

# Hoofdstuk 7: Residentiële behandeling van verslaving en herstel<sup>1</sup>

*Wouter Vanderplasschen, Florian Meulewaeter & Stijn Vandevelde*

## **Samenvatting**

Hoewel ambulante behandelvormen, en substitutiebehandeling in het bijzonder, de afgelopen jaren sterk toegenomen zijn in beschikbaarheid en effectiviteit, zijn deze niet altijd de meest aangewezen optie. Zo hebben personen met een ernstig, chronisch verslavingsprobleem soms meer baat bij de veiligheid, intensiteit en structuur die een residentiële, herstelondersteunende behandeling hen kan bieden. Residentiële behandeling is meestal niet de eerste behandeloptie, maar eerder een episode binnen een langer hulpverleningstraject waarbij nazorg en continuïteit van zorg onontbeerlijk zijn. Tijdens een residentiële behandeling streeft men ernaar om de gezondheid en het welbevinden van cliënten te verbeteren via een verandering in levensstijl en aandacht voor familie en sociale relaties, vorming en opleiding, dagbesteding en tewerkstelling. Steeds meer groeit de overtuiging dat er hierbij ook oog moet zijn voor de subjectieve beleving van de betrokkenen (bv. kwaliteit van leven) en dat herstel geen binair gegeven is, maar een stapsgewijs proces waar herval en controle verwerven over het middelengebruik inherent deel van uitmaken. Dit hoofdstuk tracht een overzicht te geven van de historiek en verschillende vormen van residentiële hulpverlening en hoe deze (kunnen) bijdragen aan herstel. We doen dit vanuit een internationaal perspectief, met aandacht voor de Vlaamse situatie. Daarnaast beschrijven we een aantal kenmerken van cliënten in residentiële behandeling en een aantal uitdagingen waar dit type behandeling voor staat. We hebben ook aandacht voor de effectiviteit van residentiële behandelingen, want net als andere sectoren van de gezondheids- en welzijnszorg, staan ook voorzieningen voor verslavingszorg onder toenemende druk om hun rendabiliteit te bewijzen.

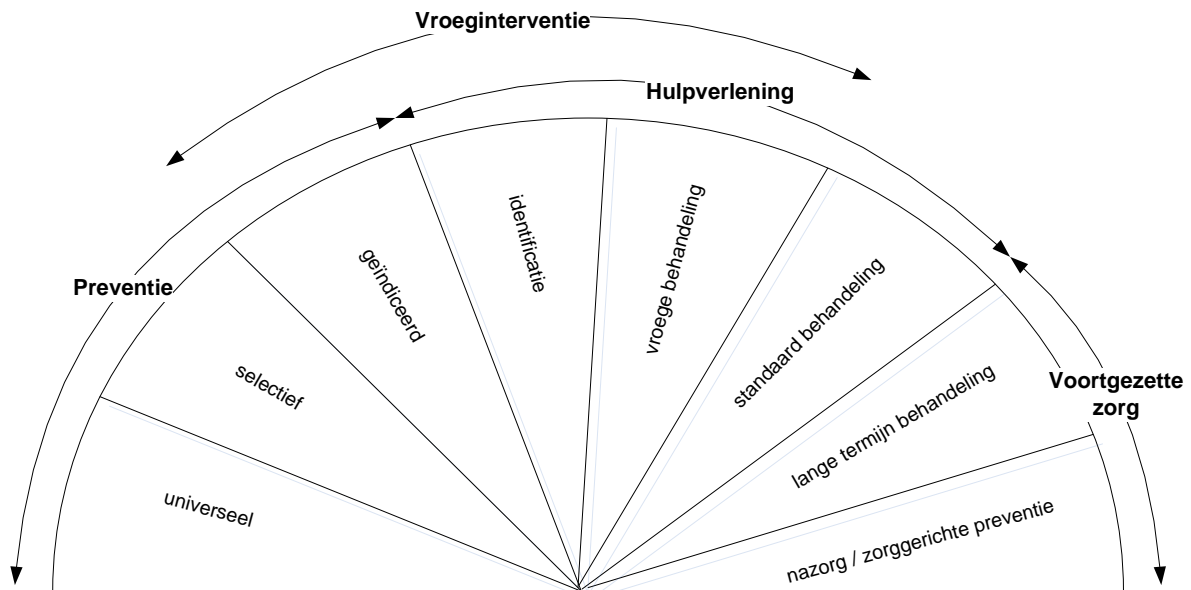
---

<sup>1</sup> Dit hoofdstuk is gebaseerd op een EMCDDA-paper (2014) waaraan de betrokken auteurs meewerkten en werd met toestemming van het EMCDDA vertaald en aangepast.

## 1. Inleiding

De meeste mensen die specialistische hulp krijgen voor alcohol- en drugproblemen, maken geen gebruik van residentiële behandeling. Er kan immers voldoende tegemoet gekomen worden aan hun noden en behoeften via ambulante of laagdrempelige hulpverlening in de gemeenschap. Nochtans vormde residentiële hulp lange tijd de enige en voornaamste vorm van hulpverlening voor personen met een verslavingsprobleem. Ambulante behandelvormen, maar ook case management, outreaching en mobiele equipes, zijn de afgelopen tien jaar sterk toegenomen in beschikbaarheid en effectiviteit. Een ambulante begeleiding of substitutietherapie is echter niet altijd de meest aangewezen optie, zeker niet voor personen met een ernstig verslavingsprobleem die meer baat hebben bij de veiligheid, intensiteit en structuur die residentiële behandeling hen kan bieden. Residentiële behandeling vormt bijgevolg een belangrijk en noodzakelijk element binnen het interventiespectrum van Mrazek & Haggerty (1994) (cf. Figuur 7.1). Dit zorgcontinuüm maakt duidelijk dat residentiële behandeling meestal niet de eerste behandeloptie is, maar eerder een episode binnen een langer hulpverleningstraject waarbij nazorg en continuïteit van zorg onontbeerlijk zijn. Hoewel residentiële behandeling een belangrijk keerpunt kan vormen in het herstelproces van personen met een verslavingsprobleem, hervallen velen na (residentiële) behandeling en blijkt één enkele behandelingsperiode meestal onvoldoende (Scott, Foss & Dennis, 2005).

Vanaf de jaren '90 namen met name ambulante substitutieprogramma's voor drugverslaafden een hoge vlucht, terwijl residentiële behandeling steeds vaker werd afgeschreven als te duur, niet effectief, niet meer van deze tijd, te veel drop-out en herval (Vanderplasschen, Vandeveldde & Broekaert, 2014). Nochtans is er veel minder onderzoek gebeurd naar residentiële dan naar ambulante programma's en is vergelijkend onderzoek tussen beide vormen van behandeling zeer beperkt (EMCDDA, 2014). (Potentiële) zorggebruikers en hun families kunnen zich op dergelijke informatie beroepen om zicht te krijgen op de verschillende soorten behandeling, voor wie ze meest geschikt zijn en welke mogelijke alternatieven zijn. Onrealistische verwachtingen omtrent een behandeling kunnen immers leiden tot hogere drop-out percentages, faalervaringen en inefficiënt gebruik van hulp. Hoewel dergelijke argumenten voor alle behandelvormen gelden, lijken ze nog meer van toepassing op residentiële behandelvormen, omwille van de hoge kosten van dit behandelingsaanbod.



Figuur 7.1. Interventiespectrum voor psychische stoornissen en verslavingsproblemen (Mrazek & Haggerty, 1994)

Residentiële behandelprogramma's lopen traditioneel over enkele weken tot maanden (soms zelfs tot meer dan een jaar), teneinde een succesvolle realisatie van de behandeldoelen te garanderen. Die zijn meestal hoog gegrepen en daarom niet altijd volledig te realiseren: volledige abstinente, (betaald) werk, geen criminele betrokkenheid en maatschappelijke reïntegratie. Meer en meer groeit de overtuiging dat er naast objectieve, maatschappelijk wenselijke indicatoren ook oog moet zijn voor de subjectieve beleving van de betrokkenen (bv. welbevinden, kwaliteit van leven) en dat herstel geen binair gegeven is, maar een stapsgewijs proces waar hervat en controle verwerven over het gebruik inherent deel van uitmaken.

Het doel van dit hoofdstuk is om een overzicht te geven van de historische en verschillende vormen van residentiële hulpverlening en hoe deze (kunnen) bijdragen aan herstel. We doen dit vanuit een internationaal perspectief, met aandacht voor de Vlaamse situatie. Daarnaast beschrijven we een aantal kenmerken van cliënten in residentiële behandeling en een aantal uitdagingen waar dit type behandeling voor staat. We hebben ook aandacht voor de effectiviteit van residentiële behandelingen, want net als andere sectoren van de gezondheids- en welzijnszorg, staan ook voorzieningen voor verslavingszorg onder toenemende druk om hun rendabiliteit te bewijzen.

## 2. Residentiële behandeling

Het begrip 'residentiële behandeling' kent verschillende invullingen. Zo kan het begrepen worden als één of meer therapeutische interventies, aangeboden in het kader van een residentiële verblijf. Het begrip kan ook doelen op een minimale behandelduur of verblijf in een gesloten omgeving. In navolging van een recente EMCDDA-publicatie worden residentiële behandelprogramma's gedefinieerd als therapeutische interventies gericht op positieve lange termijn-effecten op het vlak van middelengebruik, meestal naast andere herstelondersteunende activiteiten (bv. op vlak van werk, woonst, relaties), die plaatsvinden in een residentiële setting (EMCDDA, 2014). De behandeling kan in verscheidene settings plaatsvinden: in een ziekenhuis of gevangenis, dan wel in een residentiële voorziening in de gemeenschap. Ondersteunende residentiële programma's die zich uitsluitend richten op sociale ondersteuning (bv. opvangcentra, diensten begeleid of beschut wonen) rekenen we hier niet toe, hoewel deze een belangrijke rol kunnen spelen in het herstelproces van personen met een verslavingsprobleem. In sommige gevallen zal de grens vaag zijn tussen bepaalde (gespecialiseerde) ondersteunende woonvormen enerzijds, en residentiële behandeling anderzijds. Ondersteunende woonvormen kunnen immers gelijkaardige behandeldoelen hebben en vertrekken eveneens vanuit een gestructureerd dagelijks activiteitenprogramma voor bewoners.

Residentiële behandelprogramma's beogen het voorkomen van een terugkeer naar actief druggebruik. Daarnaast tracht men deelnemers gezonde alternatieven aan te reiken voor middelengebruik, inzicht te geven in en te wijzen op de onderliggende factoren die het middelengebruik uitlokken en in stand houden en hen te helpen bij het maken van herstelondersteunende keuzes (NTA, 2006). Voor personen met ernstige en/of langdurige verslavingsproblemen bieden residentiële programma's mogelijk een aantal voordelen in een specifiek, samenhangend kader dat mensen helpt om zich te distantiëren van hun gebruikende omgeving en voorziet in een veilig en ondersteunend milieu om prosociale vaardigheden aan te leren met de bedoeling hun middelengebruik te stoppen/matigen en een meer kwaliteitsvol leven op te bouwen. Tegelijk zijn we er ons van bewust dat veranderende inzichten rond verslaving als chronische aandoening en theoretische inzichten die behandelperioden in een gesloten context in vraag stellen, de legitimiteit van (langdurige) residentiële behandelingen in vraag stellen en een impact hebben op de behandeldoelen, -duur en -methoden van residentiële programma's (McLellan et al., 2000).

We willen ook (klinische) detoxificatie of ontwenning onderscheiden van residentiële behandeling. Klinische detoxificatie zorgt voor een veilige ontwenning van middelenafhankelijkheid (meestal met ondersteunende medicatie), in een residentiële setting. Dit is niet zozeer een vorm van behandeling, maar vormt eerder een opstap naar verdere behandeling die gericht is op lange termijn-effecten en

herstel. Bij een pure ontwenning ontbreekt dit perspectief meestal en richt men zich op stabilisatie, crisisopvang en lichamelijk afkicken, al is dit vaak een noodzakelijke eerste stap in de richting van herstel. Tijdens een residentiële behandeling worden druggebruikers ondersteund om opnieuw controle te verwerven over hun middelengebruik en hieraan gerelateerde leefgebieden, als opstap tot herstel. Uiteindelijk streeft men ernaar om de gezondheid en het welbevinden van cliënten te verbeteren via een verandering in levensstijl en aandacht voor familie en sociale relaties, vorming en opleiding, dagbesteding en tewerkstelling. Essentiële kenmerken van residentiële programma's zijn het aanbod van individuele, psychosociale ondersteuning op maat binnen een gestructureerd programma met dagelijkse activiteiten dat bewoners verwacht worden te volgen gedurende een vooraf geplande tijdsperiode. Veel van deze behandelingsprogramma's (bv. in psychiatrische ziekenhuizen) omvatten niet zelden een initiële detoxificatiefase.

### **3. Historiek**

De organisatie van de residentiële verslavingszorg is de afgelopen vijftig jaar sterk geëvolueerd. De bestaande praktijk dient dan ook beschouwd te worden tegen deze veranderende achtergrond, ook internationaal.

#### **3.1 Ontstaan van de residentiële verslavingszorg op het eind van de jaren '60**

Tot in de late jaren '60 bestond er geen specifiek behandel- of zorgsysteem voor personen met een verslavingsprobleem. 'Verslaving' werd opgenomen als onderdeel van de algemene gezondheidszorg en betrof in de meeste landen enkel medisch-psychiatrische zorg. Deze zorg werd aangeboden binnen intramurale afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, waarbij alcoholverslaafden de voornaamste cliëntengroep vormden. De eerste initiatieven op dit vlak in Europa gaan terug tot het begin van de 20<sup>ste</sup> eeuw, waarbij vanaf 1910 in Nederland ambulante behandeling georganiseerd werd voor personen met een alcoholprobleem. In het Verenigd Koninkrijk konden artsen vanaf de jaren '20 op ambulante basis een onderhoudsbehandeling met opiaten konden voorschrijven aan verslaafde patiënten. Gespecialiseerde verslavingsinrichtingen, zoals een 'therapeutische boerderij' die in 1932 in de Franse Elzas opgericht werd als eerste residentiële instelling voor de behandeling van alcoholverslaving, waren veeleer een uitzondering. De residentiële verslavingsinstelling Hoog Hullen in Eelde (Nederland) werd reeds in 1891 opgericht.

Het concept 'therapeutische gemeenschappen' (TG), een alternatieve, democratische en cliëntgestuurde vorm van therapeutisch milieu, werd na de Tweede Wereldoorlog geïntroduceerd in psychiatrische ziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk (Jones, 1953). Deze TG's vertegenwoordigden een verschuiving van het individueel georiënteerde psychiatrisch behandelmodel naar een

groepstherapeutische benadering met de focus op sociale interacties en gelijkwaardigheid van cliënten en therapeuten. Deze ontwikkeling beïnvloedde de behandeling van verslaving in psychiatrische afdelingen in belangrijke mate, gezien deze democratische TG's het behandelmodel van de drugvrije therapeutische gemeenschappen in Europa zouden inspireren.

### **3.1 Oprichting van gespecialiseerde zorgeenheden voor drugverslaafden**

Op het einde van de jaren '60 en in de jaren '70 rapporteerden een aantal landen het toenemend gebruik van illegale drugs, waaronder België, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Italië, Nederland, Zweden, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk. In 1972 bereikte heroïnegebruik in Nederland, aangedreven door de economische crisis en werkloosheid, voor het eerst epidemische proporties. In datzelfde jaar werd in Den Haag de eerste drugvrije therapeutische gemeenschap 'Emiliehoeve' opgericht door de psychiater Martien Kooyman. In de jaren '80 zou het heroïne- en cocaïnegebruik nog verder toenemen in Europa, in navolging van gelijkaardige evoluties in de Verenigde Staten.

Adolescente druggebruikers vertegenwoordigden een nieuw soort cliënten en vormden een uitdaging voor de bestaande verslavingszorg, waar psychiatrische benaderingen en voorzieningen domineerden en die in de eerste plaats gericht was op de behandeling van alcoholverslaving. Als reactie op de groeiende prevalentie van druggebruik ontstonden nieuwe gespecialiseerde behandelcentra, zoals drugvrije therapeutische gemeenschappen. Daarnaast diende een drugbeleid ontwikkeld te worden en werden nieuwe wetten aangenomen, die de weg effenden voor de subsidiëring van gespecialiseerde centra voor drughulpverlening en terugbetaling van de behandelkosten. In België werd een (alternatief) terugbetalingssysteem opgezet voor de behandeling van personen met een drugverslaving, nog wel als 'revalidatiecentra voor de medisch-sociale reïntegratie van gehandicapten'. Tot op vandaag verloopt de financiering en aansturing van de gespecialiseerde centra voor drughulpverlening hierdoor apart van die van personen met een alcoholverslaving, wat een belangrijke verklaring is voor de opsplitsing van de alcohol- en drughulpverlening in ons land die in een aantal buurlanden veel meer geïntegreerd is.

Tijdens de jaren '70 en '80 namen zelfhulpgroepen en ex-verslaafden het initiatief voor de ontwikkeling van behandelprogramma's en -centra in verschillende landen. Daarnaast ontstonden behandelcentra die geleid werden door een religieuzen (bv. Proyecto Hombre in Spanje, Centro Italiano di Solidarietà (CEIS) in Italië), hoofdzakelijk in katholieke landen in het zuiden van Europa. Eén van de belangrijkste mijlpalen in deze ontwikkeling betrof de invoering van het model van de hiërarchisch gestructureerde, drugvrije gemeenschappen naar het voorbeeld van Synanon, een leefgemeenschap in Californië gebaseerd op de Anonieme Alcoholisten (AA)-filosofie, een hiërarchische structuur en therapeutische groepsconfrontaties ('the game'). Naar dit model werden de eerste Amerikaanse drugvrije TG's

opgericht (Daytop Village, Phoenix House). De eerste TG in Europa (Phoenix House) werd geopend in Londen in 1970.

Deze periode werd gekenmerkt door de oprichting van gespecialiseerde (residentiële) voorzieningen voor de behandeling van drugsverslaafden, die zich snel uitbreidden in landen die het meest getroffen werden door de heroïne-epidemie. De oprichting van drugvrije TGs, waarbij ex-gebruikers en familie een belangrijke rol speelden, ging meestal vooraf aan de oprichting van door de overheid georganiseerde publieke dienstverlening. Het gefaseerde behandelmodel van deze TGs (detoxificatie, behandeling, nazorg) vormde lange tijd het referentiepunt voor verschillende vormen van residentiële behandeling, tot de AIDS-epidemie in Europa dit op abstinente gebaseerde behandelparadigma meer en meer in vraag stelde.

### **3.2 Aanpassing van het zorglandschap als reactie op de HIV/aids-epidemie**

AIDS werd in 1981 voor het eerst vastgesteld in de Verenigde Staten, en kort daarna ook in Europa. Toen in 1985 de eerste HIV-tests beschikbaar werden, bleek een groot aantal injecterende heroïnegebruikers besmet. Aangezien de HIV-epidemie een groot deel van Europa bestreek, werd de nood onderstreept van een grotere behandelcapaciteit en andere aanpak waardoor meer heroïnegebruikers bereikt konden worden door de (drug)hulpverlening. Dit resulteerde in de meeste landen in een drastische hervorming en uitbreiding van het drughulpverleningsaanbod, voornamelijk bestaand uit laagdrempelige voorzieningen en substitutiebehandeling (met methadon) in ambulante, community-based settings.

De hedendaagse verslavingszorg bestaat uit een breed en gevarieerd aanbod aan hulp- en dienstverlening. Vooral het ambulante aanbod is sinds de jaren 2000 aanzienlijk toegenomen. In de meeste landen maken residentiële behandelcentra een klein, maar essentieel onderdeel uit van de totale behandelrespons. De beste indicatie die beschikbaar is over het aandeel van de residentiële behandeling binnen het geheel aan behandelaanvragen door druggebruikers, is terug te vinden in de Treatment Demand Indicator (TDI), verzameld op gezag van het EMCDDA. België kent nog steeds een ruim aanbod aan residentiële verslavingszorg, zowel in therapeutische gemeenschappen als behandelafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, waarbij evenwel een evolutie vast te stellen is naar meer ambulante en mobiele zorg (cf. artikel 107) en een inkorting van de behandelduur.

## **4. Aard en omvang van residentiële behandelingen**

Het EMCDDA (214) onderscheidt twee grote groepen van residentiële behandelsettings:

1. Community-based residentiële settings – (kleinschalige) residentiële voorzieningen in de samenleving gericht op de behandeling van cliënten met drugproblemen
2. Ziekenhuis-gebaseerde settings – voorzieningen met bedden voor de behandeling van cliënten met drugproblemen in een ziekenhuisomgeving of op een -campus. Dit zijn zowel op zichzelf staande afdelingen zijn die enkel en alleen gebruikt worden voor de behandeling van cliënten met een alcohol- of drugprobleem, als afdelingen binnen psychiatrische of algemeen ziekenhuizen die in theorie ter beschikking staan van personen met een verslavingsprobleem, maar in de praktijk bezet (kunnen) zijn door andere cliënten.

Community-based residentiële settings vormen de grootste groep van residentiële behandelingen voor druggebruikers in Europa. In België zijn er ongeveer evenveel behandelplaatsen voor druggebruikers in ziekenhuisomgevingen als in community-based residentiële centra.

Residentiële behandeling is gericht op herstel en gaat verder dan louter ontwenning of stabilisatie, met aandacht voor gezondheid, persoonlijk en sociaal functioneren en kwaliteit van leven. De aard van deze programma's verschilt echter sterk, aangezien zij gebaseerd zijn op verschillende therapeutische benaderingen en gebruik maken van uiteenlopende behandelcomponenten. De therapeutische benadering verwijst naar de theoretische onderbouwing van het programma, de ethiek en de manier waarop interventies overgebracht worden. De meest gekende vormen van residentiële behandeling zijn: het 12-stappen/Minnesota model, de therapeutische gemeenschap en psychotherapeutische benaderingen, gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CBT) of een ander therapeutisch model. Uit Europees onderzoek komt naar voor dat 46% van alle residentiële voorzieningen voor druggebruikers TG-principes hanteren. De behandel filosofie van de overige voorzieningen kan omschreven worden als 'hybride' of 'gecombineerd' (38%), CBT-gebaseerd (7%), 12-stappen/Minnesota model (4%), of een andere psychotherapeutische benadering (5%) (EMCDDA, 2014). Voor de behandeling van alcoholverslaving zijn dergelijke cijfers niet beschikbaar, maar hybride modellen en 12-stappen gebaseerde programma's nemen hierbij het grootste aandeel in.

Los van de hierboven beschreven theoretische modellen, bestaan de meeste behandelprogramma's uit een combinatie en integratie van doelen en praktijkcomponenten die gebaseerd zijn op keuzes van programmaverantwoordelijken en overtuigingen van het personeel over effectieve drugbehandeling, opleiding en ervaring van het personeelsteam, en kenmerken van cliënten in het programma. Meestal beroept men zich op één van bovenstaande benaderingen, of worden er eclecticisch meerdere benaderingen gecombineerd. Residentiële behandeling wordt zowel in 1-1 vorm als in groepsverband verstrekt, waarbij de keuze voor een meer individuele/groepsbenadering zal afhangen van het behandelmodel en de fase van behandeling en individuele vooruitgang.



## 1.1 Therapeutische gemeenschappen (TG)

De TG-benadering heeft veel kenmerken gemeenschappelijk met de 12-stappenbenadering. Beide benaderingen focussen op abstinentie als belangrijkste behandeldoel. Herstel van verslaving omvat een noodzakelijke herstructurering in het denken, de persoonlijkheid en levensstijl van personen met een verslavingsprobleem, naast afstand nemen van drugs en druggerelateerd gedrag en gewoonten. De TG onderscheidt zich van andere behandelvormen door het inzetten van de leefgemeenschap ('community') als motor van het veranderingsproces ('community as a method') (De Leon, 2000).

Twee kenmerkende eigenschappen van de 'community as method' zijn: (1) een leefgemeenschap bestaande uit een reeks gestructureerde activiteiten, waarbij zowel bewoners als stafleden deelnemen aan deze bijeenkomsten en samen activiteiten doen; en (2) het belang van peers als rolmodellen die het goede voorbeeld geven door te leven volgens de filosofie en het waardensysteem van de TG. In eerste instantie nemen de bewoners volledig afstand van hun vroegere leven en is bezoek, briefwisseling of telefoneren verboden. Het alledaagse leven binnen de gemeenschap is zeer gestructureerd, met weinig mogelijkheden om iets alleen te ondernemen. Dit dwingt tot interactie met medebewoners en staat ook voortdurende controle toe van hun gedrag door deze medebewoners. Bewoners die persoonlijke groei vertonen in termen van eerlijkheid en zelfbewustzijn schuiven op in de hiërarchie van het programma, waarbij ze grotere verantwoordelijkheden en voorrechten krijgen en oudere bewoners rolmodellen worden voor nieuwe(re) bewoners.

Uit een recente systematische review (Vanderplasschen, Vandeveldde & Broekaert, 2014) van de effectiviteit van drugvrije therapeutische gemeenschappen blijkt dat therapeutische gemeenschappen minstens zo effectief zijn voor de behandeling van verslaving als andere (residentiële of minder intensieve) interventies in termen van minder druggebruik en recidive. Veel van deze bevindingen zijn gebaseerd op gedetineerde druggebruikers; vergelijkbaar bewijs voor de effectiviteit van community-based residentiële behandeling vanuit de TG-benadering is nog niet aangetoond. Uit dezelfde review blijkt dat beschikbare studies over therapeutische gemeenschappen verbeteringen tonen in een aantal uitkomsten (bv. druggebruik, recidive, gezondheid), gemeten op verschillende tijdstippen na de behandeling. Echter, bijkomend gecontroleerd onderzoek is nodig om deze bevindingen te bevestigen en om de effectgrootte te bepalen in vergelijking met andere interventies.

## 1.2 12-stappen/Minnesota model

Het 12-stappen en Minnesota-model gaan terug op de filosofie van de Anonieme Alcoholisten (AA), die afhankelijkheid beschouwen als een ziekte. Deze twee vormen van behandeling hebben een aantal gemeenschappelijke kenmerken, hoewel behandeling van het Minnesota-type meestal verstrekt

wordt door professionelen en minder aangewezen is op zelfhulpcomponenten dan de 12-stappenbehandeling. Beide programma's bieden over het algemeen een zeer gestructureerde en relatief kortdurende (drie tot zes weken) behandeling aan, die bestaat uit een intensief programma van dagelijkse lessen en groepsbijeenkomsten, in functie van een behandelplan op basis van de 12 stappen (cf. tabel 7.1). Tijdens de initiële behandelingsfase werken cliënten individueel en in groep met een therapeut om hun persoonlijkheid en gedragspatroon te analyseren. Deze fase is vooral gericht op het leren omgaan met problemen die iemand naar verslaving leidden. In de volgende fase volgt therapeutisch werk gericht op het 'starten met de weg naar een nieuw leven'. Met behoud van een duidelijke therapeutische filosofie en aanpak, zet dit werk sterk in op de ontwikkeling van de belangrijkste vaardigheden die nodig zijn voor een nieuw leven.

Tabel 7.1

*samenvatting van de 12 stappen van het Minnesota model*

- |   |
|---|
| <p><b>Stap 1</b> – Erken je verslaving en de gevolgen ervan</p> <p><b>Stap 2</b> – Geef toe dat je hulp nodig hebt</p> <p><b>Stap 3</b> – Aanvaard de hulp</p> <p><b>Stap 4</b> – Maak de balans op van je leven</p> <p><b>Stap 5</b> – Ga aan de slag. Allereerst door je uit te spreken naar een vertrouwenspersoon</p> <p><b>Stap 6</b> – Onderzoek je zwakheden en tekortkomingen</p> <p><b>Stap 7</b> – Uit je bereidheid om te werken aan je gedrag</p> <p><b>Stap 8</b> – Ga na wie je schade hebt berokkend</p> <p><b>Stap 9</b> – Maak het goed met deze mensen</p> <p><b>Stap 10</b> – Hou door zelfonderzoek voortdurend een vinger aan de pols</p> <p><b>Stap 11</b> – Creëer stilte in je leven door gebed of meditatie</p> <p><b>Stap 12</b> – Geef je ervaringen door aan lotgenoten</p> |
|---|

Twee systematische reviews over de effectiviteit van residentiële programma's wezen op de effectiviteit van behandelprogramma's op basis van het 12-stappen/Minnesota model (of een gemengd 12-stappen/CBT-model) voor het verminderen van druggebruik en daarmee samenhangende problemen bij adolescenten (Elliott et al., 2005) en personen met een dubbele diagnose (Brunette et al., 2004). Voor zover vergelijkbaar, zouden de behandeluitkomsten na een 12-stappen behandeling en TG-programma gelijkaardig zijn (Nemes et al., 1999).

### **1.3 Cognitieve gedragstherapie (CBT)**

Cognitieve gedragstherapie is een algemene therapeutische benadering met als doel negatieve of zelfvernietigende cognities en gedragingen om te buigen. CBT maakt gebruik van de denkfouten van personen met een verslavingsprobleem (cognitieve vertekeningen) om doelen voor gedragsverandering te identificeren. Het uitgangspunt is te achterhalen welk veranderbaar gedrag en welke overtuigingen het druggebruik in stand houden, beslissen welke verandering gewenst is en hoe dit kan verwezenlijkt worden. Voordat therapie kan worden gestart, wordt een gedrags- en of cognitieve analyse uitgevoerd om het huidige gedrag en denkwijzen te begrijpen, doelstellingen te identificeren en manieren om deze doelstellingen te bereiken te bepalen. Op basis van deze individuele analyse wordt een individueel programma bepaald, dat voor de ene persoon enkel zal focussen op het middelengebruik en bij anderen breder zal gaan en zal inspelen op gerelateerde problemen en het omgaan met specifieke gedragingen of overtuigingen.

Binnen de verslavingszorg wordt gebruik gemaakt van verschillende cognitief-gedragstherapeutische benaderingen, eerder dan van één enkele cognitief-gedragstherapeutische methode. Het betreft onder meer *motiverende gespreksvoering* (Miller & Rollnick, 1991; 2002), gericht op het verbeteren van de motivatie om te veranderen door het verkennen en oplossen van ambivalentie en personen te helpen bij het expliciteren van doelstellingen en het inzetten van blijvende verandering. Een ander voorbeeld is *terugvalpreventie* (Marlatt & Gordon, 1985), die gericht is op de herkenning van vroege signalen en tussenkomst in het terugvalproces zodat herval minder vaak en minder ernstig voorkomt. Ten derde vermelden we *gedragsmodificatie* en *contingency management* (Skinner, 1953; Bandura, 1969), gericht op het contingent positief bekrachtigen om geschikte gedragspatronen te ontwikkelen en vast te houden.

Onderzoek naar de effectiviteit van residentiële cognitief-gedragstherapeutische programma's toonde dat deze (of een gemengd 12-stappen/CBT model) effectief kunnen zijn voor het terugdringen van middelengebruik en daarmee samenhangende problemen bij mensen met een dubbele diagnose (Brunette et al., 2004).

#### **1.4 Gecombineerde behandelingen**

Gecombineerde benaderingen, ook wel integratieve of eclecticische benaderingen genoemd, combineren twee of meer therapieën om herstel van verslaving te bevorderen. Soms vertrekt men van een bepaalde theoretische oriëntatie, zoals CBT, maar wordt dit aangevuld met technieken en praktijken uit de systeemtheorie. Aldus ontstaan eclecticische programma's. Gecombineerde benaderingen hebben meestal een bredere theoretische basis en kunnen verder staan dan benaderingen die gebruik maken van één enkele theorie. Zij bieden meestal een grotere flexibiliteit in het behandelprogramma, waardoor men beter kan afstemmen op individuele behoeften

door de beschikbaarheid van verschillende opties. Echter, het ontbreken van een bepaalde therapeutische invalshoek of duidelijke visie kan ook leiden tot een beperkte theoretische achtergrond en identiteit, waardoor programma's minder verstaanbaar zijn voor cliënten, hun families en buitenstaanders en ze ook moeilijker te evalueren zijn. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat programma's die vertrekken van een duidelijk afgebakende theoretische benadering (bv. TG en 12-stappen programma's tot betere behandelresultaten leiden dan ecletische programma's (Vanderplasschen et al., 2014).

#### **4.5. Geplande behandelduur in residentiële zorgprogramma's**

Het is veelvuldig bewezen dat de behandelduur (meer specifiek retentie, of het in behandeling blijven) gerelateerd is aan betere behandeluitkomsten. Daarnaast bestaat er een veronderstelde minimumdrempel van drie maanden voordat een herstelondersteunend behan­deffect bekomen kan worden (EMCDDA, 2014). Residentiële programma's kunnen op basis van de gerap­porteerde geplande behandelduur ingedeeld worden als kortere termijn (gepland verblijf van drie maanden of minder) en langere termijn (gepland verblijf van meer dan drie maanden). De geplande behandelduur voor de meeste programma's is voorbij de grens van drie maanden, maar sommige zijn korter. De duur varieert afhankelijk van de therapeutische oriëntatie. Driekwart van de residentiële programma's die de 12-stappenbenadering volgen of een psychotherapeutische benadering toepassen, hebben een geplande behandelduur van drie maanden of meer. De meerderheid van de drugvrije TGs en programma's die TG-principes toepassen (93%) zijn van langere termijn, meestal zes tot negen maanden. Wanneer programma's faciliteiten bieden voor medisch begeleide detoxificatie (met behulp van methadon of buprenorfine) ter plekke, duurt deze detoxificatiefase meestal niet langer dan 28 dagen.

Residentiële behandeling is doorgaans van middellange tot lange duur (drie tot zes maanden), waarbij de daadwerkelijke duur varieert naargelang de individuele behoeften. De laatste jaren kennen een aantal Europese landen echter een daling in de geplande residentiële behandelduur, dit niet alleen door de evolutie van de behandeling, maar ook als reactie op financiële druk en gewijzigde (cliënt)verwachtingen (Vanderplasschen et al., 2014). Dit fenomeen treffen we vooral in een aantal Angelsaksisch georiënteerde landen aan (bv. Duitsland, Nederland, het Verenigd Koninkrijk). In dit tijdperk van bezuinigingen duren geplande residentiële behandelingen meestal niet langer dan 24 weken (6 maanden), en worden ze het vaakst gedurende 12 weken (3 maanden) aangeboden.

Cliënten kunnen echter vroegtijdig de behandeling stopzetten (drop-out), wat een plausibele oorzaak is voor het feit dat de behandelduur onder de minimale drempel ligt. De verblijfsduur wordt bepaald door zowel (1) programma-eigenschappen, zoals de caseload en het evenwicht tussen therapie, huishoudelijke taken en vrije tijd (Meier & Best, 2006), als door (2) individuele eigenschappen zoals

motivatie voor verandering en behandelingsbereidheid (Meier et al., 2005). Veelbelovende methoden voor het vergroten van de betrokkenheid bij en voortzetting van de behandeling zijn onder meer:

- het gebruik van motiverende gespreksvoering (bv. Carroll et al., 2006);
- de inzet van meer (ervaringsdeskundig en 'senior') personeel om nieuwe bewoners te introduceren in de behandeling (bv. De Leon et al., 2000);
- het vergroten van de aandacht op de therapeutische relatie door middel van supervisie en opleiding (bv. Meier et al., 2006).

Hoewel bovenstaande interventies meer arbeidsintensief zijn, gaan ze gepaard met een groter engagement van de cliënt in het behandelproces, wat vervolgens verband houdt met een langere voortzetting van het programma en betere resultaten (Simpson, 2004).

## **5. Behandelelementen in residentiële zorgprogramma's**

Behandelelementen zijn specifieke veranderingstechnieken of interventies die worden aangeboden als onderdeel van een residentiële behandeling, teneinde meer zorg op maat te kunnen aanbieden. Dit omvat onder meer intake assessment, (be)handelingsplanning, versterken van het behandelingsproces en het aanbieden van continuïteit van zorg. Daarnaast bestaan er ook specifieke therapeutische interventies (bv. psychotherapie en farmacotherapie) of interventies gericht op sociale reïntegratie (bv. opleiding, onderwijs, vrijwilligerswerk), die ingezet worden tijdens verschillende fasen van de residentiële behandeling.

### **5.1 Intake assessment**

Een intake assessment belicht doorgaans een aantal leefgebieden (bv. middelengebruik, lichamelijke en psychische gezondheid, familiale en sociale ondersteuning), die geëvalueerd worden bij het toetreden tot een residentieel behandelprogramma. Het is een manier van informatieverzameling over cliënten om hen beter te behandelen en om een proces op te starten dat inzicht kan geven in de voornaamste problemen, veranderingsbereidheid (*'readiness for change'*), en intacte levensdomeinen van personen met een verslavingsprobleem. Daarnaast kan deze basisinformatie aangevuld worden met een aantal objectieve metingen (bv. meten van intelligentie of impulsiviteit). De verzamelde informatie draagt bij aan het tot stand komen van het (be)handelingsplan.

### **5.2 Behandelsplanning**

Behandelsplannen hebben betrekking op het hulpverleningsproces vanaf de intake tot en met continue zorgplanning en verdere verwijzing. Deze beogen de coördinatie van de waaier aan

interventies en ondersteuning (bv. juridische, educatieve en tewerkstellingsinterventies) die meestal aangeboden worden aan individuele cliënten. In essentie geven dergelijke plannen aan waar naartoe gewerkt wordt en wat het programma op haar beurt kan bieden. Idealiter worden ze opgesteld door de cliënt, in samenspraak met de staf van het residentiële behandelprogramma, en worden ze gebruikt in functie van de monitoring en evaluatie van behandeldoelen en -realisaties. Meestal onderkent het behandelingsplan dat behandeling kan plaatsvinden in verschillende settings (zowel residentieel als ambulante) over de tijd heen. Daarnaast versterkt het de betrokkenheid van cliënten en de samenwerking en coördinatie over voorzieningen heen.

### **5.3 Behandelingsproces**

#### **5.3.1 Detoxificatie**

Detoxificatie is een interventie onder medische supervisie om ontwenningverschijnselen op te vangen die het gevolg zijn van langdurig middelengebruik. Soms is detoxificatie een absolute voorwaarde voor de start van een langdurige, op herstel gerichte residentiële behandeling. In de meeste landen leveren residentiële voorzieningen *on-site* detoxificatie – van opiaten, benzodiazepines en alcohol – aan en in veel gevallen worden geneesmiddelen aangewend voor deze detoxificatie.

Brits onderzoek wijst op significant betere resultaten wanneer ambulante ontwenning wordt gevolgd door een residentiële behandeling in plaats van geen (intensieve) behandeling. Ghodse en collega's (2002) rapporteerden significant lagere hervaalpercentages bij druggebruikers die ambulante detoxificatie voltooiden wanneer het onmiddellijk gevolgd werd door een residentieel behandelprogramma dan wanneer dit niet het geval was. Bijgevolg zijn er heel wat argumenten om aan te nemen dat het aanbieden van detoxificatie en (residentiële) behandeling binnen dezelfde organisatie of hetzelfde netwerk de kans op drop-out tussen voorzieningen aanzienlijk zou verminderen.

#### **5.3.2 Toedienen van substitutiebehandeling**

Substitutiebehandeling verwijst naar de behandeling van drugverslaving door het voorschrijven van een vervangend geneesmiddel, met als doel de reductie of eliminatie van het gebruik van een bepaalde substantie, of de vermindering van de schade en negatieve sociale gevolgen ervan. Gezien substitutiebehandeling nog steeds vaak als niet compatibel wordt gezien met een residentiële (drugvrije) behandeling deed het EMCDDA (2014) onderzoek naar de beschikbaarheid van deze

gecombineerde vorm van behandeling in 25 landen. Iets minder dan driekwart van deze landen (n = 18) rapporteerden enige beschikbaarheid van geïntegreerde farmacologische residentiële programma's (met opiaatsubstitutie), waarbij cliënten een opiaatsubstitutiebehandeling (OST) krijgen voor hun heroïneverslaving en tegelijk een gestructureerd, residentieel therapeutisch programma volgen. Hoewel deze vorm van behandeling in een aantal Europese landen wordt aangeboden aan opiaatafhankelijke cliënten, varieert de toegang tot dit soort interventies aanzienlijk. Aangezien residentiële programma's, met name TG's en 12-stappen programma's, traditiegetrouw eerder negatieve opvattingen hebben over substitutiebehandeling, en er daarnaast ook bekommernissen bestaan dat het gebruik van substitutiemiddelen door sommige cliënten een bedreiging zou vormen voor het programma van andere cliënten, rijzen terechte vragen over de gevolgen van de behandeling van cliënten met OST in residentiële voorzieningen. Bijgevolg is meer onderzoek nodig naar de haalbaarheid van dergelijke substitutieprogramma's in residentiële settings en de effectiviteit ervan. Sorensen en collega's (2009) onderzochten de behandelresultaten van cliënten die wel en geen opiaatsubstitutiebehandeling kregen tijdens een residentiële TG-behandeling. Op basis van een steekproef van 231 personen bleken bewoners die tijdens het programma methadon kregen het na 24 maanden even goed te doen op het vlak van behandelretentie en gebruik van illegale opiaten dan bewoners die geen methadon kregen.

### **5.3.3 Andere gezondheidsinterventies**

Druggebruikers lopen een groot risico op hepatitis C en vormen ook een groep die op medisch vlak onderbediend is. In een aantal landen kunnen cliënten tijdens een residentiële behandeling ook ondersteuning krijgen voor andere gezondheidscondities dan een drugverslaving, zoals hiv of hepatitis C-virus (hcv). Dit varieert van residentiële behandelvoorzieningen die beschikken over doorverwijzingstrajecten voor het testen van cliënten op hcv of hiv, tot behandelingscentra die ter plekke hiv/hcv-testen en vaccinatie (hepatitis A en B) aanbieden. Argumenten voor het niet aanbieden van routineonderzoek en -vaccinatie zijn onder meer het gebrek aan diensten voor het testen en/of medisch personeel voor behandeling. Vooruitgang in de behandeling van hepatitis C met rechtstreekse antivirale middelen en toenemende empirische evidentie voor de effectiviteit ervan bij druggebruikers wijzen op de mogelijkheid tot uitbreiding van behandelstrategieën voor hepatitis C. Om succesvol te zijn dienen deze behandelingen onder andere nadruk te leggen op medicatietrouw en adequaat toezicht op bijwerkingen. Residentiële voorzieningen bekleden een unieke positie om deze uitgebreide behandeling en monitoring aan te bieden.

### **5.3.4 Sociale re-integratie**

Hoewel 'sociale re-integratie' niet vastomlijnd wordt gedefinieerd, vormt het een fundament van een herstelondersteunende drugbehandeling (EMCDDA, 2014). Als dusdanig omvat sociale re-integratie alle activiteiten die gericht zijn op de ontwikkeling van het menselijk, sociaal en economisch kapitaal. De drie 'pijlers' van de sociale re-integratie zijn: (i) huisvesting, (ii) onderwijs en (iii) tewerlstelling (met inbegrip van een beroepsopleiding). Andere maatregelen, zoals professionele begeleiding en vrijetijdsactiviteiten, kunnen eveneens worden aangewend. Hoewel herstel van verslaving en rehabilitatie van problematische gebruikers (vooral in de traditionele, abstinenterichte zin) vaak focussen op de relatie tussen een individu en zijn of haar middelengebruik, is sociale re-integratie ook bezig met de positie van het individu in de bredere samenleving. Interventies gericht op sociale re-integratie, met inbegrip van onderwijs, training in beroepsvaardigheden en arbeidsgerelateerde interventies, vormen vaak een belangrijk onderdeel van residentiële behandelprogramma's.

#### **5.4 Continuïteit van zorg**

Continuïteit van zorg kan omschreven worden als het blijvend contact houden en ondersteunen van cliënten, ook na de formele stopzetting van de residentiële behandelperiode. De periode direct na het verlaten van een residentiële behandeling is één van de hoogste risicoperiodes op herval en wordt in verband gebracht met een verhoogde mortaliteit gerelateerd aan overdosis (Ravndal & Amundsen, 2009; Davoli et al., 2007). Het bevorderen en waarborgen van zorg en ondersteuning na de residentiële behandelperiode is een mogelijke manier om behandelresultaten vast te houden en te versterken. Studies over continue zorg na residentiële behandeling (voor een overzicht, zie McKay, 2009), suggereren onder meer volgende interventies:

- maandelijks (telefonisch) contact tijdens het eerste jaar in herstel;
- blijvend contact gedurende jaren, eerder dan gedurende weken of maanden (niet noodzakelijk in persoon, eerder via telefoon en online toepassingen);
- beschikbaarheid van ondersteunende medicatie, indien nodig;
- beschikbaarheid van verschillende behandelopties.

Continue zorg kan op verschillende manieren geleverd worden, variërend van ambulante contacten en check-ups tot ondersteuning op vlak van huisvesting, bijvoorbeeld:

- *Contracts, Prompts and Reinforcement (CPR) intervention* – een cognitief-gedragsmatige aanpak ontwikkeld om behandeling en nazorg te faciliteren door het onderhouden van een nauw contact met cliënten (Lash & Blosser, 1999; Lash et al., 2013);



- Nazorg via telefoongesprekken – een interventie waarbij, na een initiële face-to-face sessie, wekelijks gedurende 15 à 20 minuten telefoongesprekken gevoerd worden als begeleiding, in combinatie met gedragsmonitoring (McKay et al., 2004; McKay et al., 2005a,b);
- Herstel management check-ups – regelmatige telefoongesprekken (of andere vormen van contact) met mensen na residentiële behandeling ter bevordering van het vroegtijdig opsporen van herval, om de tijd tot heropname te verminderen (indien nodig) en om de behandelresultaten op lange termijn te verbeteren (Scott & Dennis, 2003, 2009, 2011);
- Oxford Houses – abstinenterichte ondersteuning en huisvesting in de gemeenschap, gericht op voormalige druggebruikers die willen samenwonen in een groepsaccommodatie (Molloy, 1990; Jason et al., 2007).

Samen met behandeling en begeleiding, kunnen bovengenoemde interventies het naleven van bv. een antiretrovirale therapie aanmoedigen en de algemene gezondheid bevorderen, evenals een snelle en eenvoudige terugkeer naar een gestructureerde behandeling mogelijk maken. Men dient ervoor te zorgen dat dergelijke doorverwijzingstrajecten beschikbaar zijn en er mogelijkheid bestaat tot snelle heropname in residentiële behandelvoorzieningen. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat betrokkenheid in continue zorg, met inbegrip van participatie aan zelfhulpgroepen, belangrijk is voor duurzame behandelresultaten in residentiële settings.

Op basis van de *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS) in Engeland stelde men vast dat cliënten die na een residentiële behandeling participeerden aan zelfhulpgroepen (bv. NA) meer kans hadden om abtinent te zijn van opiaten bij de follow-up dan personen die geen dergelijke groepen bijwoonden. Daarnaast hadden NA-deelnemers meer kans om abtinent te zijn van opiaten en alcohol dan niet-deelnemers en occasionele (minder dan wekelijks) deelnemers aan deze groepen (Gossop et al., 2008). Dezelfde conclusie over het gunstige effect van deelname aan zelfhulpgroepen – in termen van verhoogde abtinentie bij follow-up en lagere kosten van continue zorg – werd getrokken in studies waarin zowel personen betrokken waren die residentiële als ambulante behandeling volgden (bv. Moos et al., 1999; Ritsher et al., 2002; Vederhus & Kristensen, 2006; Humphreys & Moos, 2007).

## **6. Conclusie**

Residentiële behandeling moet gezien worden als een integraal deel van het netwerk van verslavingszorgvoorzieningen. Onderzoek toont aan dat residentiële behandeling een weg naar herstel kan bieden, maar niet noodzakelijk een ‘uitweg’ uit het zorgsysteem vormt. Wanneer cliënten hun behandeling voltooien in residentiële settings, dienen ze vaak nog beroep te doen op ambulante en community-based ondersteuning om hun herstel te bevorderen.

## Referenties

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Brunette, M. F., Mueser, K. T., & Drake, R. E. (2004). A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug and Alcohol Review, 23*, 471–481.
- Davoli, M., Bargagli, A., Perucci, C., et al. (2007). Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study. *Addiction, 102*, 1954–1959.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: theory, model and method*, New York: Springer Publishing Co.
- De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Melnick, G. (2000). Therapeutic communities: enhancing retention in treatment using “Senior Professor” staff. *Journal of Substance Abuse Treatment 19*, 375–382.
- Drink and Drugs News (DDN) (2011). Residential treatment directory winter 2011. Geraadpleegd op 31 januari 2013, van <http://cijwellings.com/ddn/DDNresidentialdirectorywinter11/files/assets/downloads/page0012.pdf>
- Elliott, L., Orr, L., Watson, L., & Jackson, A. (2005). Secondary prevention interventions for young drug users: a systematic review of the evidence. *Adolescence, 40*, 1–22.
- EMCDDA (2012a). *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*, Selected issue, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2012b). *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*, Insights, Publication Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2014). *Therapeutic communities for addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges of a treatment approach*. Luxembourg: Insights, Publications Office of the European Union.
- Ghodse, A. H., Reynolds, M., Baldacchino, A. M., et al. (2002). Treating an opiate-dependent inpatient population: a one-year follow-up study of treatment completers and noncompleters. *Addictive Behaviors, 27*, 765–778.
- Gossop, M., Stewart, D., & Marsden, J. (2008). Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study. *Addiction, 103*, 119–125.

- Humphreys, K., & Moos, R. H. (2007). Encouraging post-treatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services: two-year clinical and utilisation outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*, 64–68.
- Jason, L. A., Davis, M. I., & Ferrari, J. R. (2007). The need for substance abuse after-care: longitudinal analysis of Oxford House. *Addictive Behaviors, 32*, 803–818.
- Lash, S. J., & Blosser, S. L. (1999). Increasing adherence to substance abuse aftercare group therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*, 55–60.
- Lash, S. J., Burden, J. L., Parker, J. D., et al. (2013). Contracting, prompting and reinforcing substance use disorder continuing care. *Journal of Substance Abuse Treatment, 44*, 449–456.
- Latypov, A. B. (2011). The Soviet doctor and the treatment of drug addiction: a difficult and most ungracious task. *Harm Reduction Journal, 8*, 8–32.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (eds) (1985), *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- McLellan, T., Lewis, D., O'Brien, C., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association, 284*, 1689–1695.
- McKay, J. R. (2009). Continuing care research: what we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*, 131–145.
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S., et al. (2004). The effectiveness of telephone-based continuing care in the clinical management of alcohol and cocaine disorders: 12-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 967–969.
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S., & Pettinati, H. M. (2005a). The effectiveness of telephone based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes. *Archives of General Psychiatry, 62*, 199–207.
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S., et al. (2005b). Do patient characteristics and initial progress in treatment moderate the effectiveness of telephone-based continuing care for substance use disorders? *Addiction, 100*, 216–226.
- Meier, P., & Best, D. (2006). Programme factors that influence completion of residential treatment. *Drug and Alcohol Review, 25*, 349–355.
- Meier, P., Barrowclough, C., & Donmall, M. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction, 100*, 304–316.

- Meier, P. S., Donmall, M., McElduff, P., Barrowclough, C., & Heller, R. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence, 83*, 57–64.
- Meier, P. S., Best, D., & Day, E. (2007). Detoxification in rehabilitation in England: effective continuity of care or unhappy bedfellows? *Journal of Substance Use, 12*, 293–300.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Molloy, J. P. (1990). *Self-run, self-supported houses for more effective recovery from alcohol and drug addiction*, US Department of Health and Human Services (DHHS). Washington, DC.
- Moos, R. H., Finney, J. W., Ouimette, P. C., & Suchinsky, R. J. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment: I. Treatment orientation, amount of care, and 1-year outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 23*, 529–536.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA) (2006). *Models of residential rehabilitation for drug and alcohol misuse*, NTA, London. Geraadpleegd op 31 januari 2013, van [http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta\\_models\\_of\\_residential\\_rehab\\_drg\\_and\\_alc.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_models_of_residential_rehab_drg_and_alc.pdf)
- National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA) and Healthcare Commission (2007). *Improving services for substance misuse: a joint review*. Geraadpleegd op 2 februari 2013, van [http://www.nta.nhs.uk/uploads/joint\\_reviewfull\\_report\\_0506.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/joint_reviewfull_report_0506.pdf)
- Ravndal, E., & Amundsen, E. (2009). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence, 108*, 65–69.
- Ritsher, J. B., Moos, R. H., & Finney, J. W. (2002). Relationship of treatment orientation and continuing care to remission among substance abuse patients. *Psychiatric Services, 53*, 595–601.
- Rosedale, M., & Strauss, S. M. (2010). How persons with chronic hepatitis C in residential substance abuse treatment programs think about depression and interferon therapy. *Journal of the American Psychiatric Nurse Association, 16*, 350–356.
- Scott, C. K., & Dennis, M. L. (2003). *Recovery Management Checkup (RMC) protocol for people with chronic substance use disorders*, Chestnut Health Systems, Bloomington, IL.
- Scott, C. K., & Dennis, M. L. (2009). Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction, 104*, 959–971.
- Scott, C. K., & Dennis, M. L. (2011). Recovery Management Checkups with adult chronic substance users. In Kelly, J. F. & White, W. L. (eds), *Addiction recovery management: theory, research, and practice*, New York: Springer.
- Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*, 99–121.

- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behaviour*. New York: Macmillan.
- Sorensen, J. L., Andrews, S., Delucchi, K. L., et al. (2009). Methadone patients in the therapeutic community: a test of equivalency. *Drug and Alcohol Dependence, 100*, 100–106.
- Strauss, S. M., Astone-Twerell, J., Munoz-Plaza, C., et al. (2007). Drug treatment program patients' hepatitis C virus (HCV) education needs and their use of available HCV education services. *BMC Health Services Research, 7*, 39. doi:10.1186/1472-6963-7-39
- Vederhus, J.-K., & Kristensen, Ø. (2006). High effectiveness of self-help programs after drug addiction therapy. *BMC Psychiatry, 6*, 35. doi:10.1186/1471-244X-6-35

