulatie (n=55) bestond uit een non-random verkregen contractgroep (n=28) die werd vergeleken met een controle groep (n=27) na zes maanden follow-up wat betreft het drinkgedrag en de sociale stabiliteit. *Multiple regression analysis* laat zien dat het gebruik van een contract effectief was in het verhogen van de terugkomst rate van de patiënten. In tegenstelling tot de conclusies van Vanicelli (1987) en Costello (1980) was deze *attendance rate* echter niet significant als predictor voor drinkgedrag. Het hebben van werk kwam daarentegen kwam als significante voorspeller naar voren. Evenals de eerder genoemde auteurs heeft ook deze studie zich gebaseerd op kleine aantallen.

Patterson et al. (1997) vergelijken het effect van nazorg gegeven door een psychiatrische wijkverpleegkundige (*Community Psychiatric Nurse*, CPN) met standaard nazorg op uitkomsten vijf jaar na verlaten van de primaire klinische behandeling voor alcoholverslaafden in Noord Ierland. De studiepoulatie (n=127) werd niet-random maar op basis van beschikbaarheid van de CPN verdeeld: 73 kregen een jaar

lang de intensieve nazorg van een CPN en 54 de standaard nazorgafspraken in het ziekenhuis. Het positieve effect van de inzet van een CPN in vergelijking tot de standaard ambulante nazorg in het ziekenhuis is indrukwekkend: 36% van CPN groep was na 5 jaar follow-up geheel abstinert tegenover 6% van de controle groep ($p < 0.0001$). Vanwege de relatief goedkope methode van de inzet van CPN in Ierland is dit bovendien een kosteneffectieve manier om de primaire behandeling van alcoholisten te vergroten. Het feit dat de twee groepen naar beschikbaarheid van de soort nazorg werden verdeeld hetgeen een random verdeling benadert, versterkt de kracht van het onderzoek

Ito et al. (1988) evalueerde in een cohort studie van alcoholisten het effect van twee verschillende nazorg groepen, één bestaande uit cognitieve gedrags terugval preventie (RP) en de ander gebaseerd op een interpersoonlijk proces (IP) (beide groepen in acht wekelijkse sessies van elk 90 minuten). Beide methoden van nazorg hadden een vergelijkbaar effect op het drinkgedrag, abstinentie en *attendance*. Een secundaire analyse gaf aan dat de verschillende methoden een verschillend effect hadden op de cognitieve en interpersoonlijke variabelen.

Dezelfde Ito (1990) evalueerde in hetzelfde cohort het effect van vroege nazorg en komt tot de conclusie dat vroege nazorg *attendance* significant bijdroeg aan voorspelling van consumptie, het aantal dagen dat er gedronken werd en abstinentie. Helaas kan selectiebias als verklaring voor de waargenomen effecten niet worden uitgesloten. De kleine onderzoeksgroep ($n=39$) en korte follow-up periode (6 maanden) nopen tot voorzichtigheid bij de interpretatie van de gegevens van deze twee studies.

De studie van Ouimette et al. (1998) is het vermelden waard, al is het maar vanwege de omvang van de onderzoeksgroep. Drieduizend en achttien mannelijke drugsverslaafden werden naar eigen keuze verdeeld over vier soorten nazorg: *outpatient mental health*, 12-step, een combinatie van de twee, of geen enkele nazorg. De combinatie groep scoorde het best qua druggebruik en psychosociale variabelen. De groep die niets kreeg het slechts. De 12-step deed het beter dan de eerste groep. Bovendien bleek er een verband aantoonbaar tussen

de *attendance rate* (zowel de duur -gedurende 9 maanden of langer als de frequentie) en abstinentie.

Pokorney et al. (1973) vergelijkt de resultaten van 90 dagen klinische ziekenhuis behandeling voor alcoholverslaafden met één van 60 dagen die aangevuld is met ambulante wekelijkse groepsbijeenkomsten. Aangezien er geen verschil was in uitkomsten voor de twee groepen, is de conclusie dat de dure lange ziekenhuisopname kan worden teruggebracht tot 60 dagen mits aangevuld met deze vorm van nazorg. Belangrijker gegeven voor deze literatuurstudie echter is het feit dat 53% van de mensen die 8 of meer sessies bezochten abstinert waren gedurende het gehele jaar van follow-up tegenover 15% van hen die geen nazorgsessies bezochten.

SAMENVATTING

Twee verschillende conclusies worden getrokken naar aanleiding van een verband tussen *attendance* en drinkgedrag. Vanicelli (1978) en Costello (1980) en Ito (1990) geven aan dat er sprake is van een (causaal) verband tussen *attendance rate* en drinkgedrag. Singh (1987) daarentegen concludeert dat een hogere *attendance rate* NIET tot een verbeterd resultaat qua drinkgedrag leidt en McLatchie (1988) komt tot de schokkende conclusie dat nazorg of geen nazorg hetzelfde resultaat opleverde in zijn onderzoek onder alcoholisten.

Het inzetten van een psychiatrische wijkverpleegkundige gedurende een jaar blijkt een effectieve én kosteneffectieve manier om het effect van nazorg te versterken en terugval tegen te gaan (Patterson, 1997) en de combinatie van 12-step en ambulante nazorg scoort het hoogst qua effect (Ouimette, 1998).

ONGECONTROLEERDE STUDIES (4)

Tenslotte zijn er vier ongecontroleerde studies gevonden, waarvan twee werden uitgesloten van verder analyse (tabel 5). De pilot survey van Laudet et al. (2002) naar factoren die gerelateerd zijn aan langdurige abstinentie onder deelnemers aan 12-step zelfhulp werd uitgesloten, omdat nazorg niet specifiek volgde op een klinische behandeling. Greenberg et al. (2002) interviewden 1576 veteranen over continuity of care volgend op residentiele werk therapie. Hoewel deze studie een groot aantal deelnemers telde wordt ze toch uitgesloten van verdere analyse omdat de nazorg interventies niet nader werden omschreven.

Tabel 5:
ongecontroleerde studies (4)

Study	Design	Substance	Population	Country	Aftercare	Results	Comment
Chong et al, 2003	Feasibility study. Follow-up not controlled naturalistic	Alcohol + drugs	N=30 American indians	USA	Monthly telephone contacts	Changes in (NA)ASI composite scores	Decreased substance use, fewer criminal justice encounters improved familial + social cont
Laudet et al, 2002	Pilot survey, not controlled, self-admin.d questionnaire	all	N= 51	USA	12-step: AA + NA	Factors that influence recovery status	Excluded. Not following clinical treatment
DiNitto et al, 2001	Experimental	All+mentalillness	N=81	USA	Self help, AA	attendance + t outcome not related for this dually diagnosed group	No associ. between attendance and outcome for 5 ASI domains, except for a moderate associ. in legal comp. score
Greenberg et al, 2002	Naturalistic, pre-post	all	N=1576	USA	COC not specied, following residential work therapy	Post discharge COC not related to improved outcomes	Excluded, COC classified for 1. regularity, 2. continuity across boundaries 3.provider consistency

Chong et al. (2003) evalueerde een nazorgprogramma van maandelijks telefonische contacten bij een groep van dertig Amerikaanse Indianen volgend op een klinische residentiële verslavingsbehandeling. De Native American ASI (NA-ASI) werd gebruikt om informatie te verzamelen en resultaten van de zes maandelijks interviews werden vergeleken met de gegevens verzameld bij intake. De resultaten van deze studie suggereren positieve uitkomsten wat betreft een afname in drugconsumptie, verbeterde familie- en sociale contacten en minder juridische problemen.

DeNitto et al. (2001) keken naar het verband tussen de mate en frequentie van zelfhulp en treatment outcome voor 81 patiënten met een *dual diagnosis* (*mental illness* én verslaving) volgend op een residentiële klinische behandeling. Hoewel de patiënten die gevolgd zijn in een eerdere studie waren verdeeld over twee groepen (experiment en controle groep, die hier niet werd opgenomen omdat de nazorg gedeeltelijk plaatsvond tijdens de primaire behandeling), wordt hier uitsluitend gekeken naar *patient records* van de hele groep. De mate van attendance werd berekend en door middel van een simpele regression analysis werd gekeken naar eventuele verbanden tussen 13 onafhankelijke variabelen van de ASI en attendance. Met de uitzondering van een verband tussen *attendance* en verbeteringen in de legal domain, werden verder geen significante verbanden gevonden.

SAMENVATTING

Ook hier zien we tegengestelde conclusies van twee kleine studies. Terwijl de ene studie concludeerde dat attendance rate niet tot een verbeterd resultaat qua drinkgedrag leidt, maar dat het hebben van werk een groter effect had op terugval (DeNitto et al, 2001), hadden de telefonische contacten met native Americans wel positieve resultaten op druggebruik (Chong et al.,2003). Gezien de aard van de studies (niet gecontroleerd, kleine groepen, onvergelijkbare groepen) en de verschillende uitkomsten kunnen er hier verder geen conclusies worden verbonden aan deze ongecontroleerde studies.

DISCUSSIE

Hoewel verschillende studies een positief effect van nazorg beschrijven zijn er vele methodologische inconsistenties en problemen aan de orde gekomen:

In de eerste plaats de algemene methodische zwakte van het bestaande onderzoek. Er zijn weinig RCT's gevonden, en waar sprake is van vergelijkende studies, zijn de groepen vaak te klein om voor een groot gewicht te zorgen.

Veel van de gevonden studies geven niet altijd adequate beschrijvingen van de interventie (zoals de variabelen van de interventie en de kwalificaties van de therapeuten, enz). Er bestaat derhalve geen duidelijk, coherent beeld van de vele en verschillende activiteiten op het gebied van nazorg (*ideosyncrasy of results*).

Verschiedende relevante studies, zowel meta-analyses als trials zelf waren niet uitsluitend gericht op nazorg volgend op een klinische primaire behandeling, maar keken ook naar interventies die volgden op een ambulante behandeling.

De doelstelling van de interventies varieerden van volledige abstinentie tot het omgaan met perioden van terugval.

De methoden van onderzoek van de bestudeerde onderzoeken kunnen dusdanig verschillen dat het leggen van verbanden moeilijk, zo niet onmogelijk is.

Het ontbreken van eenduidigheid in uitkomstvariabelen, hetgeen vergelijking van de verschillende studies bemoeilijkt.

Het overgrote deel van de studies is uitgevoerd in de Verenigde Staten en het staat niet onomstotelijk vast dat men de resultaten kan generaliseren naar Europa, vooral op een terrein waar de sociale en culturele context van belang kan zijn.

Hoewel het moeilijk is om harde conclusies te trekken over de effectiviteit van nazorg volgend op een klinische primaire behandeling, is

het niet onmogelijk. Er is een aantal conclusies naar voren gekomen die met een redelijke mate van zekerheid iets zeggen over de effectiviteit van nazorg interventies en terugval preventie.

ALGEMENE EFFECTEN VAN NAZORG OF TERUGVAL PREVENTIE

Er is uiteindelijk slechts één gecontroleerde studie gevonden die geen effect meette bij deelname aan nazorg (MacLatchie, 1988). Twee ongecontroleerde studies concludeerden bovendien dat een hogere attendance rate NIET tot een verbeterd resultaat qua drinkgedrag leidt, maar dat het hebben van werk een groter effect had op terugval (Singh, 1987, DeNitto et al., 2001). Gezien de zwakte van de design van beide studies (niet gecontroleerd, kleine en onderling onvergelijkbare groepen) kan echter niet te veel gewicht aan deze conclusies worden gegeven. Ook de overzichtsstudie van McKay (2001) van gecontroleerde studies van verschillende vormen van *continuing care* komt met een zwak resultaat: bij slechts vier van de twaalf studies had de nazorg een positief effect op drinkgedrag.

Hoewel daar een groot aantal studies tegenover staat met een positief effect, kan echter een publicatiebias niet worden uitgesloten waarbij studies niet gepubliceerd worden omdat de resultaten negatief uitvallen.

Het onderzoek met het grootste gewicht is de meta-analyse van Irvin et al (1999) naar de effectiviteit van terugval preventie, die bovendien van redelijk recente datum is. Irvin en collegas komen tot de algemene conclusie dat terugval preventie in het algemeen effectief is en dat de resultaten niet lijken te verschillen naar modaliteit van behandeling of setting. Deze conclusie wordt onderschreven door verschillende andere studies, zoals door de enige andere meta-analyse van Scott Tonigan (1995). Na analyse van verschillende variabelen, blijkt RP vooral effectief bij de behandeling van alcohol en polidruggebruik in combinatie met additioneel gebruik van medicatie (Irvin et al., 1999).

Ook de verschillende systematische overzichtsstudies komen, zij het met zwakkere maar eveneens positieve conclusies (Carroll, 1996, Ito

et al., 1986). Wanneer wordt gekeken naar de invloed van RP in vergelijking tot geen RP - en de meerderheid van het besproken onderzoek bespreekt dit - is het sterkste effect gemeten bij legale drugs, in de eerste plaats bij tabak en op de tweede plaats bij alcohol (Carroll, 1996). Ook Irvin et al. (1999) komen tot een vergelijkbare conclusie.

Echter, wanneer RP wordt vergeleken met andere vormen van nazorg (twelve-step of counselling) is er nauwelijks verschil waarneembaar. Verschillende soorten nazorg blijken grotendeels identiek effecten te hebben, zonder dat het soort nazorg veel uit lijkt te maken (Match, 1997, Sanibale et al. 2003, Brown et al., 2002). Probleem bij de interpretatie van de studie van Carroll (1996) is dat ook zij geen onderscheid heeft gemaakt in nazorg volgend op een initiële klinische behandeling, hetgeen zeker bij verslaving aan tabak/nicotine over het algemeen uitgesloten lijkt te zijn.

Terwijl Scott Tonigan et al. (1995) met hun meta-analyse concluderen dat nazorg in de vorm van AA vooral effect heeft wanneer het volgt op een ambulante behandeling, concluderen zowel Carroll (1996) als Graham (1996) daarentegen dat het effect van nazorg in het algemeen vooral positief is wanneer het volgt op een eerste klinische residentiële behandeling. Dit zou eventueel te maken kunnen hebben met een verschil in type nazorg; wellicht werken AA en de twelve-step benadering beter bij mensen die uit een ambulante primaire behandeling komen terwijl andere vormen van nazorg eerder geschikt zouden zijn voor mensen die een intensievere vorm van primaire behandeling achter de rug hebben.

Er is geen aantoonbaar voordeel voor het geven van individuele nazorg over groepsinterventies, zowel wat betreft effectiviteit in uitkomsten als in de verhouding tussen kosten en baten (Schmitz et al., 1997, Graham et al., 1996).

Wanneer nazorg wordt gegeven in paren en wordt aangevuld met *marital therapy* neemt het positieve effect toe wat betreft drinkgedrag en de kwaliteit of duurzaamheid van het huwelijk (O'Farrell et al., 1993).

Intensieve follow-up tijdens de nazorg heeft ook een positief effect op

de resultaten en uitkomsten, zowel in het geval van een contract, van telefonische gesprekken, als in het geval van huisbezoeken (Ahles et al., 1983, Chong et al., 2003, Gilbert, 1988). Met name ook de inzet van psychiatrische wijkverpleegkundigen versterkt de positieve effecten van nazorg op abstinentie en terugval en is bovendien een kosten-effectieve interventie (Patterson et al., 1997). Ook *reinforcement based* nazorg heeft betere resultaten, maar uitsluitend gedurende de duur van de interventie (Gruber, 2000).

Verschillende studies komen tot de conclusie dat een langere duur en hogere frequentie van de deelname aan nazorg een positief effect heeft op abstinentie of drinkgedrag (Vanicelli, 1978, Costello, 1980, Ahles, 1983, Gilbert, 1988, Ouimette, 1998, Pokorney et al., 1973, Brown et al., 2002, Sanibale et al., 2002). Verschillende maten worden beschreven, variërend van een interventie van één maand (Gruber, 2000) tot een jaar of langer. In het algemeen lijken de resultaten er op te wijzen dat de periode van nazorg eerder langer dan korter dient te zijn. Men dient zich daarbij wel te realiseren dat niet kan worden uitgesloten dat het effect van duur van de nazorg voor een (belangrijk) deel zou kunnen berusten op selectiebias of confounding in de hier beschreven studies.

TWELVE-STEP PROGRAMMA'S

Gezien het feit dat AA wereldwijd grote populariteit geniet en enorme aantallen leden telt, is het een zwak punt dat het nooit mogelijk is geweest om met een goede effectstudie aan te tonen dat AA *attendance* een positief effect heeft. Ook het feit dat het nochtans niet mogelijk is geweest om de methoden en resultaten van de interventie empirisch te onderzoeken maakt het tot een interessant gegeven dat velen geloven in een positieve uitkomst van AA (Ellis et al., 1992, McLurie, 1992).

De meta-analyse van Scott Tonigan (et al., 1995) komt met het algemene commentaar dat de meerderheid van de studies een uiterst zwakke kwaliteit hebben. Ondanks deze beperkingen aan de studies is de conclusie dat het verband tussen AA en andere (uitkomst-) variabelen groter is in ambulante steekproeven dan in een klinische steek-

proeven. Verschillende redenen worden hiervoor gesuggereerd: Ten eerste wordt aangegeven dat inpatient samples vaak een ernstiger mate van probleem *severity* hebben met het gevolg dat dit effect kan hebben op het beeld van de co-varianten. Ook is het mogelijk dat het effect van AA minder groot kan zijn wanneer het aansluit op een intensieve primaire behandeling. De conclusie is dat er behoefte is aan effectstudies die een grote populatie hebben teneinde de verschillende predictors en effecten van AA te kunnen observeren en te begrijpen.

CONCLUSIE

Ondanks de verscheidenheid aan studies, die allen een verschillende methode, uitkomst-variabelen en doel van studie hebben, menen we toch te kunnen concluderen dat nazorg in het algemeen een positieve invloed heeft op het handhaven van de winst die is opgedaan tijdens de primaire klinische behandeling. Het merendeel van de studies beschrijft een positief effect, zij het met een variatie in de mate van de effectiviteit. Slechts één gecontroleerde en twee kleine ongecontroleerde onderzoeken meten geen enkel effect. Een positief effect lijkt met name groot bij verslavingsproblemen van alcohol en polydruggebruik, maar wordt ook beschreven bij verslaving aan tabak, cocaïne en opiaten.

Nazorg interventies en terugval preventie lijken vooral positief te werken bij het verminderen van de ernst van terugval wanneer die zich voordoet. Als er sprake is van middelengebruik, dan is het in mindere mate en minder frequent. Dit wordt door verschillende auteurs beschreven als belangrijke doelstelling van nazorg. Het zou niet zozeer moeten gaan om het verkrijgen van een absolute abstinentie, maar ook om het leren omgaan met perioden van gebruik en dat gebruik min of meer onder controle te krijgen (McLatchie et al., 1988, Ellis et al., 1992, Miller, 1996, McAuliffe et al., 1990, Chong et al., 2003, Laudet et al., 2002).

Verschillende vormen van nazorg zijn beschreven en geëvalueerd en de belangrijkste onderzoeken geven aan dat de vorm en setting niet veel uit lijken te maken. Interventies die eerder langer in tijd doorgaan

dan korter lijken effectiever en een verhoogde frequentie geeft ook beter resultaten. Interventies die verslaafden stimuleren de nazorgactiviteiten langer te volgen kunnen daarom belangrijk zijn.

Wat de belangrijkste componenten zijn van nazorg en terugvalpreventie die het meest effect scoren wordt echter in deze literatuurstudie niet duidelijk. Er moet daarom geconcludeerd worden dat er behoefte is aan onderzoek dat naar de effecten van de specifieke onderdelen en componenten van de verschillende nazorginterventies kijkt. Tot besluit worden daarom enkele aanbevelingen voor toekomstig onderzoek gegeven.

TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Aanbevelingen voor toekomstig nazorg onderzoek kunnen als volgt worden samengevat:

1 Noodzaak van eenduidige definitie van nazorg. Interventies kunnen variëren naar:

- modaliteit (individueel, familie/paren, groep, enz)
- organisatie (verwijzing, staf, continuïteit, enz)
- parameters voor tijd (tijdgebonden of open)
- therapeutische oriëntatie (gedrag, inzicht, proces, enz)
- doel (psychotherapie of sociale zorg, enz)
- *attendance expectations* (verplicht of vrij, outreach, enz)

2 Definitie van uitkomstvariabelen, bijvoorbeeld:

- abstinentie
- *severity index*
- percentage drug/drank vrije dagen

Gezien de tendens dat verslavingsbehandelingen in toenemende mate in ambulante vorm worden aangeboden, is meer onderzoek gewenst naar de effectiviteit van nazorg volgend op een ambulante behandeling.

Binnen de Cochrane Collaboration ressorteert een aparte review group die zich bezig houdt met methoden van onderzoek. Een van de aandachtsvelden betreft de vraag hoe andere studies dan RCTs en

CCTs in systematische reviews meegenomen kunnen worden. Vooral waar behandeling bestaat uit niet-klinische interventies is er sprake van een toenemend besef dat verschillende onderzoeksvragen verschillende bewijsvoering behoeven. Glasziou et al. (2004) vatten dit als volgt samen: *Evidence hierarchies with the randomised trial at the apex have been pivotal in the ascendancy of numerical reasoning in medicine over the past quarter century. Now that this principle is widely appreciated, however, we believe that it is time to broaden the scope by which evidence is assessed, so that the principles of other types of research, addressing questions on aetiology, diagnosis, prognosis, and unexpected effects of treatment, will become equally widely understood.*

LITERATUURLIJST

(1996) What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction*, 91, S15-S27.

(1997) Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes [see comments]. *J.Stud.Alcohol*, 58, 7-29.

Ahles, T.A., Schlundt, D.G., Prue, D.M., et al (1983). Impact of aftercare arrangements on the maintenance of treatment success in abusive drinkers. *Addict.Behav.*, 8, 53-58.

Allison, M. and Hubbard, R.L. (1985). Drug abuse treatment process: a review of the literature. *Int.J.Addict.*, 20, 1321-1345.

Anderson, P. (1993). Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption. *British Journal of General Practice*, 43, 386-389.

Booth B..et al. (1992). Utilisation of outpatient mental health services after inpatient alcohol treatment. *J Ment Health Adm*, 19(1):21-30.

Breslin, C., Sobell, L. C., Sobell, M.B., et al (1996). Aftercare telephone contacts with problem drinkers can serve a clinical and research function. *Addiction*, 91, 1359-1364.

Brown, B.S. & Thompson R.F. (1979) *Adicts and Aftercare: Community Integration of the Former Drug User*. Sage Annual Reviews of *Drug and Alcohol Abuse*, vol. 3. Beverly Hills, CA Sage.

Brown, T.G., Seraganian, P., Tremblay J., Annis, H. (2002). Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-step aftercare programs for substance abusers. *Addiction*, 97,677-689.

Brown, B.S. (1990). Relapse prevention in substance misuse: introduction. *Int.J.Addict.*, 25, 1081-1083.

Brown, E.R. (1992). Program and staff characteristics in successful treatment. *NIDA Res.Monogr*, 117, 305-313.

Campbell, J.A., Essex, E.L., and Held, G. (1994). Issues in chemical dependency treatment and aftercare for people with learning differences. *Health Soc.Work*, 19, 63-70.

- Carbonari, J.P. and DiClemente, C.C. (2000). Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, Vol. 68(5), 810-817.
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Carroll, K.M., Connors, G.J., Cooney, N.L., et al (1998). Internal validity of Project MATCH treatments: discriminability and integrity. *J.Consult Clin.Psychol.*, 66, 290-303.
- Chong, J. & Herman-Stahl, M. (2003). Substance abuse treatment outcomes among American Indians in the telephone aftercare project. *J. of Psychoactive Drugs*, 35 (1), 71-77.
- Chutuape, M.A., Katz, E.C., Stitzer, M.L. (2001). Methods for enhancing transition of substance dependent patients from inpatient to outpatient treatment. *Drug Alcohol Depend*, 61, 137-143.
- Clopton, J.R., Weddige, R.L., Contreras, S.A., et al (1993). Treatment outcome for substance misuse patients with personality disorder. *Int.J.Addict.*, 28, 1147-1153.
- Comerford, A.W. (1999). Work dysfunction and addiction. Common roots. *J.Subst.Abuse Treat.*, 16, 247-253.
- Connors, G.J., Tarbox, A.R., and Faillace, L.A. (1993). Changes in alcohol expectancies and drinking behavior among treated problem drinkers. *J.Stud.Alcohol*, 54, 676-683.
- Costello R.M. (1980). Alcohol Aftercare and outcome: cross-lagged panel and path analysis. *Brit. J of Addiction*, 75: 49-53
- Coughey, K., Feighan, K., Cheney, R., et al (1998). Retention in an aftercare program for recovering women. *Subst.Use.Misuse.*, 33 , 917-933.
- Coviello, D.M., Alterman, A.I., Rutherford, M.J., et al (2001). The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend.*, 61, 145-154.
- De Leon, G. (1990). Aftercare in therapeutic communities. *Int.J.Addict.*, 25, 1225-1237.
- van Dijk W.K.& van Dijk-Koffeman A. (1973). A follow-up study of 211 treated male alcoholics. *BJ of Adiction.*, 68: 3-24
- DiNitto, D.M., Webb, D.K. et al (2001). Self-help group meeting attendance among clients with dual diagnoses. *J.Psychoactive Drugs*, 33 (3), 263-272.
- Drake, R.E., Osher, F.C., and Wallach, M.A. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 177, 408-414
- Egan, D. (1966). Aftercare of drug addicts: the missing link in rehabilitation. *IMJ.III.Med.J.*, 130, 500-512.
- Ellis, D. and McClure, J. (1992). In-patient treatment of alcohol problems—predicting and preventing relapse. *Alcohol Alcohol*, 27, 449-456.
- Ephraim, A. (1985) [After-care centers]. *Rev.Infirm.*, 35, 33.
- Fiedler, D. (1994). Management of drug dependent patients in Offenbach/Main and experiences with after-care at the psychiatric department of urban clinics. *Psychiatr.Prax.*, 21,19-23.
- Fiorentine, R. (1999). After drug treatment: Are 12-step programs effective in maintaining abstinence? *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 25, 93-116.
- Floyd, A.S., Hoffman, N.G., Karno, M.P. (2001). Diagnosis, self-help, and maintenance care as key constructs in treatment research for "alcohol use disorders". *Subst Use Misuse*, 36 (4), 399-419.
- Fortney, J., Booth, B., Zhang, M., et al (1998). Controlling for selection bias in the evaluation of Alcoholics Anonymous as aftercare treatment. *J.Stud.Alcohol*, 59, 690-697.
- Fortney, J.C., Booth, B.M., Blow, F.C., et al (1995). The effects of travel barriers and age on the utilization of alcoholism treatment aftercare. *Am.J.Drug Alcohol Abuse*, 21, 391-406.
- Frawley, P.J. and Smith, J.W. (1992). One-year follow-up after multimodal inpatient treatment for cocaine and methamphetamine dependencies. *J.Subst.Abuse Treat.*, 9, 271-286.
- Galanter, M. (1993). Network therapy for addiction: A model for office practice. *American Journal of Psychiatry*, 150, 28-36.
- Getter, H., Litt, M.D., Kadden, R.M., et al. (1992). Measuring treatment process in coping skills and interactional group therapies for alcoholism. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 419-430.

- Gilbert, F.S. (1988). The effect of type of aftercare follow-up on treatment outcome among alcoholics. *J.Stud.Alcohol*, 49, 149-159.
- Glasziou, P., Vandenbroucke, J., Chalmers, I. (2004). Assessing the quality of research. *BMJ* 328:39-41.
- Graham, K., Annis, H.M., Brett, P.J., et al. (1996). A controlled field trial of group versus individual cognitive- behavioural training for relapse prevention. *Addiction*, 91, 1127-1139.
- Greenberg, G.A., Rosenheck, R.A., Seibyl, C.L. (2002). Continuity of care and clinical effectiveness: Outcomes following residential treatment for severe substance abuse. *Med Care*, 40 (3), 246-259.
- Gruber, K., Chutuape, M.A., and Stitzer, M.L. (2000). Reinforcement-based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: a short-term evaluation. *Drug Alcohol Depend.*, 57, 211-223.
- Hawkins, J.D. and Catalano, R.F., Jr. (1985). Aftercare in drug abuse treatment. *International Journal of the Addictions*, 20, 917-945. 100.
- Heller, M.C. and Krauss, H.H. (1991). Perceived self-efficacy as a predictor of aftercare treatment entry by the detoxification patient. *Psychol.Rep.*, 68, 1047-1052.
- Herman, S.E., Frank, K.A., Mowbray, C.T., et al. (2000). Longitudinal effects of integrated treatment on alcohol use for persons with serious mental illness and substance use disorders. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27, 286-302.
- Higgins, S.T. and Budney, A.J. (1997). From the initial clinic contact to aftercare: a brief review of effective strategies for retaining cocaine abusers in treatment. *NIDA Res.Monogr*, 165, 25-43.
- Hitchcock, H.C., Stainback, R.D., and Roque, G.M. (1995). Effects of halfway house placement on retention of patients in substance abuse aftercare. *Am.J Drug Alcohol Abuse*, 21, 379-390. 108.
- Hoffmann, N.G. and Miller, N.S. (1993). Perspectives of effective treatment for alcohol and drug disorders. *Psychiatr.Clin.North Am.*, 16, 127-140.
- Hser, Y.I., Grella, C.E., Hsieh, S.C., et al. (1999). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug Alcohol Depend.*, 57, 137-150. 110.
- Hsieh, S., Hoffmann, N.G., and Hollister, C. D. (1998). The relationship between pre-, during, post-treatment factors, and adolescent substance abuse behaviors. *Addict.Behav.*, 23, 477-488.
- Humphreys, K. and Noke, J.M. (1997). The influence of posttreatment mutual help group participation on the friendship networks of substance abuse patients. *Am.J.Community Psychol.*, 25, 1-16.
- Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E., et al. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Ito J. & Donovan D. (1986) *Altercare in Alcoholism Treatment: A Review*. In: Treating Addictive Behaviours:Processes of Change (W.Miller&N.Heather, eds). Plenum: New York.
- Ito, J.R., Donovan, D.M., and Hall, J.J. (1988). Relapse prevention in alcohol aftercare: effects on drinking outcome, change process, and aftercare attendance. *Br.J.Addict.*, 83, 171-181.
- Ito, J.R. and Donovan, D.M. (1990). Predicting drinking outcome: demography, chronicity, coping, and aftercare. *Addict.Behav.*, 15, 553-559.
- Lam, J.A., Jekel, J.F., Thompson, K.S., et al. (1995). Assessing the value of a short-term residential drug treatment program for homeless men. *Journal of Addictive Diseases*, 14, 21-39.
- Lash, S.J. (1998). Increasing participation in substance abuse aftercare treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 24, 31-36
- Lash, S.J. and Blosser, S.L. (1999). Increasing adherence to substance abuse aftercare group therapy. *J.Subst.Abuse Treat.*, 16, 55-60.
- Laudet, A.B., Savage, R., Mahmood, D. (2002). Pathways to long-term recovery: A preliminary investigation. *J Psychoactive Drugs*, 34 (3), 305-311.
- Lerner, A., Sigal, M., Bacalu, A., et al (1992). Short term versus long term psychotherapy in opioid dependence: A pilot study. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 29, 114-119
- Leukefeld C.G., Tims, F.M. (1989). Relapse and recovery in drug abuse: research and practice. *The int J of the Addictions*, 24 (3), 1989-201.

Lull D. (1988). *AA attendance, aftercare, and outcome: A secondary analysis of 2 yrs posthospitalisation data*. PhD dissertation, U of Minnesota.

Mackay, P.W. and Marlatt, G.A. (1990). Maintaining sobriety: stopping is starting. *Int.J.Addict.*, 25, 1257-1276.

Marlatt, G.A. (2001). Integrating contingency management with relapse prevention skills: comment on Silverman et al. (2001). *Exp. and Clin. Psychopharmacology*, 9 (1), 33-34.

McAuliffe, W. E. and Ch'ien, J.M. (1986). Recovery training and self help: a relapse-prevention program for treated opiate addicts. *J.Subst.Abuse Treat.*, 3, 9-20.

McAuliffe, W.E., Albert, J., Cordill-London, G., et al (1990) Contributions to a social conditioning model of cocaine recovery. *International Journal of the Addictions*, 25, 1141-1177.

McKay, J.R., Maisto, S.A., and O'Farrell, T.J. (1993). End-of-treatment self-efficacy, aftercare, and drinking outcomes of alcoholic men. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 17, 1078-1083.

McKay, J.R., McLellan, A.T., Alterman, A.I., et al. (1998). Predictors of participation in aftercare sessions and self-help groups following completion of intensive outpatient treatment for substance abuse. *J.Stud.Alcohol*, 59, 152-162.

McKay, J.R., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., et al. (1999). Continuing care for cocaine dependence: comprehensive 2-year outcomes. *J.Consult Clin.Psychol.*, 67, 420-427

McKay, J.R., Alterman, A. I., Rutherford, M.J., et al (1999). The relationship of alcohol use to cocaine relapse in cocaine dependent patients in an aftercare study. *J.Stud.Alcohol*, 60, 176-180.

McKay, J.R., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., et al (2000). Prognostic significance of antisocial personality disorder in cocaine-dependent patients entering continuing care. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 188, 287-296.

McKay, J.R. (2001). The role of continuing care in outpatient alcohol treatment programs. *Recent Dev Alcohol*, 15, 357-72.

McLatchie B.H. et al (1988). An Experimental investigation of the influence of Aftercare on Alcoholic relapse. *British J Addiction*, 83: 1045-1054

Miller, E.R. (1996). Section1. Theoretical perspectives on relapse : What is relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction 91 (supplement)*, S15-27.

Mumme, D. (1991). Aftercare: its role in primary and secondary recovery of women from alcohol and other drug dependence. *Int.J.Addict.*, 26, 549-564.

O'Farrell, T.J., Choquette, K.A., Cutter, H.S., et al. (1993). Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *J.Stud.Alcohol*, 54, 652-666.

Ossip-Klein, D.J., Vanlandingham, W., Prue, D.M., et al. (1984). Increasing attendance at alcohol aftercare using calendar prompts and home based contracting. *Addict.Behav.*, 9, 85-89.

Quimette, P.C., Moos, R.H., and Finney, J.W. (1998). Influence of outpatient treatment and 12-step group involvement on one- year substance abuse treatment outcomes. *J.Stud.Alcohol*, 59, 513-522.

Patterson, D.G., Macpherson, J., and Brady, N.M. (1997). Community psychiatric nurse aftercare for alcoholics: a five-year follow-up study. *Addiction*, 92, 459-468.

Pokorny, A.D., Miller, B.A., Kanas, T., et al (1973). Effectiveness of extended aftercare in the treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34, 435-443.

Prue, D.M., Keane, T.M., Cornell, J.E., et al (1979). An analysis of distance variables that affect aftercare attendance. *Community Ment.Health J.*, 15, 149-154.

Rawlins, M. and Randall, M. (1976). Aftercare on narcotic antagonists: prospects and problems. *Int.J.Addict.*, 11, 501-511.

Russo, A.M., Taber, J. I., McCormick, R.A., et al (1984). An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hosp.Community Psychiatry*, 35, 823-827.

Sanibale, C., Hurkett P., et al. (2003). Aftercare attendance and post-treatment functioning of severely substance dependent residential treatment clients. *Drug and Alcohol review*, 22, 181-190.

Schmitz, J.M., Oswald, L.M., Jacks, S.D., et al. (1997). Relapse prevention treatment for cocaine dependence: Group vs. Individual format. *Addictive Behaviors*, 22, 405-418.

Schwoon, D.R., Veltrup, C., and Gehlen, A. (1989). [A multi-stage treatment concept for alcoholics: utilization and results of treatment]. *Psychiatr.Prax.*, 16, 161-170.

Scott Tonigan J. et al. (1995). Meta-analysis of the literature on AA : sample and study characteristics moderate findings. *J Study Alcohol*, 57: 65-72.

Scott Tonigan, J., Miller, W.R., and Connors, G.J. (2000). Project MATCH client impressions about Alcoholics Anonymous: Measurement issues and relationship to treatment outcome. *Alcoholism Treatment Quarterly*, Vol 18(1), 25-41.

Siegle C.et al. (1984). Sever alcoholism in the mental health sector : II Effects of Service utilisation on readmission. *J Stud Alcohol*, 45: 510-516

Singh, J. and Howden-Chapman, P. (1987). Evaluation of effectiveness of aftercare in alcoholism treatment. *New Zealand Medical Journal*, 100, 596-598.

Smith, D.E. (1984). Diagnostic, treatment and aftercare approaches to cocaine abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1, 5-9.

Smith, J.W., Frawley, P.J., and Howard, M.O. (1991). Environmental risks to be considered in substance user treatment planning, implementation, and assessment. *Int.J.Addict.*, 26, 371-375.

Sobell, L.C. and Sobell, M.B. (1981). Frequent follow-up as data gathering and continued care with alcoholics. *Int.J.Addict.*, 16, 1077-1086.

Spear, S.F. and Skala, S.Y. (1995). Posttreatment services for chemically dependent adolescents. *NIDA Res.Monogr*, 156, 341-364.

Spear, S.F., Ciesla, J.R., and Skala, S.Y. (1999). Relapse patterns among adolescents treated for chemical dependency. *Subst.Use.Misuse.*, 34, 1795-1815.

St.Clair, C.H. (1975). Short-term follow-up after brief inpatient treatment. *Hosp.Community Psychiatry*, 26, 741-744.

Strack, S., Carver, C.S., and Blaney, P.H. (1987). Predicting successful completion of an aftercare program following treatment for alcoholism: the role of dispositional optimism. *J.Pers.Soc.Psychol.*, 53, 579-584.

Taub, E., Steiner, S.S., Weingarten, E., et al. (1994). Effectiveness of broad spectrum approaches to relapse prevention in severe alcoholism: A long-term, randomized, controlled trial of transcendental meditation, EMG biofeedback and electronic neurotherapy. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 11, 187-220.

Tomasson, K. and Vaglum, P. (1998). Psychiatric co-morbidity and aftercare among alcoholics: a prospective study of a nationwide representative sample. *Addiction*, 93, 423-431.

Vanicelli, M. (1978). Impact of Aftercare in the Treatment of Alcoholics. A cross-lagged panel analysis. *J.Stud.Alcohol*, 39:1875-1886.

Verinis, J.S. and Taylor, J. (1994). Increasing alcoholic patients' aftercare attendance. *Int.J.Addict.*, 29, 1487-1494.

Wallace, B.C. (1989). Relapse prevention in psychoeducational groups for compulsive crack cocaine smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 229-239.

Weddington, W.W. (1990). Towards a rehabilitation of methadone maintenance: integration of relapse prevention and aftercare. *Int.J.Addict.*, 25, 1201-1224.

Whorley, L.W. (1996). Cognitive therapy techniques in continuing care planning with substance- dependent patients. *Addict.Behav.*, 21, 223-231.

Wolpe, P.R., Gorton, G., Serota, R., et al. (1993). Predicting compliance of dual diagnosis inpatients with aftercare treatment. *Hosp.Community Psychiatry*, 44, 45-49.

Zywiak, W.H., Hoffmann, N.G., and Floyd, A.S. (1999). Enhancing alcohol treatment outcomes through aftercare and self-help groups. *Medicine & Health, Rhode Island*, 82, 87-90.

BIJLAGE

Nazorgovereenkomst

Naam cliënt:

.....

Naam behandelaar:

.....

Datum:

.....

Periode:

.....

