De CRA+vouchers methodiek: Is het belonen van abstinentie bij cocaïnegebruikers effectief?

Katrien Goossens
Wouter Vanderplasschen
Dirk Vandevelde
Jo Thienpont
Véronique Hauglustaine
Luca Littera

In opdracht van:

federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

WOORD VOORAF

Internationaal wetenschappelijk onderzoek toont aan dat het gebruik van cocaïne in Europa de laatste jaren fel is toegenomen. Ook in België melden zich meer en meer cocaïnegebruikers aan bij de hulpverlening. Hoog tijd dus om werk te maken van een onderbouwd behandelaanbod voor deze specifieke groep van cocaïneverslaafden. Na een uitvoerige literatuurstudie omtrent effectieve behandelmethoden specifiek afgestemd op cocaïnegebruikers heeft het team van De Kiem, in samenwerking met de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent, een onderzoek uitgevoerd naar het toepassen van de Community Reïnforcement Approach (CRA) + Contingency Management (CM) methodiek. Dit is een comprehensieve, op meerdere sporen geënte interventie gericht op veranderingen in de levensstijl.

Het onderzoeksproject “Toepassing en analyse van een cocaïnespecifiek behandelingsprogramma” werd uitgevoerd in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en het Leefmilieu (Directoraat-generaal Organistie van de Gezondheidsvoorzieningen, Dienst Psychosociale Gezondheidszorg, Cel Drugs.) Het onderzoek liep van 1 december 2008 tot 15 september 2010.

Het praktijkonderzoek werd uitgevoerd door Luca Littera en Véronique Hauglustaine (CRA-therapeuten) en Katrien Goossens (onderzoekster). Zij werden hierbij ondersteund door een begeleidingscomité dat het opzet en de vorderingen van het onderzoek zeer aandachtig heeft opgevolgd. Een bijzonder woord van appreciatie gaat dan ook uit naar de leden van dit begeleidingscomité: Ilse Declercq en Kurt Doms (FOD Volksgezondheid), Helga De Ridder (De Spiegel), Robrecht Keymeulen (De Sleutel), Marc Tack (CAT), Jo Thienpont (De Kiem) en Wouter Vanderplasschen (Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent). Ook de medewerkers van het ambulant centrum van De Kiem, die de cliënten uit de controlegroep hebben begeleid, hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het welslagen van dit project, waarvoor dank.

Om aan de hoogste eisen inzake wetenschappelijk onderzoek te beantwoorden werd dit onderzoek opgebouwd als een randomised controlled trial (RCT). Het onderzoek verschaft duidelijke inzichten, maar toont tegelijk ook scherp aan dat een RCT-onderzoek misschien wel dé wetenschappelijke methode is om medicamenteuze behandelingen te onderzoeken, maar niet de ideale onderzoeksmethode is om psychosociale behandelmethoden te onderzoeken.

In dit rapport leest u hoe de CRA + vouchers-methodiek wordt toegepast en welke onderzoeksmethodologie werd gehanteerd. De resultaten van deze innovatieve interventie worden uitvoerig toegelicht en besproken. Niet alleen de deelnemers worden bevraagd, ook de behandelaars zelf komen uitvoerig aan het woord. In een laatste hoofdstuk proberen we via een kritische reflectie op de conclusies te eindigen met concrete aanbevelingen voor de praktijk.

Gent, 31 januari 2011,

Dirk Vandevelde,
directeur De Kiem

1.1. INHOUD

Woord vooraf 2

Inleiding 7

Hoofdstuk 1: Situering en achtergrond 9

1.1. **Toenemend cocaïnegebruik** 9

1.2. **Kenmerken van cocaïnegebruikers** 10

1.2.1. Demografische kenmerken 10

1.2.2. Toedieningswijze en frequentie 10

1.2.3. Polygebruik 10

1.3. **Nood aan een cocaïnespecifiek behandelprogramma** 11

1.3.1. Cocaïnegerelateerde hulpvragen 11

1.3.2. Het hulpverleningstraject 11

1.3.3. Een cocaïnespecifiek programma 12

1.4. **Een wetenschappelijk onderbouwde methodiek** 13

1.4.1. Community Reinforcement Approach (CRA) en Contingency Management (CM) 13

1.4.2. CRA+vouchers: een effectieve interventie 14

1.5. **De CRA+vouchers methodiek binnen het ambulant centrum van de Kiem** 15

1.5.1. Fundamenten van de methodiek 15

1.5.1.1. Duur en intensiteit van het programma 15

1.5.1.2. Verloop van de sessies 16

1.5.1.3. Speekselcontroles 17

1.5.1.4. Functie-analyse 18

1.5.1.5. Behandelingsplan 19

1.5.1.6. Vaardigheidstraining 19

1.5.1.7. Een motiverende gesprekssstijl 20

1.5.1.8. Counsellingstijl 20

1.6. **Onderzoeksvragen** 22

Hoofdstuk 2: Methodologie 24

2.1. **Onderzoeksopzet** 24

2.2. **De proefgroep** 25

2.2.1. Selectie van de deelnemers 25
2.2.2. Cliënteninstroom 26
2.3. **Meetinstrumenten** 26
2.3.1. Kwantitatief onderzoek 26
2.3.2. Kwalitatief onderzoek 28
2.4. **Data-analyse** 29
Hoofdstuk 3: Resultaten 31
3.1. **Kenmerken van de steekproef** 31
3.1.1. Sociodemografische kenmerken 31
3.1.2. Middelengebruik 31
3.1.3. Psychische gezondheid 32
3.1.4. Kwaliteit van leven 33
3.1.4.1. Objectieve indicatoren 33
3.1.4.2. Subjectieve kwaliteit van leven 33
3.1.4.3. Globaal welzijn ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
3.1.5. Motivatie voor behandeling 34
3.2. **Gelijke groepen na randomisatie?** 35
3.3. **Behandelingsuitkomsten na drie en zes maanden** 36
3.3.1. Cocaïne en ander middelengebruik 36
3.3.2. Psychische klachten 37
3.3.3. Kwaliteit van leven 38
3.3.4. Een link met motivatie voor behandeling? 39
3.3.5. Therapietrouw 39
3.3.6. Tijdsinvestering en kostprijs 40
3.3.7. Behandelingstevredenheid 42
3.4. **Kwalitatieve verdieping vanuit het perspectief van cliënten** 44
3.4.1. Speekselcontroles als rem om te gebruiken 44
3.4.2. Belonen voor abstinentie 44
3.4.3. Een intensief programma? 45
3.4.4. De gesprekssessies: bijzondere gesprekken 46

3.4.5. Invloed op het dagelijks handelen? ... 47

3.5. **De CRA+vouchers therapeuten aan het woord** ... 49

3.5.1. Meerwaarde van de CRA+vouchers methodiek ... 49

3.5.1.1. Hoge intensiteit ... 49

3.5.1.2. Gestructureerd werken ... 49

3.5.1.3. Inspraak en overleg ... 49

3.5.1.4. Combinatie van intensiteit, speekseltesten en beloningen ... 49

3.5.2. Beïnvloedende factoren ... 50

3.5.2.1. Motivatie ... 50

3.5.2.2. Polydruggebruik ... 50

3.5.2.3. Het cognitief/reflectief vermogen van een cliënt ... 50

3.5.2.4. Het sociaal netwerk van de cliënt ... 51

3.5.2.5. De speekseltesten ... 51

3.5.2.6. Beloningen spenderen ... 51

3.5.2.7. Gebrek aan nazorg ... 51

3.5.2.8. Outreachend werken ... 52

3.5.2.9. Registratie en administratie ... 52

Hoofdstuk 4: Discussie en aanbevelingen ... 53

4.1. **Mogelijkheden en beperkingen van de CRA+vouchers methodiek** ... 53

4.1.1. Een tijds- en arbeidsintensief programma ... 53

4.1.2. Zorg op maat en het werken met protocollen ... 53

4.1.3. De vouchers en speekselcontroles: meer dan een extra kost ... 54

4.1.4. Het belang van motivatie ... 54

4.2. **De meerwaarde van CRA+vouchers in vergelijking met de standaardbehandeling** ... 55

4.2.1. CRA+vouchers: invloed op cocaïneabstinentie en op de kwaliteit van leven ... 55

4.2.1.1. Daling van het cocaïnegebruik, maar niet van ander middelengebruik ... 55

4.2.1.2. Een positieve evolutie op het vlak van kwaliteit van leven ... 56

4.2.1.3. Hogere therapietrouw in de CRA+vouchers groep ... 57

4.3. **Beperkingen van voorliggend onderzoek** ... 57

4.4. **Aanbevelingen** ... 59

4.4.1. Aanbevelingen voor verder onderzoek 59

4.4.2. Aanbevelingen voor de praktijk 59

Referenties 62

INLEIDING

In voorliggend rapport gaan we in op een relatief nieuwe behandeling van cocaïnemisbruik en cocaïneafhankelijkheid. Dit is wereldwijd een groeiend maatschappelijk en gezondheidsprobleem en steeds meer cocaïnegebruikers zetten de stap naar de hulpverlening. Vooral in de ambulante drughulpverlening is het aantal cocaïnegebruikers de laatste jaren gestegen (Sleiman & Roelands, 2006; EMCDDA, 2009). Onderzoek toont echter aan dat veel hulpverleningsprogramma's niet of onvoldoende tegemoet komen aan de hulpvragen van cocaïnegebruikers (Haasen, Prinzleve, Zurhold, Güttinger & Rehm, 2001). Bovendien bestaan er tot op heden geen farmacotherapeutische interventies voor deze doelgroep en zijn er relatief weinig effectieve psychosociale behandelingen voor cocaïnegebruikers bekend (Rigter et al., 2004; Autrique et al., 2007). Hoge drop-out cijfers en terugval in cocaïnegebruik kenmerken niet zelden het behandelingsverloop. In België was er tot voor kort geen specifiek behandelingsprogramma voor cocaïnegebruikers.

In geval van cocaïneafhankelijkheid blijkt het werken met cognitief-gedragstherapeutische interventies het meest aan te raden (EMCDDA, 2007a; Knapp et al., 2007; Trujols et al., 2007; DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008), waarbij vooral de 'Community Reinforcement Approach (CRA) + vouchers methodiek' hoge ogen gooit. Eerdere onderzoeken naar de effecten van deze methodiek gebeurden voornamelijk in de VS en leverden goede resultaten op (Higgins, Silverman & Heil, 2007). Ook in Nederland vond een gelijkaardig onderzoek plaats (DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008). De resultaten van deze buitenlandse studies kunnen echter niet zomaar gegeneraliseerd worden naar de Vlaamse context. Het uittesten van de bruikbaarheid en haalbaarheid van de CRA+vouchers methodiek moet dan ook tegen deze achtergrond gesitueerd worden.

Voorliggend rapport bestaat uit vier hoofdstukken. We starten met een situering van het project. Zo wordt eerst dieper ingegaan op het toenemende cocaïnegebruik. Hierop aansluitend wordt de nood aan een cocaïnespecifiek programma uitgediept. Vervolgens schetsen we de CRA+vouchers methodiek in het algemeen en de toepassing ervan in het Ambulant Centrum van De Kiem. Het tweede hoofdstuk biedt zicht op de methodologie. Hierin beschrijven we het onderzoeksdesign, de proefgroep en de gehanteerde meetinstrumenten. Tevens wordt besproken op welke manier de verzamelde data geanalyseerd werden. Aan de hand van de onderzoeksresultaten geven we in het derde hoofdstuk een antwoord op de onderzoeksvragen. Er wordt eerst een beschrijving gegeven van de kenmerken van de gehele steekproef en van eventuele verschillen tussen de experimentele en controlegroep na randomisatie. Vervolgens wordt nagegaan of er na drie en zes maanden behandeling significante verschillen merkbaar zijn tussen cliënten die de CRA+vouchers behandeling dan wel de standaard ambulante behandeling ontvingen. Naast cocaïneabstinentie en kwaliteit van leven wordt ook de therapietrouw belicht. Tevens wordt aandacht besteed aan de tijdsinvestering en de extra kosten verbonden aan de CRA+vouchers methodiek. Dit hoofdstuk wordt afgerond met een beschrijving van de behandelingstevredenheid. Deze resultaten worden verder uitgediept aan de hand van een kwalitatieve bevraging van zowel cliënten als de CRA+vouchers therapeuten. In het laatste hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies van het onderzoek toegelicht en getoetst aan de literatuur. Op basis hiervan worden een aantal aanbevelingen geformuleerd ter verbetering van de praktijk. Tot slot wordt stilgestaan bij een aantal beperkingen van voorliggend onderzoek, wat resulteert in gerichte aanbevelingen voor verder onderzoek.

HOOFDSTUK 1: SITUERING EN ACHTERGROND

Dit eerste hoofdstuk geeft zicht op de motivering voor de keuze voor de CRA+vouchers methodiek. Zo schetsen we eerst de prevalentie en toenemende tendens van cocaïnegebruik. Hierop aansluitend wordt de nood aan een cocaïnespecifiek behandelingsprogramma aangekaart. Tot slot worden de meerwaarde, effectiviteit en de voornaamste principes van de CRA+vouchers methodiek beschreven.

1.1. TOENEMEND COCAÏNEGEBRUIK

Sinds het midden van de jaren ’90 lijkt cocaïne een opmars te hebben ingezet (Mol et al., 2002; EMCDDA, 2007b). Globaal gezien blijkt er in de meeste Europese landen sprake van een toenemende consumptie van cocaïne (EMCDDA, 2009; Haasen et al., 2004; Legl, 2007). Dit uit zich onder meer in berichtgevingen in de media, in de recente onderzoeksfocus op behandeling van cocaïnegebruik en in tal van hulpverleningsinitiatieven met als doel het hoofd te bieden aan dit fenomeen. Overigens wordt duidelijk dat er zowel in Vlaanderen als op Europees niveau een toenemend aantal hulpvragen omtrent cocaïnegebruik wordt geregistreerd (Vermeulen et al., 2001; EMCDDA, 2007a). Verder wordt een veranderend gebruikspatroon opgemerkt: de positie van cocaïne is gaandeweg verschoven van bijproduct naar hoofdproduct (Mol et al., 2002). Omwille van het veranderend imago van de drug doorheen de tijd, wordt verder gesteld dat cocaïne door een uiteenlopend publiek wordt gebruikt (Carroll, 1998; Vermeulen et al., 2001). Zo blijkt het product in recreatieve settings aan populariteit te winnen (EMCDDA, 2007b). De beschikbaarheid is verhoogd, wat voor een aanzienlijke daling van de prijs van cocaïne heeft gezorgd (Van Montfoort, 2007).

Het is opvallend dat er tot nog toe geen epidemiologische studies op regionaal of nationaal niveau bestaan die een duidelijk zicht geven op het cocaïnegebruik bij de bevolking. Onderstaand overzicht blijft om die reden eerder fragmentarisch. Bovendien is het belangrijk de beschikbare cijfers met enige omzichtigheid te interpreteren. Cocaïnegebruik zou in de Europese Unie niet gelijkmatig verdeeld zijn, omdat het zich concentreert in bepaalde steden en onder bepaalde bevolkingsgroepen (EMCDDA, 2009). Wat de geografische spreiding van het cocaïnegebruik betreft, wordt duidelijk dat de hoogste concentraties zich situeren in Spanje, Denemarken, Italië, Ierland en het Verenigd Koninkrijk. In meer dan de helft van de EU-landen zou de gemiddelde ‘lifetime’-prevalentie minder dan 1.2% bedragen en de prevalentie van gebruik tijdens het laatste jaar ligt onder de 0.5% (EMCDDA, 2007b). Europees onderzoek naar de prevalentie van druggebruik onder 15-16 jarigen (ESPAD-studie) wees er enkele jaren geleden op dat het gebruik van cocaïne door jongeren een relatief marginaal fenomeen was (Hibell et al., 2004). Mensen die frequent uitgaan zouden vaker cocaïne gebruiken dan mensen die dit eerder sporadisch doen. Onderzoek in pubs, clubs en discotheken levert bijgevolg hogere prevalentiecijfers op (EMCDDA, 2007b). In het VK wordt het voorkomen van cocaïnegebruik bij uitgaande en niet-uitgaande jongeren tijdens het laatste jaar op respectievelijk 13% en 3.7% geschat (EMCDDA, 2007b).
Indien we deze parameters bekijken voor jongeren en (jong)volwassenen van 15 tot 34 jaar, bedraagt de ‘lifetime’-prevalentie 5.3%, terwijl de prevalentie van gebruik tijdens het afgelopen jaar 2.4% en tijdens de afgelopen maand 1% bedroeg (EMCDDA, 2007b). Vooral het aantal mensen dat ooit cocaïne heeft gebruikt is de voorbije jaren sterk toegenomen, niet zozeer het aantal personen dat op regelmatige wijze cocaïne consumeert. Er wordt geschat dat ongeveer 13 miljoen Europeanen ooit in hun leven cocaïne gebruikt hebben, of 3.9 % van de volwassenen tussen 15 en 64 jaar (EMCDDA, 2009). Ongeveer 4 miljoen Europeanen hebben tijdens het afgelopen jaar cocaïne gebruikt (gemiddeld 1.2%), maar de verschillen tussen landen zijn opmerkelijk. Om trends in problematisch cocaïnegebruik nauwgezet te kunnen nagaan, ontbreekt voorlopig de nodige informatie (EMCDDA, 2009). Het gebruik van crack zou de laatste jaren stabiel gebleven zijn op een laag niveau en zou zich vooral concentreren onder bepaalde gemarginaliseerde groepen druggebruikers (EMCDDA, 2007b).

Wanneer we ons toespitsen op bevindingen voor België, merken we dat er slechts beperkt prevalentieonderzoek voorhanden is. Toch kunnen we spreken van een bevestiging van de

internationale bevindingen aangaande cocaïnegebruik (Sartor & Walckiers, 2001; Sleiman & Roelands, 2006). Een studie naar cocaïnegebruik onder problematische- en gemarginaliseerde druggebruikers toonde een progressieve stijging van het cocaïnegebruik tussen 1994 en 2001. De combinatie van heroïne en cocaïne zou hierbij de laatste jaren meer en meer opduiken (EMCDDA, 2007b). Tot slot toonde een uitgaansonderzoek van de Vereniging voor Alcohol – en andere Drugproblemen (VAD) een stijging van het cocaïnegebruik in 2007 ten opzichte van 2003 en 2005.

1.2. KENMERKEN VAN COCAÏNEGEBRUIKERS

1.2.1. DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

Uit internationaal onderzoek blijkt dat cocaïnegebruik voorkomt bij mannen en vrouwen van alle leeftijden, ongeacht hun etnische afkomst, socio-economische status of geografische afkomst (Emblad et al., 1995; EWDD, 2009). De gemiddelde beginleeftijd voor cocaïnegebruik bedraagt 21 à 22 jaar (Patesson & Steinberg, 2000; Haasen et al., 2001), met een 'lifetime'-prevalentie van 2.5% voor jongeren van gemiddeld 15-16 jaar (Hibell et al., 2004) en 6.8% voor jongeren ouder dan 18 (Kinable, 2005). Het cocaïnegebruik van de meeste gebruikers situeert zich voornamelijk gedurende hun twintiger jaren (Vanderplasschen et al., 2001). Andere gegevens tonen aan dat de gemiddelde leeftijd van cocaïnegebruikers in behandeling (ca. 32 jaar) hoger ligt in vergelijking met gebruikers van andere producten (EWDD, 2009). Wat de man-vrouwverhouding betreft, is het opvallend dat aanzienlijk meer mannen dan vrouwen cocaïne gebruiken (Vanderplasschen et al., 2001; EMCDDA, 2007b).

1.2.2. TOEDIENINGSWIJZE EN FREQUENTIE

Uit gegevens van het EMCDDA blijkt dat cocaïne in de meeste gevallen (53%) wordt gesnoven (EMCDDA, 2007b). Over het algemeen komt het gebruik van base-cocaïne relatief weinig voor in de Europese Unie en is dit voornamelijk geconcentreerd in de grootsteden (Prinzleve et al., 2004; EMCDDA, 2007a). Niettemin wijst Belgisch follow-up onderzoek erop dat een aanzienlijk deel van de langdurige cocaïnegebruikers in het uitgaansleven (72.4%) ooit een (eenmalige) overgang maakte van het snuiven naar het basen van cocaïne (Decorte & Slock, 2005). Het snuiven van cocaïne gaat in het gros van de gevallen vooraf aan het basen ervan (Haasen et al., 2001; Prinzleve et al., 2004).

Cocaïnegebruikers die deze drug snuiven zouden over het algemeen beter maatschappelijk geïntegreerd zijn dan gebruikers die cocaïne inhaleren of injecteren (Emblad et al., 1995; Haasen et al., 2004; EMCDDA, 2007b). Gebruikers die (bijna) dagelijks cocaïne consumeren, gebruiken meestal basecocaïne (Haasen et al., 2001; EMCDDA, 2007b). Het betreft dus duidelijk verschillende consumptiepatronen. Het snuiven van cocaïne heeft minder gezondheidsgerelateerde en sociale problemen voor gevolg in vergelijking met het basen van dit middel (Emblad et al., 1995).

1.2.3. POLYGEBRUIK

Voornamelijk tijdens de eerste jaren van het cocaïnegebruik wordt er geëxperimenteerd met verschillende producten (Decorte & Slock, 2005). Cocaïneafhankelijkheid blijkt duidelijk gerelateerd met het gebruik van heroïne, methadon en benzodiazepines (Norton et al., 2000; Vanderplasschen et al., 2001; Vivancos et al., 2006; EMCDDA, 2007b) en met het gebruik van alcohol en cannabis (Haasen et al., 2001; Vermeulen et al., 2001; EMCDDA, 2007b). De link met het gebruik van andere psychostimulantia zou eerder zwak zijn (EMCDDA, 2007b). In landen waar cocaïne de markt voor illegale stimulerende middelen domineert, blijkt het amfetaminegebruik aan de lage kant te liggen (EMCDDA, 2009). Meer geïntegreerde cocaïnegebruikers verkiezen vaker alcohol en cannabis als bijproduct, terwijl meer gemarginaliseerde cocaïnegebruikers eerder heroïne als bijkomend product gebruiken (Haasen et al., 2004; Prinzleve et al., 2004). Polygebruik is eerder regel dan uitzondering bij cocaïnegebruikers (Emblad et al., 1995; EMCDDA, 2007a). Vaak gebruikt men meerdere middelen om de effecten van cocaïne te versterken of juist te temperen. Men gaat zowel voor, tijdens als na het

cocaïnegebruik alcohol gebruiken, terwijl cannabis en heroïne hoofdzakelijk na (of tijdens in het geval van heroïne) het cocaïnegebruik gebruikt worden om de nefaste gevolgen van het gebruik te reduceren (Haasen et al., 2001). Verder is het opvallend dat gebruikers die cocaïne combineren met alcohol meer cocaïne gebruiken dan diegene zonder bijgebruik. Alcohol benadrukt en verstrerkt de effecten van cocaïne en vermindert de negatieve gevolgen ervan (Rush, Roll & Higgins, 1998).

Uit Nederlands onderzoek blijkt tenslotte dat cocaïne steeds meer als voornaamste product vermeld wordt, te verstaan als het product waarmee men het meest moeite ervaart om het gebruik te verminderen of te stoppen, of waaraan het meest tijd gespendeerd wordt in functie van het verkrijgen of gebruiken van dit middel (Vermeulen et al., 2001). Er is evenwel weinig onderzoek beschikbaar over de effecten en behandelingsimplicaties van polydruggebruik (Haasen et al., 2001). Wel bestaat er enige evidentie dat polydruggebruikers minder behandelingstrouw zijn dan personen die enkel cocaïne gebruiken (Norton et al., 2000).

1.3. NOOD AAN EEN COCAÏNESPECIFIEK BEHANDELPROGRAMMA

1.3.1. COCAÏNEGERELATEERDE HULPVRAGEN

Gezien de toename van het cocaïnegebruik de afgelopen jaren, hoeft het niet te verbazen dat ook een progressieve toename van cocaïnegerelateerde hulpvragen kan worden vastgesteld in hulpverlenings-centra (Haasen et al., 2001; EMCDDA, 2007b). Op Europees niveau vormt cocaïne inmiddels het derde belangrijkste product waarvoor druggebruikers een hulpvraag stellen (EMCDDA, 2007a; 2007b). De mate waarin cocaïnegebruikende cliënten instromen in de drughulpverlening varieert echter sterk van land tot land.

Uit Belgische cijfers blijkt dat ook in ons land de laatste jaren meer hulpvragen met betrekking tot cocaïne voorkomen (Sleiman & Roelands, 2006; EMCDDA, 2007b). Ook binnen de categoriale drughulpverlening merkt men de laatste jaren een toename aan hulpvragen voor cocaïnegerelateerde problemen (VAD, 2005; Sleiman & Roelands, 2006). Uit registratiegegevens van de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV) blijkt dat het aantal cliënten die bij ambulante centra een hulpvraag stellen omtrent cocaïne toegenomen is van 10.3% in 2000 tot 15.1% in 2006 (Thienpont & Van Deun, 2005). Deze stijging vertaalt zich bovendien in een hoger percentage cocaïnegebruikers binnen de totale groep van gebruikers (VAD, 2005). Deze cijfers lijken de internationale trend aangaande een groeiend aantal cocaïnegerelateerde hulpvragen te bevestigen.

1.3.2. HET HULPVERLENINGSTRAJECT

Hoewel het aantal hulpvragen toeneemt, is het opvallend dat de behandeling van cocaïnegebruikende cliënten vrij moeizaam verloopt. Verschillende auteurs hebben cocaïnegebruik in verband gebracht met een hoge mate van drop-out en herval (Donckers, 2007; Knapp et al., 2007; Stotts et al., 2007; DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008; Higgins et al., 2008).

In tal van onderzoeken heeft men een relatief hoge drop-out bij cocaïnegebruikers vastgesteld (Veach et al., 2000; Sayre et al., 2002; DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008). Het succesvol afronden van ambulante programma’s bij deze populatie ligt vaak beneden de 50%, wat impliceert dat de uitval van cocaïnegebruikers tijdens de behandeling tussen de 55% en 74% ligt (Agosti et al., 1996; Shaerer, 2007; Stotts et al., 2007). Ook cijfers met betrekking tot herval zijn over het algemeen vrij hoog (EMCDDA, 2007). Bovendien worden heel wat cocaïnegebruikers getypeerd als draaideurcliënten, die op korte tijd hulp zoeken bij verschillende voorzieningen (Vanderplasschen et al., 2003). Deze bevindingen roepen vragen op met betrekking tot de effectiviteit van de bestaande ambulante programma’s, te meer omdat retentie in behandeling een belangrijke voorspeller is van het succes van een behandeling (Agosti et al., 1996; Stotts et al., 2007). Al deze factoren wijzen op de nood aan een specifiek behandelingsprogramma voor cocaïnegebruikers.

1.3.3. EEN COCAÏNESPECIFIEK PROGRAMMA

De toenemende en veranderende hulpvragen omtrent cocaïnegebruik stellen de hulpverlening op de proef in termen van het voorzien van een passend aanbod (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008; Higgins et al., 2008). Ook in België is er een gebrek aan programma's die zich specifiek richten naar cocaïnegebruikers (Sleiman & Roelands, 2006). Beleidsmakers, wetenschappers en hulpverleners worden dan ook voor de uitdaging gesteld om een adequaat hulpverleningsaanbod te voorzien voor deze populatie.

Hoewel de meeste evidentie op Amerikaanse leest geschoeid is, wordt er ook in Europa steeds meer aandacht besteed aan de uitbouw van een cocaïnespecifiek behandelingsaanbod (EMCDDA, 2007b). Dergelijk aanbod aan programma's voor mensen met cocaïneproblemen blijkt vooralsnog schaars in Europa, al is er op dit vlak recent een kentering merkbaar (EMCDDA, 2007a; Legl, 2007; Shaerer, 2007). Zo is er in Groot-Brittannië sprake van een structurele verankering van deze focus in het drugbeleid. Ook in Ierland, Duitsland, Spanje, Engeland en Nederland wordt werk gemaakt van een cocaïnespecifiek hulpverleningsaanbod (EMCDDA, 2007b).

Het gebeurt vaak dat cocaïnegebruikers hun gebruik niet als schadelijk ervaren en dat zij ook geen noemenswaardige problemen rapporteren (Haasen et al., 2001; Legl, 2007). Ze menen hun gebruik onder controle te hebben en hebben geen behoefte aan hulp. Bovendien blijken de meeste behandelingsprogramma's primair gericht op opiaatverslaafden en deze zijn daarom minder aantrekkelijk voor cocaïnegebruikers. Wanneer cocaïnegebruikers immers behoefte aan hulp ervaren, komen deze programma's minder tegemoet aan hun noden (Prinzleve et al., 2003; EMCDDA, 2007b). Meer geïntegreerde cocaïnegebruikers identificeren zich namelijk niet of minder met het beeld dat zij van opiaatgebruikers en hun levensstijl hebben en willen hier dan ook liever niet mee geassocieerd worden (Haasen et al., 2001; Legl, 2007). Omdat er momenteel geen of beperkte (bv. disulfiram) mogelijkheden zijn inzake medicamenteuze behandeling, is er heel wat aandacht gericht op het opzetten van een cocaïnespecifiek hulpverleningsaanbod met andere accenten (EMCDDA, 2009). Verder is er ook sprake van een sterk gedepriveerde groep van cocaïnegebruikers, die moeilijk(er) te bereiken zouden zijn (EMCDDA, 2007b). Bij deze groep zijn er heel wat levensdomeinen die extra aandacht vragen tijdens het hulpverleningsproces (EMCDDA, 2007b).

Tenslotte blijkt de aard van de hulpvragen van cocaïnegebruikers dikwijls verschillend van die van andere cliënten. Cocaïnegebruikers zouden immers dikwijls een beroep doen op hulpverlening tijdens of net na een crisiservaring, met een vraag naar concrete handvaten en onmiddellijk bruikbare informatie (Mol et al., 2002; Legl, 2007; Reid & D'Agostino, 2007). Eens zij deze crisissituatie onder controle hebben, zouden zij zich snel opnieuw aan de hulpverlening onttrekken. Bepaalde auteurs brengen dit in verband met vaak voorkomende cliëntkenmerken van cocaïnegebruikers, zoals hun impulsiviteit en drang naar directe bevrediging (Reid & D'Agostino, 2007). Tot slot bevestigen enkele studies dat cocaïnegebruikers zelf een meerwaarde toekennen aan programma's die specifiek gericht zijn op hun cocaïnegebruik (Vermeulen et al., 2001).

1.4. EEN WETENSCHAPPELIJK ONDERBOUWDE METHODIEK

Bij de keuze van een specifieke methodiek voor de behandeling van cocaïnegebruikers werd niet over één nacht ijs gegaan. Dit werd eerst uitvoerig onderzocht (De Kiem, 2008) en de uiteindelijke keuze houdt verband met volgende bevindingen.

Reviews naar de werkzaamheid van verschillende interventies voor cocaïnegebruikers tonen aan dat programma's die uit verscheidene geïntegreerde componenten bestaan betere resultaten opleveren (Norton et al., 2000; Knapp et al., 2007). Bovendien blijkt dat cliënten in belangrijke mate een beroep doen op drughulpverlening omwille van neveneffecten op andere levensdomeinen, zoals fysieke, psychologische, sociale of financiële problemen (Haasen et al., 2001). Ondanks bovenstaand pleidooi voor een cocaïnespecifiek programma, is het niet wenselijk enkel te focussen op cocaïnegebruik zonder aandacht te hebben voor ermee gerelateerde problemen op andere levensgebieden (Emblad et al., 1995; Haasen et al., 2001). Het belang van een multimodale, trajectmatige benadering van drugproblemen, gekenmerkt door zorg op maat en continuïteit van zorg, wordt algemeen erkend (Willenbring, 1996; McLellan, 2002; Vanderplasschen et al., 2002).

Gezien de behandelingsretentie van cocaïnegebruikers beduidend lager is dan die van andere cliënten (EMCDDA, 2007b), hebben een aantal onderzoekers zich toegelegd op het analyseren van de potentiële invloed van behandelingsaspecten op de retentie van cocaïnegebruikers. Hoewel een aantal factoren kon worden geassocieerd met het succes van de behandeling, heerst er vooralsnog geen eenduidigheid met betrekking tot mogelijke predictoren (Poling et al., 2007; Stotts et al., 2007). Stotts en collega's (2007) verklaren deze ambiguïteit door het feit dat dergelijke studies teveel uitgaan van simplificaties en opperen dat onderzoek beter verricht zou worden vanuit een theoretisch model, gezien een complexe variabele zoals behandelingsretentie interageert met verschillende andere variabelen. Een voorbeeld van dergelijk theoretisch kader is het neurobiologisch model van cocaïneverslaving, dat verklaart hoe cocaïne inwerkt op de dopaminereceptoren in de hersenen en resulteert in een disfunctioneel beloningssysteem (Kalivas, 2007). Bijgevolg komt deze auteur tot de conclusie dat adequate hulpverlening aan cocaïnegebruikers beloningsgericht dient te zijn.

Bijgevolg is een integratief meersporenprogramma aangewezen, dat vertrekt van een coherent theoretisch verklaringsmodel. Diverse studies wijzen in dit verband in de richting van cognitief-gedragstherapeutische interventies (Higgins, 1993; EMCDDA, 2007a; Knapp et al., 2007). Deze programma's werden het meest onderzocht en hiervoor bestaat derhalve ook het meeste empirisch bewijs (Higgins,1993). Uit verschillende studies is gebleken dat de combinatie van Community Reinforcement Approach (CRA) met Contingency Management (vouchers) de beste resultaten oplevert (Norton et al., 2000; Moos, 2007; Higgins et al., 2008)

1.4.1. COMMUNITY REINFORCEMENT APPROACH (CRA) EN CONTINGENCY MANAGEMENT (CM)

De CRA+CM (vouchers) methodiek werkt volgens het operant conditioneringsprincipe (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008; Higgins et al., 2008). De *'Community Reinforcement Approach'* (CRA)-component gaat uit van de veronderstelling dat druggebruik een aangeleerd gedrag of aangeleerde gewoonte is. Negatieve gevolgen van cocaïnegebruik treden doorgaans pas op lange termijn op. CRA beoogt dit solide, disfunctionele bekrachtigingspatroon om te buigen tot een patroon waarbij men niet-druggerelateerde aangename stimuli en responsen adequaat percipieert en nastreeft. Dit wordt gerealiseerd door het opbouwen van een drugvrije levensstijl, waarbij men in de leefomgeving van de cliënt op zoek gaat naar belonende activiteiten die dermate voldoening geven dat deze opwegen tegen de voordelen van cocaïnegebruik (Norton et al, 2000; Moos, 2007; CNSAAP, 2008). Er worden zodoende natuurlijke bekrachtigers ingebouwd in het leven van de cliënt en dit op verscheidene gebieden (EMCDDA, 2007b). Op die manier wil men de cliënt laten ervaren dat een cleane levensstijl minstens even belonend is als een druggebruikende levensstijl. Het veranderen van deze levensstijl is

een geleidelijk proces. Daarom worden positieve evoluties successief bekrachtigd, wat betekent dat men elke verandering in de richting van het gewenste doel beloont (Budney & Higgins, 1998). Bovendien worden de natuurlijke bekrachtigers uit de omgeving aangevuld met materiële beloningen (vouchers) in het kader van '*Contingency Management' (CM)*, de andere component van de methodiek. Deze beloningen hebben als doel de therapietrouw te bevorderen en de aanvankelijke negatieve gevolgen van verminderd gebruik of abstinentie te compenseren (Moos, 2007; Higgins et al., 2008). Aldus voorziet men tijdens het veranderingsproces beloningen voor cliënten die abstinentie aantrekkelijker moeten maken dan gebruik (Norton et al., 2000; Moos, 2007).

De CRA+vouchers methodiek in De Kiem is gebaseerd op een eerder ontwikkeld NIDA-protocol (Budney & Higgins, 1998) en op de Nederlandse vertaling ervan door het NISPA (Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction) (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2004). De veranderingen die men beoogt, hebben betrekking op de volgende vier levensdomeinen: familiale relaties, vrijetijdsactiviteiten, sociaal netwerk en tewerkstelling. Deze domeinen worden verondersteld een directe samenhang te vertonen met cocaïnegebruik. Er wordt aangenomen dat levensstijl-veranderingen het feitelijk cocaïnegebruik en de kans op herval kunnen doen afnemen. De volgorde en mate waarin deze componenten aan bod komen, worden bepaald door de individuele behoeften van de cliënt. Een positieve basisattitude van de hulpverlener en een positief klimaat zijn onontbeerlijk binnen deze aanpak (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008). De nadruk ligt voornamelijk op het bekrachtigen van gewenst gedrag, i.c. cocaïneabstinentie. Verder merken we dat de behandeling voornamelijk gericht is op het hier en nu. Alle aandacht en energie worden ingezet in functie van de nodige levensstijlveranderingen en cocaïneabstinentie (Budney & Higgins, 1998). Op die manier kunnen CRA en CM als complementair beschouwd worden. Immers, terwijl de vouchers eerder op korte termijn de motivatie van de cliënt bevorderen, tracht CRA eerder op langere termijn duurzame veranderingen in te bouwen in het leven van de cliënt (Higgins et al., 2003; Moos, 2007). De vouchers zijn uitsluitend gericht op het cocaïnegebruik, terwijl binnen CRA een breed spectrum aan potentieel gerelateerde problemen aangepakt worden (Higgins et al., 2008). Binnen beide methodieken worden gelijkaardige strategieën aangewend om cliënten te laten ervaren dat een drugvrij leven minstens even belonend is als cocaïnegebruik. Men creëert immers een omgeving waarin het niet gebruiken van cocaïne wordt beloond. Daartoe worden bekrachtigingsmechanismen ingebouwd, respectievelijk natuurlijke in de levensstijl en materiële in het behandelingsproces. De CRA+vouchers methodiek vormt zo een omvattende benadering van gedragsverandering (Higgins et al., 2007).

1.4.2. CRA+VOUCHERS: EEN EFFECTIEVE INTERVENTIE

In verschillende studies is de effectiviteit van Community Reinforcement Approach (CRA) aangetoond (Holder et al., 1991; Miller et al., 1995, 2003; Roozen et al., 2004). CRA wordt naar voor geschoven als één van de meest werkzame methodieken voor de abstinentiegerichte behandeling van diverse populaties met middelengerelateerde problemen (bv. alcohol-, cannabis-, cocaïneafhankelijkheid). Ook studies omtrent contingency management (CM) wijzen op de effectiviteit van deze interventie (Litt et al., 2008; Higgins et al., 2007; Lussier et al., 2006; Prendergast et al., 2006). Hierbij wordt benadrukt dat snelle bekrachtiging en hogere beloningen zorgen voor meer langdurige effecten (Lussier et al., 2006). Verder worden grotere effecten opgemerkt wanneer men zich toespitst op abstinentie van één enkele drug dan van verscheidene middelen tegelijk (Higgins & Silverman, 1999). Zo wordt CM gezien als één van de meest effectieve behandelingen voor cocaïnegebruikers (Higgins & Wong, 2003). Er bestaan echter verschillende vormen van CM, waarvan CRA in combinatie met bekrachtiging aan de hand van vouchers de meest onderzochte en effectieve interventie is gebleken (Norton et al., 2000; Moos, 2007; Higgins et al., 2008; DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008).

CRA blijkt beduidend effectiever te zijn wanneer deze interventie gecombineerd wordt met abstinentiegeoriënteerde beloningen (Higgins et al., 2003; Roozen et al., 2004; EMCDDA, 2007; Knapp et al., 2007). In dit verband wordt gewezen op de hoge drop-out uit behandeling bij cocaïnegebruikers en de daaruit voortvloeiende nood om initiële ontmoediging te voorkomen (Stitzer

et al., 2007). Onderzoek naar de meerwaarde van het gebruik van vouchers ten aanzien van CRA in een ambulante setting illustreert de gunstige effecten ervan zowel op het vlak van retentie als abstinentie (Higgins et al., 1994; Prendergast et al., 2006; Petry et al., 2007; Stitzer et al., 2007). Deze visuele en onmiddellijke beloningen zijn immers sterkere bekrachtigers dan de langere termijn en meer indirecte beloningen van CRA alleen (Higgins et al., 2004). Deze beloningen hebben een krachtige invloed op de motivatie van de cliënt om het volgen van de behandeling en hun abstinentiegerichte inspanningen vol te houden (Stitzer et al., 2007).

Ook voor CM geldt dat de combinatie met CRA betere resultaten oplevert. Immers, de effecten van de vouchers op zich blijken dikwijls slechts van korte duur te zijn en bovendien worden deze veranderingen vaak niet gegeneraliseerd naar andere wenselijke gedragingen (Roozen et al., 2004; Moos, 2007). Het kortdurend effect valt mogelijk toe te schrijven aan het wegvallen van de continue bekrachtiging na beëindiging van het programma, waarbij bekend is dat de effecten relatief snel uitdoven. We kunnen bijgevolg concluderen dat de effectiviteit van contingency management voor het bereiken van langdurige abstinentie niet bewezen is en daarom best gecombineerd wordt met een interventie die lange termijndoelstellingen beoogt, zoals CRA (Higgins et al., 2003; Moos, 2007; Higgins et al., 2008).

1.5. DE CRA+VOUCHERS METHODIEK BINNEN HET AMBULANT CENTRUM VAN DE KIEM

1.5.1. FUNDAMENTEN VAN DE METHODIEK

De CRA+vouchers methode vertrekt niet vanuit een veroordelende houding ten aanzien van gebruik, maar vanuit het bekrachtigen en belonen van vooraf afgesproken gedrag. Deze basisattitude zit verweven in verschillende elementen van de methodiek. In de literatuur omtrent CRA + vouchers heerst er consensus over de behandelingscomponenten die aan de basis liggen van deze methodiek (Pantalon et al., 2004; CNSAAP, 2008). In wat volgt, gaan we dieper in op de verschillende componenten van de CRA+vouchers methodiek zoals deze toegepast worden binnen het ambulant centrum van De Kiem.

1.5.1.1. DUUR EN INTENSITEIT VAN HET PROGRAMMA

Tijdens eerdere onderzoeken uitgevoerd door Budney & Higgens (1998), Norton en collega's (2000) en DeFuentes-Merillas & De Jong (2004) werd de CRA+vouchers methodiek georganiseerd gedurende een periode van 24 weken. Deze behandelingsduur werd ook in dit onderzoek aangehouden. Gedurende de eerste helft van het programma (van week 1 tot week 12) worden er per week twee individuele sessies van 45 minuten georganiseerd. Daarna (weken 13 tot 24) gaan de individuele sessies éénmaal per week door. Na elke sessie en elk tussentijds contact wordt een kort verslag opgemaakt met als doel de vooruitgang op te volgen.

Naast deze gesprekken worden er ook speekselcontroles voorzien. Tijdens de eerste helft van de behandeling is dit driemaal per week en in de tweede helft van het programma tweemaal per week. De therapeuten streven ernaar om de speekselcontroles op maandag, woensdag en vrijdag vast te leggen en vanaf de vierde maand op maandag en donderdag. Hierbij wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de agenda van cliënten en de beschikbaarheid van de therapeut. De therapeut neemt hierbij met andere woorden een flexibele houding aan.

Hoewel de sessies qua inhoud en focus afgestemd worden op de individuele cliënt, vertonen deze voor alle cliënten eenzelfde basisstructuur.

De sessie vangt aan met het bespreken van de speekselcontrole en daaraan gekoppeld de ervaringen van de cliënt met betrekking tot het streven naar abstinentie. De therapeut geeft hierop gepaste

feedback. Wanneer de speekselcontrole negatief is (= geen cocaïnegebruik), wordt de cliënt gefeliciteerd en wordt besproken wat geholpen heeft om abstinent te blijven. Op positieve speekseltesten wordt neutraal gereageerd, zonder een positieve of negatieve waardering te uiten. Nadien maakt de therapeut samen met de cliënt een functie-analyse om meer inzicht te krijgen in de oorzaken en achtergronden van het gebruik. Tijdens elke sessie gaat men in dialoog over het proces dat een cliënt doorloopt met het oog op een bepaalde doelstelling. Ervaren problemen worden besproken en actieplannen worden geïnitieerd. Indien blijkt dat bijkomende vaardigheden noodzakelijk zijn om aan bepaalde problemen het hoofd te bieden, worden deze probleemoplossende vaardigheden aangeleerd.

Na het bespreken van evoluties ten aanzien van de gestelde doelen, stelt de therapeut samen met de cliënt toekomstige doelstellingen op. Vervolgens overlopen ze welke middelen daartoe vereist zijn (bv. vaardigheidstraining). Een samenvatting van de doelstellingen die tegen de volgende sessie nagestreefd dienen te worden en enkele bemoedigende woorden sluiten de sessie af.

1.5.1.2. VERLOOP VAN DE SESSIES

De eerste tien sessies hebben voor elke cliënt dezelfde basisstructuur (DeFuentes-Merilas & de Jong, 2004).

Sessie 1 en 2: Kennismaken en voorbereiden behandelplan

De eerste twee sessies hebben als doel kennis te maken met de cliënt en vervolgens de CRA+vouchers methode toe te lichten. Belangrijk in deze sessies is de cliënt het gevoel te geven dat de behandeling begonnen is en dat het mogelijk is om de leefsituatie te veranderen. De cliënt zal eveneens een duidelijk beeld krijgen over het verloop van de behandeling en over wat er verwacht wordt. Er wordt gestart met het ondertekenen van een behandelingsovereenkomst waarin bepaalde afspraken staan opgetekend.

Om een eerste zicht te krijgen op ervaren probleemgebieden wordt een ‘probleemlijst’ ingevuld (DeFuentes-Merilas & de Jong, 2004), die zich concentreert op de volgende levensgebieden: drug- en alcoholgebruik, werk en opleiding, familierelaties, sociaal functioneren en vrije tijd, psychische gezondheid, juridische aspecten en lichamelijke gezondheid. Ook brengen we mogelijke praktische behoeften in kaart die de behandeling in de weg zouden kunnen staan. Deze hebben vooral betrekking op huisvesting, kinderopvang en vervoer.

Sessie 3 en 4: Verbeteren van het sociaal netwerk en besteding van de vouchers

Iemands mogelijkheden om met stressoren om te gaan zijn meestal beter wanneer hij/zij beschikt over een goed sociaal netwerk. Daarom is het belangrijk een netwerk van mensen te hebben dat de nodige ondersteuning kan bieden tijdens de behandeling. Belangrijke punten die in deze sessie aan de orde komen, zijn: welke personen in het netwerk kunnen de cliënt ondersteunen? Welke vormen van ondersteuning wil de cliënt en hoe kan hij daar om vragen? Indien de cliënt een zeer beperkt netwerk heeft, kan aandacht besteed worden aan het leggen van nieuwe contacten. Om deze sessie vorm te geven, wordt gebruik gemaakt van een cirkeldiagram (cf. DeFuentes-Merilas & de Jong, 2004).

Een ander doel van deze sessies is om samen met de cliënt te exploreren wat mogelijke bekrachtigers of beloningen kunnen zijn. Het hoofdaccent binnen het behandelprogramma ligt immers op het aanbrengen van veranderingen in de levensstijl van de cliënt, zodat er steeds meer activiteiten in zijn/haar leven komen die een alternatief vormen voor druggebruik. Het geld dat verdiend wordt met het beloningssysteem dient dan ook zoveel mogelijk besteed te worden aan sociale of vrijetijdsactiviteiten. In overleg met de therapeut kan het verdiende geld ook aan andere zaken besteed worden. Om de cliënt op weg te helpen in de keuze van belonende bezigheden, voorziet de methodiek in een ‘plezierige activiteitenlijst’ (DeFuentes-Merilas & de Jong, 2004).

Sessie 5 en 6: Functie-analyse en zelfmanagementplanning

Het bereiken van cocaïneabstinentie is altijd het primaire doel van het behandelplan. Het plan dient veranderingen te beogen op gebieden die direct verband houden met cocaïnegebruik, of het gebruik verminderen of de kans op terugval verkleinen. De gebieden waarop overige doelstellingen betrekking kunnen hebben, zijn: overig druggebruik, werk en opleiding, familierelaties, sociale relaties en vrijetijdsbesteding. Psychische, juridische, medische, financiële en huisvestingsproblemen die het bereiken of behouden van cocaïneabstinentie belemmeren, worden ook overwogen.

De therapeut en de cliënt gaan aan de slag met het ontwikkelen van een ‘zelfmanagement’-planning voor de verschillende 'triggers' voor gebruik die zijn vastgesteld aan de hand van de functieanalyses. Ze brengen in kaart hoe middelengebruik afhangt van interne en externe processen. Het ontwikkelen van een zelfmanagementplanning helpt de cliënt te oefenen in specifieke vormen van assertief gedrag om met ‘zucht’ of ‘craving’ om te gaan en hoe bepaalde 'triggers' aan te pakken.

Sessie 7 en 8: Functie-analyse (vervolg) en drugs weigeren

Om met cocaïnegebruik te stoppen dient de cliënt te leren welke mensen, plaatsen en dingen de zucht naar cocaïne oproepen en hoe hij/zij deze kan vermijden of ermee kan omgaan. Vandaar dat elke cliënt getraind wordt in het maken van deze functieanalyses. Het doel is dat men zijn/haar druggebruik leert begrijpen, zodat men zelf naar manieren kan zoeken om de kans op gebruik in de toekomst te verkleinen. Functieanalyses worden om die reden tijdens de hele behandeling gebruikt, indien nodig.

Het aangeboden krijgen van cocaïne of het door anderen onder druk gezet worden om te gebruiken, zijn vaak voorkomende risicosituaties. Daarom wordt aandacht besteed aan zelfmanagementplanning en aan het weigeren van cocaïne en andere drugs. Oefenen in het weigeren van cocaïne kan de cliënt helpen om sneller en effectiever te reageren wanneer een dergelijke situatie zich voordoet. Het doel is om snel en overtuigend neen te leren zeggen.

Sessie 9 en 10: Opmaken behandelplan en advisering

Doel van deze sessie is het bespreken van de voortgang, om vervolgens een behandelplan op te stellen. Aan de hand van dit plan kunnen in de komende sessies nieuwe vaardigheden worden aangeleerd. De keuzemogelijkheden omtrent de inhoud van de komende sessies worden aan de cliënt voorgelegd. De therapeut neemt hierin een adviserende rol aan, hoewel het de bedoeling is overeenstemming te bereiken met de cliënt.

1.5.1.3. SPEEKSELCONTROLES

Het toekennen van beloningen, eigen aan het vouchersysteem, gebeurt op basis van cocaïnevrije speekselcontroles. De speekseltest waarmee gewerkt wordt, is de ‘RapidSTAT’-test van de Duitse firma Mavand Solutions (www.mavand.com). Via deze test bestaat de mogelijkheid om het gebruik van meerdere middelen na te gaan (cocaïne, heroïne, cannabis, amfetamine en methamfetamine). De resultaten van deze test kunnen elektronisch gelezen worden, waardoor ze direct omgezet kunnen worden in een bestand dat alle testresultaten bevat en waarmee grafieken gemaakt kunnen worden die de evolutie van het gebruik tonen. Het resultaat van de speekseltest is na 10 à 15 minuten zichtbaar. Studies met betrekking tot de ‘Mavand RapidSTAT’-test wijzen op een goede sensitiviteit, specificiteit en accuraatheid van de test (Wille et al., 2009; Druid-deliverable, 2010)

Een negatieve speekselcontrole (lees: geen cocaïnegebruik) levert een aantal punten op, waarbij elk verdiend punt 0.25 euro waard is. De eerste negatieve controle is 10 punten waard, ofwel €2.50 (0.25 x 10 punten). Bij elke daaropvolgende cocaïnevrije speekselcontrole stijgt de waarde van de voucher met 5 punten. Bij drie opeenvolgende cocaïnevrije speekselcontroles verdient men een bonus van €10

(40 punten). Een positieve controle of het missen van een speekseltest betekent dat de waarde van de vouchers terugvalt naar de beginwaarde van €2,50. Echter, het afleveren van vijf opeenvolgende cocaïnevrije speekseltesten na een positieve test zorgt ervoor dat de waarde van de vouchers terug stijgt naar de waarde van voor de terugval. Van week 6 tot en met week 24 van de behandeling is de maximale waarde van een voucher €20. De cumulatieve opbouw van dit puntensysteem wordt in onderstaande tabel voorgesteld.

WEEK	***MAXIMAAL TE VERDIENEN WAARDE VOUCHERS PER WEEK***	***CUMULATIEF***
1	2.50 + 3.75 + 5.00 + 10.00 (bonus)	21.25
2	6.25 + 7.50 + 8.75 + 10.00	32.50
3	10.00 + 11.25 + 12.50 + 10.00	43.75
4	13.75 + 15.00 + 16.25 + 10.00	55.00
5	16.25 + 17.50 + 18.75 + 10.00	62.50
6 t/m 12	20.00 + 20.00 + 20.00 + 10.00 (70 *7)	490.00
13 t/m 24	8 blokken van 3 metingen + bonus (70 *8)	560.00
Totaal in €		1268.00

Een cliënt kan dus maximum 1268 euro verdienen, wanneer hij/zij gedurende de volledige 24 weken abstinent blijft. Onderzoek heeft aangetoond dat bovenstaand beloningssysteem van alle onderzochte systemen het meest efficiënte was. De punten die met dit systeem verzameld worden, kunnen besteed worden aan allerlei zaken die bijdragen tot de behandelingsdoelen van de cliënt (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008).

1.5.1.4. FUNCTIE-ANALYSE

Aan de hand van een grondige analyse van het druggebruik probeert men zicht te verwerven op relevante antecedenten en consequenten van gebruik (Norton et al., 2000; CNSAAP, 2008). In de eerste plaats besteden we aandacht aan mogelijke ‘triggers’. Dit houdt in dat we het gedrag van de cliënt analyseren. Welke middel(en) gebruikt hij/zij gewoonlijk, hoeveel, hoe vaak en hoeveel tijd neemt dit in beslag? Vervolgens wordt samen stilgestaan waar en wanneer de cliënt meestal gebruikt. Tot slot gaan we dieper in op wat de cliënt denkt kort voordat hij/zij begint met gebruiken, alsook hoe hij/zij zich dan gewoonlijk lichamelijk en emotioneel voelt. Na deze analyse staan we stil bij de positieve effecten op korte termijn en de negatieve effecten op lange termijn. Wat betreft de negatieve effecten overlopen we de uitkomsten op alle levensdomeinen. Deze functieanalyse hanteren we als hulpmiddel bij de initiële assessment, maar ook bij terugval of om prosociaal gedrag in kaart te brengen.

1.5.1.5. BEHANDELINGSPLAN

Therapeut en cliënt trachten samen behandelingsdoelen te definiëren. De achterliggende filosofie van de CRA+vouchers methodiek is dat de interventie primair opgezet wordt rond aspecten die de cliënt motiveerden tot het zoeken van hulp, vaak het cocaïnegebruik op zich (Budney & Higgins, 1998). De hulpverlener en cliënt komen daarbij tot een gezamenlijke beslissing over welke middelen ingezet zullen worden om de behandelingsdoelen na te streven (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008).

Wanneer een persoon gedurende enige tijd drugs gebruikt, vernauwt zijn/haar betrokkenheid bij niet-druggerelateerde activiteiten aanzienlijk, met een toenemend isolement als gevolg (CNSAAP, 2008). De CRA+vouchers-methodiek biedt een reeks behandelingsmodules aan die gericht zijn op het hervatten van belonende activiteiten die geen cocaïnegebruik impliceren (CNSAAP, 2008). De volgorde en omvang waarin deze modules aan bod komen, hangt af van de individuele behoeften en doelen van de cliënt (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008).

Concreet wil dit zeggen dat we bij alle levensgebieden stilstaan en kijken wat de cliënt als algemene doelstelling wil bereiken. Vervolgens proberen we dit algemeen doel per levensdomein te concretiseren in subdoelen, om daarna mogelijke methoden om deze doelstellingen te bereiken te bepalen. Een hulpmiddel hierbij is het formulier ‘Tevredenheid met het leven’. Deze schaal beoogt een idee te geven van de tevredenheid van de cliënt met zijn/haar leven op dit moment. Pas als men weet wat goed gaat en wat minder, kan hier op een zinvolle wijze verandering in aangebracht worden. Het opzet is dat de cliënt op ieder leefgebied een score geeft die het best zijn/haar tevredenheid op dat gebied aangeeft. Hoe hoger het cijfer, hoe meer tevreden. Op die manier kunnen we prioriteiten in gewenste veranderingen bepalen, waarbij we starten met de gematigde cijfers zodat we dadelijk succeservaringen kunnen bereiken. Naast het geven van een score op de verschillende levens-gebieden is het de bedoeling weer te geven welke gebeurtenissen op elk gebied dienen op te treden in een voor de cliënt ideaal leven.

1.5.1.6. VAARDIGHEIDSTRAINING

Het identificeren en aanleren van ontbrekende en noodzakelijke vaardigheden vormt een cruciaal onderdeel van de CRA+vouchers methodiek (CNSAAP, 2008). Afhankelijk van de noodzaak, te verstaan als de individuele doelstellingen en de daarvoor benodigde vaardigheden bij de cliënt, worden diverse modules ingeschakeld als onderdelen van het behandelingsplan (Budney & Higgins, 1998). Het gaat hierbij primair om vaardigheden die verband houden met het identificeren van het eigen gebruikspatroon, alsook met het weigeren van drugs en zelfmanagementplanning (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008). Hierbij is er keuze uit volgende mogelijkheden:

- Probleemoplossende vaardigheden: bij het doorbreken van verslavingsproblemen zijn de ervaren problemen van diverse aard en hebben deze een weerslag op verschillende levensgebieden. In deze module wordt geoefend om adequaat met deze problemen om te gaan;
- Oriëntatie op werk/opleiding en vrijetijdsbesteding: veel cliënten die stoppen met gebruiken, ervaren een leegte in hun leven en hebben moeite om deze op te vullen. In deze sessie gaat de aandacht uit naar hoe op een zinvolle wijze (vrije) tijd te besteden;
- Sociale vaardigheidstraining: in deze module wordt geoefend hoe met andere mensen om te gaan, hoe conflicten op te lossen en de kans op terugval te verminderen;
- Dag- en nachtritme- en slapeloosheid-protocol: om cliënten te helpen bij slaapproblemen geven we hen richtlijnen hoe ze hun slaapritme kunnen bijhouden en hoe ze een regelmatig slaappatroon kunnen ontwikkelen;
- Relatiebegeleiding: deze module gaat in op relatiemoeilijkheden en hoe deze obstakels op een constructieve manier kunnen worden besproken. De partner wordt uitgenodigd om bij deze sessie aanwezig te zijn.

Deze vaardigheden worden gedemonstreerd door de hulpverlener en de cliënt oefent ze in tijdens de hulpverleningsessie. Als huiswerk krijgen cliënten de opdracht om met de aangeleerde vaardigheden aan de slag te gaan tegen de volgende sessie (CNSAAP, 2008). Hoewel het behandelingsprotocol aanbeveelt om zoveel mogelijk van deze trainingen in te passen in de begeleiding van de cliënt, is het onmogelijk gebleken om alle beschreven vaardigheidstrainingen in de praktijk ook toe te passen. Zo werd de mogelijkheid tot relatiebegeleiding bijvoorbeeld niet toegepast. De meest voorkomende vaardigheidstrainingen waren deze rond probleemoplossing en oriëntatie op gebied van werk, opleiding of vrijetijdsbesteding. Indien wenselijk werd hiervoor doorverwezen naar gespecialiseerde hulpverleners.

1.5.1.7. EEN MOTIVERENDE GESPREKSSTIJL

Omdat de motivatie tot verandering van gewoontegedrag vaak wisselend en ambivalent is (Prochaska et al., 1992), wordt stapsgewijs gewerkt om de motivatie positief te versterken. Via deze weg trachten we de problemen die een cliënt ervaart te verminderen. In hoeverre deze problemen verband houden met het middelengebruik is (voor de cliënt) vaak onduidelijk. Vandaar dat motivatie tot behandeling de eerste stap is naar een inventarisatie van problemen. In deze fase wordt ook aan de cliënt gevraagd een balans op te maken. Deze balans van voor- en nadelen van cocaïnegebruik dient ook ter ondersteuning van de motivatie. Motivatie wordt over het algemeen beschouwd als een belangrijke voorspeller van succes voor uiteenlopende vormen van psychologische en/of medische behandeling (De Leon et al., 1994).

Motivationele gesprekken maken inherent deel uit van de CRA+vouchers methodiek. Dit impliceert zowel een niet-moraliserende, sterk op de eigen verantwoordelijkheid gerichte basishouding van de therapeut, als een gesprekstechniek die gericht is op het verhogen van de motivatie tot verandering (Schippers, 1996). Tijdens de toepassing van de CRA+vouchers methodiek stonden volgende motivatietechnieken centraal (cf. Miller & Rollnick, 1991):

- Een empathische gespreksstijl helpt de cliënt om zelf een goede afweging te maken van positieve en negatieve consequenties van gebruik en alternatief gedrag. Alleen als de cliënt zelf meer voor- dan nadelen verwacht van nieuw gedrag, zal hij of zij bereid zich hiervoor in te zetten;
- Keuzemogelijkheden geven aan de cliënt;
- Verstrekken van objectieve informatie over de huidige situatie van de cliënt;
- Het helpen verhelderen van doelen die de cliënt zichzelf wil stellen;
- Creëren van een helpende sfeer waarin therapeut en cliënt actief betrokken zijn;
- Obstakels uit de weg gaan die gedragsverandering belemmeren.

1.5.1.8. COUNSELLINGSTIJL

De therapeut vervult de rol van coach of trainer tijdens het veranderingsproces van de cliënt (Budney & Higgins, 1998). Dit betekent dat deze een evenwicht zoekt tussen enerzijds structurerend/adviserend en anderzijds ondersteunend optreden (Moos, 2007). Er wordt van de therapeut verwacht dat hij/zij zich flexibel, empathisch, actief betrokken, directief (evenwel in samenspraak) en sociaal bekrachtigend opstelt (Budney & Higgins, 1998).

De therapeut dient in staat te zijn een functie-analyse te maken van de situatie van de cliënt en in samenspraak met hem/haar fundamentele veranderingsdoelen voorop te stellen en op te volgen. Overigens is het aangewezen dat de therapeut afdoende kennis heeft over gedragstherapeutische

technieken en indien nodig vaardigheidstrainingen kan geven. Bovendien wordt aanbevolen sterk outreachend te werken met cliënten in functie van doelrealisatie. De therapeut neemt een aanklampende rol aan in functie van het verhogen van de therapietrouw (vb. de cliënt bij een gemiste afspraak opbellen, …) (Budney & Higgins, 1998).

Belangrijke aspecten eigen aan de counselingstijl bij de CRA + vouchers methode zijn:

FLEXIBILITEIT

In het afsprakenschema met de cliënt dient voldoende flexibiliteit te worden ingebouwd om tegemoet te komen aan de mogelijkheden en noden van de cliënt. Het niet nakomen van afspraken wordt niet veroordeeld. Dergelijke begripsvolle houding zou een verhoogde retentie en een versneld opbouwen van vertrouwen in de hand werken. Na verloop van tijd kan de therapeut het op tijd komen en het nakomen van afspraken tot onderdeel maken van de gesprekssessies. Bijvoorbeeld indien afspraken niet nagekomen worden, hoort men dit met de cliënt te bespreken. We gaan na of de gevergde tijdsinspanning strookt met diens individuele planning en trachten de cliënt te stimuleren tot nadenken over mogelijke oplossingen, eerder dan dit te beschouwen als een gebrek aan motivatie.

Wanneer een cliënt onder invloed op gesprek verschijnt, wordt de behandelsessie kort gehouden. Enerzijds trachten we de cliënt positief te bekrachtigen voor zijn/haar aanwezigheid, maar anderzijds willen we duidelijk stellen dat het niet de bedoeling is om onder invloed een sessie te volgen. Dergelijke situaties worden opgenomen als werkpunt in het behandelingsplan, maar vormen zeker geen reden om de behandeling te beëindigen.

EMPATHIE

Als therapeut is het essentieel om empathisch te zijn en over de nodige luistervaardigheden te beschikken die het mogelijk maken om de situatie en moeilijkheden die gepaard gaan met een veranderingsproces te begrijpen. Confrontatie en beoordelende, normatieve feedback worden binnen deze methodiek sterk afgeraden. Dialoog en overleg verdienen de voorkeur.

ACTIEVE BETROKKENHEID

Het actief aanwenden van het probleemoplossend vermogen van therapeut en cliënt staat centraal tijdens de individuele gesprekssessies. Dit betekent onder meer dat de therapeut de cliënt, indien wenselijk, vergezelt naar een sollicitatiegesprek, bij recreatieve activiteiten en dergelijke meer. De therapeut dient een ‘het is mogelijk’-uitstraling te vertonen ten aanzien van de cliënt en als model te fungeren. Van de therapeut wordt verwacht de cliënt indien nodig outreachend te benaderen. Indien een cliënt een afspraak gemist heeft, dient de hulpverlener de nodige stappen te ondernemen om de cliënt te contacteren en aan te moedigen tot het maken van een nieuwe afspraak, dit alles op empathische en motiverende wijze.

De cliënt zelf vervult de rol van actieve participant tijdens het hulpverleningsproces (Budney & Higgins, 1998). Om deze actieve rol vorm te geven, wordt gebruik gemaakt van instrumenten die als huiswerk worden meegegeven, zodat ze tijdens de volgende sessie met de cliënt besproken kunnen worden. Dit verhoogt de verantwoordelijkheid en betrokkenheid van de cliënt bij zijn/haar behandeling.

DIRECTIEF, MAAR COLLABORATIEF

Het is de opdracht van de therapeut om de cliënt informatie en suggesties te geven met betrekking tot de behandelingsdoelen. Zo kan de therapeut uiten wat de meest wenselijke doelstellingen zijn, maar indien de cliënt niet klaar is om aan deze verandering te werken, wordt deze houding gerespecteerd. De taak van de therapeut bestaat erin na te gaan wanneer de cliënt klaar is om deze uitdaging aan te gaan. Hierbij brengt de therapeut eveneens eventuele weerstand bij de cliënt in kaart. Het is de bedoeling dat cliënten dit als hun eigen behandelingsplan beschouwen, waar zij actief bij betrokken worden en dat dit niet iets is dat hen van bovenaf opgedrongen wordt.

SOCIALE BEKRACHTIGING

De therapeuten bekrachtigen regelmatig de inspanningen van cliënten. Ze maken gebruik van iedere gelegenheid om cliënten te laten aanvoelen dat ze vooruitgang maken. Dit is relevant gezien het veranderingsproces voor een aantal cliënten traag en moeizaam verloopt en deze bevestigingen mogelijk de enige bron van aanmoediging zijn voor de cliënt. Daarom wordt ook sterk aanbevolen bij aanvang van het programma voldoende beloningen in te bouwen in het programma om de motivatie van de cliënt te bevorderen. Cocaïneafhankelijkheid wordt immers gekarakteriseerd door een gedragspatroon dat het zoeken en volhouden van hulpverlening bemoeilijkt. Ook indien initiële abstinentie niet haalbaar of wenselijk wordt geacht door de cliënt, dient de periode tussen aanmelding en aanvang van de gedragsverandering voldoende bekrachtigd te worden. Men stelt hierbij successieve bekrachtiging voor, waarbij elke wenselijke en haalbare inspanning van de cliënt wordt beloond.

1.6. ONDERZOEKSVRAGEN

Zowel op Europees als op Vlaams niveau wordt de afgelopen jaren een toenemend aantal hulpvragen met betrekking tot cocaïne geregistreerd (Sleiman & Roelands, 2006; EMCDDA, 2009). De meeste van deze cocaïnegebruikers zijn terug te vinden in ambulante programma's (EMCDDA, 2007b). Men stelt echter vast dat de drop-out en het herval bij deze cliëntengroep hoog liggen. Het lijkt erop dat het ambulante hulpaanbod, dat traditioneel gericht is op opiaatafhankelijke personen, onvoldoende afgestemd is op de noden van cocaïnegebruikers en dat een aangepast, specifiek hulpaanbod noodzakelijk is. Uit de literatuur komt zowel de effectiviteit van CRA als van contingency management naar voor, maar de geïntegreerde CRA+vouchers behandeling zou bij cocaïnegebruikers de beste resultaten opleveren (Rigter et al., 2004; EMCDDA, 2007b; Knapp et al., 2007).
Om die redenen willen we in voorliggend onderzoek de haalbaarheid, bruikbaarheid en effectiviteit van de CRA+vouchers methodiek uittesten bij cocaïnegebruikers in het ambulant centrum van De Kiem. Deze (controversiële) methodiek wordt momenteel nog maar beperkt toegepast in de Europese context en de beschikbare evidentie is vooral gebaseerd op Amerikaans onderzoek. Verschillende studies hebben gewezen op de effectiviteit van de CRA+vouchers behandeling, maar het is niet duidelijk welke elementen van de methodiek bijdragen tot het succes ervan (Roozen, 2004). Het is verder nodig oog te hebben voor de praktische haalbaarheid van de implementatie van deze interventie en voor de eventuele meerwaarde van deze methodiek vanuit het perspectief van de direct betrokkenen. Dit resulteert in volgende onderzoeksvragen die aan de hand van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden beantwoord worden:

Kwantitatieve onderzoeksvragen

- Is er sprake van een significante afname van het cocaïnegebruik na drie en zes maanden behandeling binnen het CRA+vouchers programma en de standaard ambulante behandeling? Is het verschil tussen de experimentele en standaardbehandeling significant?

- Verbetert de kwaliteit van leven van cliënten die, respectievelijk, de CRA+vouchers behandeling en de standaardbehandeling volgen? Is er sprake van een significant verschil tussen beide groepen na drie en na zes maanden behandeling?

- Kan er een verschil in therapietrouw vastgesteld worden tussen cliënten die het CRA+vouchers programma volgen en cliënten in de standaard ambulante behandeling?

- Zijn de extra kosten die de CRA+vouchers methodiek inhoudt in verhouding tot de behandelingsresultaten?

- Is er een verband tussen de motivatie voor verandering en behandeling en de behandelingsresultaten na drie en zes maanden? Is er sprake van een verschil in motivatie tussen de groep cliënten die beloond worden voor abstinentie (CRA+vouchers) en deze die de standaardbehandeling volgen?

Kwalitatieve onderzoeksvragen

- Hoe ervaren cliënten die de CRA+vouchers behandeling volgen deze nieuwe interventie? Wat zien zij als de belangrijkste voor- en nadelen van deze methodiek?

- Hoe ervaren de CRA+vouchers therapeuten de verschillende componenenten van de methodiek (speekseltests, beloningen, gesprekssessies, protocollen, …) en wat zien zij als belangrijkste meerwaarde en mogelijke knelpunten?

- Welke bevorderende en belemmerende factoren identificeren de verschillende betrokkenen (cliënten, CRA-therapeuten, andere hulpverleners in het ambulant centrum, coördinatoren) met betrekking tot de implementatie van deze nieuwe, vrij controversiële methodiek binnen het ambulant centrum van De Kiem?

HOOFDSTUK 2: METHODOLOGIE

2.1. ONDERZOEKSOPZET

Om de vraag te beantwoorden of de CRA+vouchers methodiek effectiever is dan de bestaande behandeling, werd gekozen voor een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoeksopzet of een Randomised Controlled Trial (RCT). De cliënttevredenheid en de perceptie van de verschillende betrokken actoren werd via een kwalitatieve bevraging nagegaan. Door de combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden is het mogelijk om de complexiteit van de realiteit beter te vatten en inzichten verder uit te diepen (Saan & de Haes, 2005).

Voorliggend onderzoek vond plaats in het Ambulant Centrum van De Kiem, waar voornamelijk druggebruikers begeleid worden die zijn doorverwezen onder justitiële druk (in het kader van Gerechtelijke Alternatieve Maatregelen (GAM), Proefzorg of de Drugsbehandelingskamer (DBK)). Een aantal voorbereidingen (december 2008-juni 2009) gingen vooraf aan de eigenlijke implementatie van de nieuwe methodiek. Zo werden bijvoorbeeld folders, flyers en een affiche ontworpen om het project bekend te maken. In mei 2009 werd een driedaagse training voorzien met betrekking tot de CRA+vouchers methodiek. Deze werd georganiseerd door De Kiem en vond plaats in de gebouwen van het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te Boechout. De training verliep onder leiding van Dr. Laura DeFuentes-Merillas, die verbonden is aan het NISPA (Nijmegen Institute for Scientist-Practioners in Addiciton) en auteur is van de Nederlandse vertaling van het originele Amerikaanse CRA+vouchers protocol. Tijdens deze periode werden de CRA-therapeuten ook opgeleid om de verschillende meetinstrumenten (cf. infra) af te nemen. Deze opleiding werd gegeven door medewerkers van de vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent.

In juni 2009 is het CRA+vouchers project eigenlijk van start gegaan. Aan alle cocaïnegebruikers die zich aanmelden wordt uitleg verschaft over de behandeling en het bijhorend onderzoek. Zo wordt verduidelijkt dat er zowel met een experimentele groep (CRA+vouchers methodiek) als een controlegroep (standaard ambulante begeleiding) gewerkt wordt en dat het bijgevolg onzeker is dat ze in de CRA+vouchers groep zullen terecht komen. Tijdens dit eerste gesprek toetst de therapeut ook de vooropgestelde in- en exclusiecriteria (cf. infra) af. Wanneer een cliënt instemt met deelname aan het onderzoek, tekent deze een ‘informed consent’-formulier. Na de baselinemeting (eerste afname van de vragenlijst bij initiële assessment) gebeurde de randomisatie door een onafhankelijke instantie, namelijk een onderzoeker van de vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent. Bij de randomisatie is rekening gehouden met het geslacht, de leeftijd en justitiële status van cliënten en of ze al dan niet een methadonbehandeling volgden. Wanneer de uitslag van de randomisatie bekend was, werd deze meegedeeld aan de cliënt en werd de experimentele dan wel de standaardbehandeling opgestart.

Na de baselinemeting is na drie, zes en negen maanden een follow-up meting van de vooropgestelde uitkomstindicatoren gepland. Deze follow-up meting gebeurt zowel bij cliënten uit de experimentele als uit de controlegroep. Daarnaast werden kwalitatieve interviews afgenomen van cliënten en therapeuten uit de CRA+vouchers groep. Kwalitatief onderzoek kan immers een aanvulling vormen op kwantitatief onderzoek om de statistische gegevens te interpreteren en illustreren (Neale, Allen & Coombes, 2005). Op die manier wordt er eveneens aandacht gegeven aan de beleving van cliënten en therapeuten. Hun visie op de CRA+vouchers methodiek levert immers bruikbare kennis op voor het vervolg van het project of voor de implementatie ervan in andere centra. Hoewel er bij de interviews enkele vaste thema’s aan bod kwamen, was er ook voldoende ruimte voor de eigen inbreng en mening van cliënten, wat bijdraagt tot de validiteit van kwalitatief onderzoek (Maso & Smaling, 1998).

De interviews werden niet op band opgenomen, maar werden zo goed mogelijk geregistreerd tijdens het gesprek en achteraf uitgeschreven. Aldus ging er slechts beperkt informatie verloren.

2.2. DE PROEFGROEP

De proefgroep van dit onderzoek bestaat uit cocaïnegebruikers die wensen te stoppen met gebruiken. Om een beeld te krijgen van de proefgroep is het belangrijk te verduidelijken hoe de deelnemers voor dit project geselecteerd zijn en hoe de cliënteninstroom verlopen is.

2.2.1. SELECTIE VAN DE DEELNEMERS

De bekendmaking van het project liep van juni 2009 tot en met februari 2010. Op verschillende manieren werden potentiële cliënten op de hoogte gebracht van dit unieke project voor cocaïnegebruikers, onder andere via posters, flyers, mediaberichten, … Naast spontane aanmeldingen in het ambulant centrum van De Kiem werd het project ook kenbaar gemaakt aan potentiële verwijzers, onder meer het regionale hulpverleningsnetwerk en de plaatselijke justitiële actoren (parket, DBK).

De eerste intakegesprekken vonden in juni 2009 plaats en hierbij werden volgende in- en exclusiecriteria afgetoetst om te beslissen of iemand al dan niet in aanmerking komt voor randomisatie.

INCLUSIECRITERIA	*EXCLUSIECRITERIA*
a. Cocaïnemisbruik en/of afhankelijkheid ▪ een geschiedenis van cocaïne-afhankelijkheid of tenminste een jaar van cocaïnemisbruik (volgens de DSM-IV) ▪ gemotiveerd om met cocaïnegebruik te stoppen	a. Voldoet niet aan alle inclusiecriteria
b. Alle manieren van cocaïnegebruik (snuiven, roken, basen, …) zijn toegestaan	b. Ernstige psychiatrische problemen die een contra-indicatie vormen voor deelname
c. Tenminste 18 jaar of ouder zijn	c. Onwillig of niet in staat zijn om mee te doen aan de aan de behandeling gekoppelde evaluatie
d. Bereidwillig en in staat zijn om tenminste twee of drie maal per week voor behandeling naar het ambulant centrum van De Kiem te komen	d. Momenteel neemt de cliënt deel aan een ander onderzoek en/of behandeling. Het krijgen van een onderhoudsdosis methadon is geen exclusie-criterium
e. De deelnemer moet in staat zijn de Nederlandse taal te begrijpen	e. De deelnemer heeft moeilijkheden met de Nederlandse taal

2.2.2. CLIËNTENINSTROOM

Tussen juni 2009 en augustus 2010 werden in totaal 74 personen aangemeld in het ambulant centrum van De Kiem voor het CRA+vouchers project (cf. Figuur 1). Van deze 74 personen zijn er 14 afgehaakt na dit initieel (telefonisch) contact. Uiteindelijk zijn er 60 personen langsgeweest voor een eerste verkennend gesprek. Na dit kennismakingsgesprek haakten nog eens 22 personen af: zes kandidaten voldeden niet aan de vooropgestelde inclusiecriteria voor het onderzoek, vier personen merkten dat het engagement voor hen praktisch onhaalbaar (oa. afstand tot het centrum, intensiteit van de behandeling) was en bij drie personen was er geen concrete hulpvraag. Negen aangemelde personen werden doorverwezen naar een andere instantie.

De resterende 38 kandidaten voldeden aan alle voorwaarden om aan het onderzoek deel te nemen. Na de baselinemeting haakten nog eens drie kandidaten af omwille van een langdurige gevangenisstraf. Aldus bestond de proefgroep uit 35 cocaïnegebruikers, waarvan er at random 19 in de CRA+vouchers groep werden ingedeeld en 16 in de controlegroep.

2.3. MEETINSTRUMENTEN

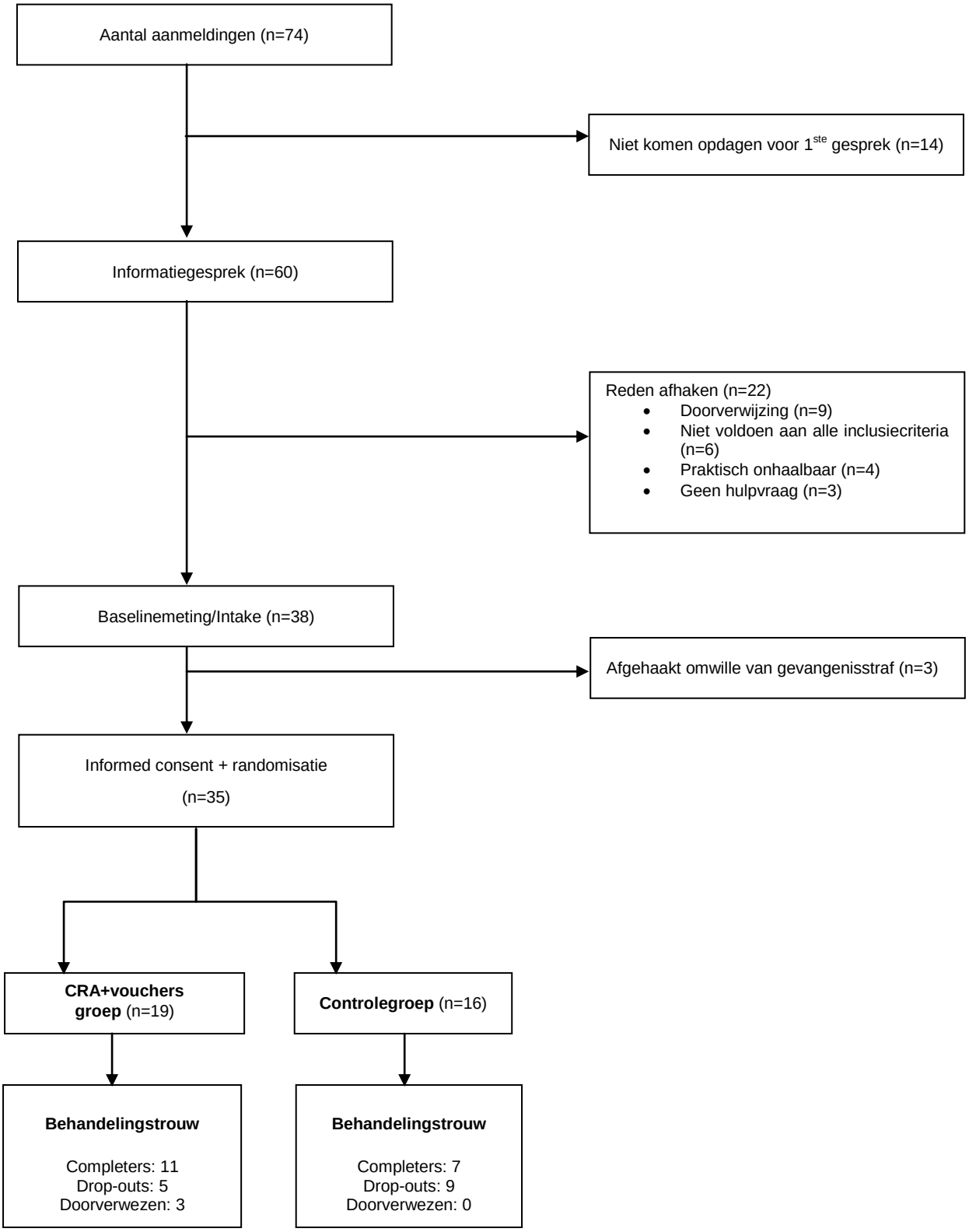
2.3.1. KWANTITATIEF ONDERZOEK

Om de motivatie voor verandering en behandeling te kunnen inschatten, wordt tijdens de intake gebruik gemaakt van de Nederlandstalige versie van de Motivation for Treatment-scale (Mft) (De Weert-Van Oene, De Jong, Schippers & Schrijvers, 2002). Om het alcohol- en druggebruik, de justitiële situatie en psychische gezondheid na te gaan, wordt gebruik gemaakt van de leefgebieden ‘alcohol en drugs’, ‘justitie’ en ‘psychische, emotionele klachten’ van de Nederlandstalige versie van de EuropASI (McLellan et al., 1992; Raes, Lombaert & Keymeulen, 2005). Om de kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie van druggebruikers te meten, wordt de Lancashire Kwaliteit van Leven Profiel (van Nieuwenhuizen, Schene & Koeter,1998) afgenomen. Deze drie instrumenten worden zowel bij de baselinemeting als bij de follow-up metingen gehanteerd. Bij de follow-up metingen wordt tevens gebruik gemaakt van de ‘GGZ Thermometer Cliëntwaardering’ (Kertzman, Kok & van Wijngaarden, 2003) om de behandelingstevredenheid na te gaan.

De *EuropASI* (Europese versie van de Addiction Severity Index[1]) is een gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijst die op zeven leefgebieden de ernst nagaat van problemen die verband houden met alcohol- en druggebruik, met name lichamelijke gezondheid; arbeid, opleiding, inkomen; alcohol; drugs; justitie, politie; familie en sociale relaties; psychische en emotionele klachten (Hendriks, Kaplan, van Limbeek & Geerlings, 1989; Keymeulen & Raes, 1999). De ASI is een vragenlijst op basis van zelfrapportage, die als diagnostisch en als onderzoeksinstrument kan gebruikt worden. Dit instrument werd in uiteenlopende settings en bij verschillende doelgroepen toegepast (Hendriks et al., 1989; Zanis, McLellan, Cnaan & Randall, 1994). Om overlap met de Lancashire QoL-profile te vermijden worden in dit onderzoek enkel de ASI-leefgebieden ‘alcohol en drugs’, ‘justitie, politie’ en ‘psychische, emotionele klachten’ bevraagd. Gezien elk van de leefgebieden uit de Addiction Severity Index een op zichzelf staan, wordt het afnemen van bepaalde leefgebieden uit de ASI als een geldige werkwijze beschouwd die tot betrouwbare en valide resultaten leidt (McLellan, Luborsky, Woody & O’Brien, 1980; McLellan et al., 1992; Keymeulen & Raes, 1999). Bij de follow-up meting na drie, zes en negen maanden wordt gebruik gemaakt van de follow-up versie van de EuropASI.

[1] De Addiction Severity Index is een Amerikaans instrument dat oorspronkelijk ontwikkeld werd door McLellan en collega’s (McLellan et al., 1992). De EuropASI is de voor de Europese context aangepaste versie van dit instrument.

Figuur 1: Overzicht cliënteninstroom



Het *'Lancashire Kwaliteit van Leven-Profiel'* is gebaseerd op Lehman's 'Quality of Life Interview' (van Nieuwenhuizen et al., 2001). De Engelstalige versie van de Lancashire is een gestructureerd interview bestaande uit 105 items en beschikbaar in verschillende talen (Gaite et al., 2000; Giacomuzzi et al., 2003). Aan de Nederlandse versie van de Lancashire zijn enkele specifieke contextgebonden veranderingen aangebracht, wat resulteert in een interview met 155 items (van Nieuwenhuizen et al., 1998b). Een getraind interviewer heeft ongeveer 45 minuten nodig om deze vragenlijst af te nemen (Meijer et al., 2002). De focus van het interview ligt op de tevredenheid met het leven verspreid over verschillende leefgebieden. Naast een algemene Quality of Life score, is er ook aandacht voor specifieke domeinen zoals 'gezondheid', 'vrije tijd en sociale participatie', 'woonsituatie', 'familierelaties', 'financiën', 'veiligheid', 'positieve zelfwaardering' en 'negatieve zelfwaardering', 'kader' en 'vervulling'. Er wordt gewerkt met een 7-punten schaal gaande van 'Kan niet slechter' tot 'Kan niet beter'. Aan de hand van deze schaal wordt er aan de persoon zelf gevraagd om aan te geven hoe men de tevredenheid met betrekking tot bepaalde items inschat (Meijer, Schene & Koeter, 2002). Op elk leefgebied worden zowel objectieve als subjectieve items belicht. Daarnaast meet de Lancashire de positieve en negatieve zelfwaardering, zingeving en algemene levenskwaliteit.

Motivatie voor gedragsverandering houdt verband met retentie in behandeling (Joe, Simpson, Broome, 1998) en het is aangewezen om de behandeling af te stemmen op de motivationele fase waarin iemand zich bevindt (Miller, 1998). Om de mate van motivatie van de proefgroep na te gaan, wordt de *TCU Motivation for Treatment (MfT)-schaal* (Simpson & Joe, 1993) gebruikt. Deze schaal bestaat uit 24 items, die geclusterd zijn in drie subschalen. De eerste schaal betreft 'probleemherkenning' of de overgang van de precontemplatiefase naar de contemplatiefase. Via de tweede schaal wordt verdere cognitieve verandering in beeld gebracht, die reeds meer verband houdt met de actiegerichte fase. De derde schaal gaat in op de bereidheid tot actie, waarbij het engagement tot behandeling bevraagd wordt.

De *GGZ Thermometer Cliëntwaardering* voor de volwassenenzorg (Kertzman, Kok & van Wijngaarden, 2003) is een instrument dat een indicatie geeft van hoe de hulpverlening gewaardeerd wordt door cliënten, zonder een precieze oorzaak of oplossing hiervoor te verschaffen. Het betreft een globale indicatie van de waardering van cliënten met betrekking tot de verstrekte informatie, de mogelijkheid tot inspraak, de hulpverlener en het resultaat van de behandeling. De schaalstructuur blijkt robuust te zijn, net zoals de interne consistenties van de subschalen. Dit instrument laat toe om mogelijke knelpunten in de hulpverlening aan het licht te brengen.

2.3.2. KWALITATIEF ONDERZOEK

Bij cocaïnegebruikers uit de CRA+vouchers groep werd na de afname van voornoemde instrumenten ook een kwalitatief interview gepland met de bedoeling een beter beeld te krijgen van hoe zij deze nieuwe interventie ervaren hebben. Ook de CRA+vouchers therapeuten werden op regelmatige tijdstippen geïnterviewd. Zowel de interviews met cliënten als deze met therapeuten waren semi-gestructureerd. De opgestelde topiclijst had geen strikte volgorde, waardoor er ruimte was voor verdere invulling en uitweiding. Dit type interview biedt de mogelijkheid om dieper in te gaan op de antwoorden van de respondenten, waardoor men de betekenis leert kennen die zij geven aan bepaalde verschijnselen (Saunders et al., 2004).

Aangezien de CRA+vouchers methodiek verschillende componenten omvat, kwamen elk van deze elementen afzonderlijk aan bod tijdens de interviews. Zo hadden een aantal vragen betrekking op het werken met beloningen, iets wat voor de meeste betrokkenen nieuw was. Ook de speekselcontroles, die een belangrijk onderdeel zijn van de behandeling, waren een gespreksonderwerp. Daarnaast werd ook het protocollair werken bevraagd. Verder werd er dieper ingegaan op de intensiteit van het programma. Er werd ook gepeild in hoeverre deze methodiek een invloed heeft op het dagdagelijks functioneren van cliënten. Zowel de visie van cliënten als die van therapeuten kwam hierbij uitgebreid

aan bod. Hun ervaringen geven immers een duidelijk beeld van de mogelijkheden en beperkingen van deze methodiek.

2.4. DATA-ANALYSE

In functie van de data-analyse is gebruik gemaakt van het software programma 'Statistical Package for the Social Sciences' (SPSS), versie 17.

De uiteindelijke steekproef waarover we rapporteren, bestaat uit 34 cliënten. Het betreft 18 cliënten in de experimentele groep en 16 in de controlegroep. Eén cliënt uit de experimentele groep werd niet opgenomen in de analyses, aangezien dit een 'outlier' (buitenbeentje in vergelijking met de rest van de steekproef) bleek. Gezien de kleine aantallen is het noodzakelijk de resultaten met de nodige omzichtigheid te interpreteren. Weergegeven percentages betreffen zeer kleine aantallen en kunnen aldus grote verschillen suggereren die in werkelijkheid niet zo groot zijn. Bovendien is de power van dit onderzoek beperkt, waardoor de gevoeligheid voor het vinden van statistisch significante verschillen in deze steekproef klein is (Schouten, 2002).

Om het profiel van de deelnemersgroep te schetsen, maken we gebruik van beschrijvende statistiek en geven we frequentietabellen en gemiddelden (met standaarddeviaties) weer. Aldus geven we een sociodemografische beschrijving van de steekproef. Verder worden de motivatie voor verandering, het middelengebruik, de psychische klachten en de kwaliteit van leven van de steekproef beschreven voor de start van de behandeling.
Daarna gaan we na of de kenmerken van de CRA+vouchers groep vergelijkbaar zijn met die van de controlegroep na randomisatie. Voor deze vergelijking wordt gebruik gemaakt van een Independent samples T-test voor continue variabelen en een χ^2-test voor categoriale variabelen. Bij de bespreking van de resultaten wordt uitgegaan van statistische significantie bij een p-waarde ≤ 0.05.

Het is belangrijk te vermelden dat niet alle respondenten bereikt konden worden voor de follow-up meting na drie en zes maanden. In de experimentele groep werden na 3 maanden 14 personen bevraagd (77.8%), tegenover 12 (75%) in de controlegroep. Na 6 maanden betrof dit respectievelijk 13 (72.2%) en 11 personen (68.8%). Teneinde een betrouwbaar beeld te geven van de leefsituatie bij follow-up, werd een intent-to-treat (ITT) analyse uitgevoerd waarbij ook rekening wordt gehouden met cliënten die de behandeling hebben stopgezet of die niet bereikbaar waren na drie of zes maanden (Hollis & Campbell, 1999). In het geval er geen follow-up meting plaatsvond na drie of zes maanden, gingen we ervan uit dat de situatie van de betrokkene niet veranderd was in vergelijking met de start van de behandeling.

Het middelengebruik (i.c. cocaïneabstinentie), de kwaliteit van leven en psychische gezondheid van cocaïnegebruikers in de experimentele en de controleconditie worden vergeleken na drie en zes maanden. Meer specifiek wordt eerst nagegaan of er binnen beide groepen afzonderlijk veranderingen merkbaar zijn na drie en zes maanden behandeling. Om de frequentie van het cocaïnegebruik en de kwaliteit van leven te vergelijken wordt gebruik gemaakt van een Paired samples T-test. Om dichotome variabelen te vergelijken, wordt een Wilcoxon Two-related Samples Test gebruikt. Vervolgens wordt een vergelijking gemaakt tussen de experimentele en controlegroep na drie en zes maanden behandeling. Hiervoor wordt een Independent Samples T-test uitgevoerd met betrekking tot de frequentie van cocaïnegebruik en de dimensies van kwaliteit van leven. Dichotome variabelen worden geanalyseerd aan de hand van χ^2-toetsen. Om de probabiliteit van cocaïneabstinentie na te gaan tussen de experimentele en de controlegroep worden odds ratio's berekend aan de hand van een logistische regressieanalyse. Om het verband tussen motivatie enerzijds en cocaïnegebruik en therapietrouw anderzijds te kunnen nagaan, wordt gebruik gemaakt van een Pearson correlatieanalyse. Tevens wordt de mate van therapietrouw in beide behandelingsgroepen vergeleken. Hierbij aansluitend werd ook de tijds- en kosteninvestering in de experimentele en standaardbehandeling nagegaan. Er wordt hierbij onder meer gekeken naar de

vooropgestelde en reële tijdsinvestering en naar de extra kosten die de CRA+vouchers behandeling meebracht.

Om de tevredenheid met de CRA+vouchers behandeling na te gaan, worden de resultaten van de GGZ Thermometer via beschrijvende statistiek weergegeven. Deze bevindingen worden verder verdiept aan de hand van de inhoudsanalyse van de kwalitatieve interviews. Hierbij werden de verschillende onderwerpen die tijdens de interviews aan bod kwamen thematisch gegroepeerd op basis van trefwoorden. Uitspraken van respondenten werden aldus geanalyseerd en vergeleken en worden geïllustreerd aan de hand van citaten.

HOOFDSTUK 3: RESULTATEN

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de voornaamste kenmerken van de steekproef en op eventuele verschillen tussen de experimentele en controlegroep na randomisatie. Daarna focussen we op de verschillen binnen en tussen groepen na drie en zes maanden ambulante behandeling. Het resultatengedeelte wordt afgerond met de bevindingen uit de kwalitatieve interviews.

3.1. KENMERKEN VAN DE STEEKPROEF

3.1.1. SOCIODEMOGRAFISCHE KENMERKEN

De bereikte steekproef bestaat bijna uitsluitend uit mannen. De gemiddelde leeftijd van deze cocaïnegebruikers is 29.9 jaar, met een range van 20 tot 38 jaar. Meer dan de helft van deze cliënten heeft betaald werk bij de start van de behandeling. De meeste cliënten (bijna 40%) hebben zich op eigen initiatief aangemeld in De Kiem. Verder wordt duidelijk dat er bij meer dan de helft van de aangemelde cliënten sprake is van justitiële drang om een behandeling te starten. Tabel 1 geeft een overzicht van de voornaamste sociodemografische kenmerken van de steekproef.

Tabel 1: Sociodemografische kenmerken van cocaïnegebruikers bij wie een behandeling werd opgestart (n=34)

Karakteristieken	Aantal	%
Geslacht (% mannen)	31	91.2%
Gemiddelde leeftijd		29.9 (SD 4.8)
Geboorteland (% België)	31	96.9%
Meest voorkomende verwijzende instanties: Op eigen initiatief Justitie Spoedopname algemeen ziekenhuis	 13 9 4	 38.2% 26.5% 11.8%
% met betaalde job	19	55.9%
% met schulden	21	61.8%
% met vaste relatie	12	35.3%
% met kinderen	11	32.4%
% met juridisch statuut	19	55.9%
% in een gecontroleerde omgeving voor intake	9	26.4%

3.1.2. MIDDELENGEBRUIK

Analyse van het middelengebruik maakt duidelijk dat cocaïne het meest gebruikte middel is in deze steekproef, maar dat men daarnaast vaak nog andere producten gebruikt, zoals alcohol en cannabis (cf. Tabel 2). Zes cocaïnegebruikers geven aan de laatste maand ook basecoke gebruikt te hebben. De helft van alle cliënten stelt de voorbije 30 dagen meer dan één middel per dag gebruikt te hebben. Het is opvallend dat deze cocaïnegebruikers recent geen andere stimulerende middelen (amfetamines, XTC) gebruikt hebben. Negen deelnemers hebben de laatste maand voor het intakegesprek geen cocaïne meer gebruikt, omdat ze tijdens die periode in de gevangenis zaten of op eigen initiatief hun gebruik verminderd of gestopt hadden.
Uit de tabel blijkt dat de beginleeftijd voor regelmatig cocaïnegebruik ongeveer 21 jaar is en dat men dit middel gemiddeld reeds meer dan 6 jaar regelmatig gebruikt. Wat de frequentie van gebruik tijdens de 30 dagen voorafgaand aan het intakegesprek betreft, blijkt dat men gemiddeld 9 dagen gebruikte of tweemaal per week. De meeste cliënten (n=31) geven aan cocaïne te snuiven, twee personen spuiten cocaïne en één persoon rookt vooral.

Tabel 2: Middelengebruik van cocaïnegebruikers bij wie een behandeling werd opgestart (n=34)

Middel	Gemiddelde beginleeftijd	Gemiddeld aantal jaren gebruik	Middel gebruikt tijdens laatste 30 dagen	Gem. aantal dagen gebruik tijdens laatste 30 dagen
Alcohol	18.5 (SD 5.9)	9.5 (SD 5.2)	23	9 (SD 10.1)
Alcohol (> 5 glazen per dag)	24.4 (SD 6)	3.9 (SD 3.8)	18	5 (SD 6.9)
Heroïne	23.9 (SD 7.8)	7.5 (SD 6.7)	12	0.69 (SD 2.7)
Methadon	22.5 (SD 2.7)	5.3 (SD 3.4)	12	1.45 (SD 6)
Cocaïne	20.8 (SD 5.7)	6.2 (SD 4.1)	25	8.9 (SD 8.5)
Basecoke	20.6 (SD 8.8)	3.5 (SD 2.8)	6	2.3 (SD 5.2)
Amfetamines	18.8 (SD 4.6)	3.6 (SD 3.6)	0	0
Cannabis	15.7 (SD 1.3)	9 (SD 5.6)	14	7.6 (SD 12)
XTC	16.4 (SD 5.2)	4.9 (SD 3.2)	1	0.03 (SD 0.2)
Benzodiazepines	22.3 (SD 7.6)	4.8 (SD 4)	11	6.6 (SD 11.8)
Antidepressiva	23.3 (SD 6.2)	4.4 (SD 3.6)	7	5.6 (SD 11.7)
Meer dan 1 middel per dag	20.3 (SD 4.7)	7.7 (SD 4.5)	17	6.7 (SD 8.9)

3.1.3. PSYCHISCHE GEZONDHEID

De meeste aangemelde cliënten hebben ooit gedurende een bepaalde periode last gehad van psychische klachten, voornamelijk gevoelens van spanning of angst (79.4%), concentratieproblemen (73.5%) en depressieve gevoelens (70.6%) (cf. tabel 3). Tijdens de laatste maand voor het intakegesprek heeft meer dan de helft van de respondenten last gehad van problemen met begrijpen, concentreren en onthouden (58.8%) en iets minder dan de helft ervaarde gevoelens van angst of spanning (47.1%).

Tabel 3: Psychische klachten van cocaïnegebruikers bij wie een behandeling werd opgestart (n=34)

	% met deze klachten tijdens levensloop	% met deze klachten tijdens de laatste maand
Depressieve gevoelens	70.6%	35.3%
Zich gespannen of angstig voelen	79.4%	47.1%
Hallucinaties	14.7%	11.8%
Moeite hebben met begrijpen, concentreren, onthouden	73.5%	58.8%
Moeite om agressie onder controle te houden	52.9%	35.3%
Medicijnen voorgeschreven krijgen voor psychische klachten	47.1%	26.5%
Serieuze zelfmoordgedachten	55.9%	17.6%
Zelfmoordpoging	23.5%	2.9%

3.1.4. KWALITEIT VAN LEVEN

3.1.4.1. OBJECTIEVE INDICATOREN

Ongeveer de helft van alle respondenten (55.9%) heeft een betaalde baan. Meer dan de helft van de cliënten heeft schulden. Wat de woonsituatie betreft, blijken 12 cliënten nog in het ouderlijk huis te wonen (35%), terwijl 13 personen alleen wonen. De meeste cliënten (n=29) geven aan minstens één goede vriend of vriendin te hebben en haast alle cliënten (n=33) hebben iemand bij wie ze terecht kunnen wanneer ze hulp nodig hebben. De helft van de respondenten geeft aan meer of nauwer contact te wensen met familieleden.

3.1.4.2. SUBJECTIEVE KWALITEIT VAN LEVEN

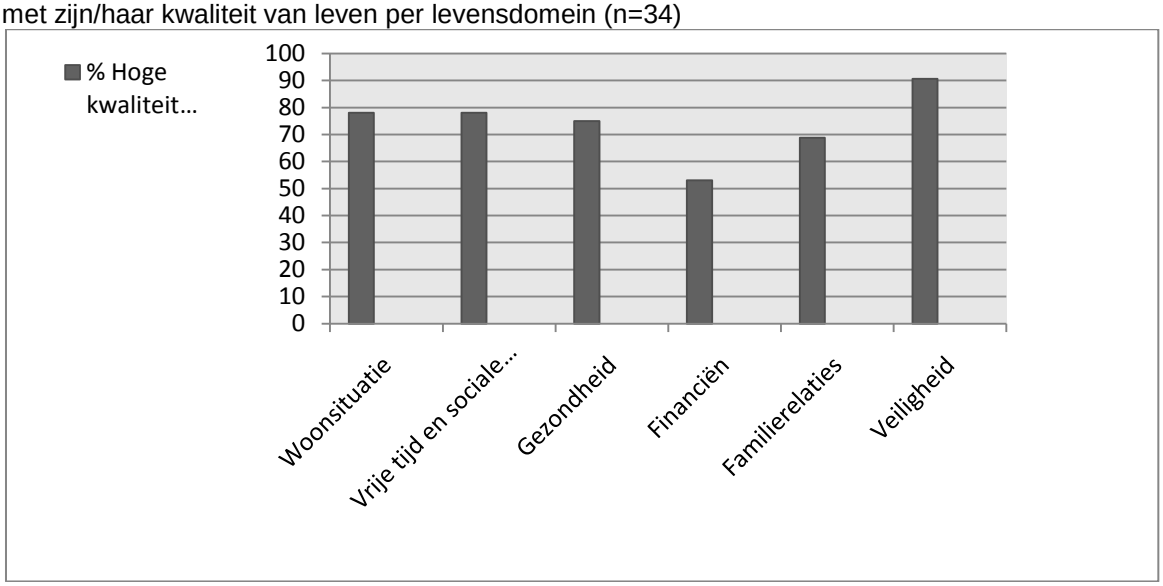
Tevredenheidsscores op een schaal van 1 tot 7 geven aan in welke mate de respondenten tevreden zijn met hun kwaliteit van leven op verschillende leefgebieden. De gemiddelde tevredenheidsscores, waarbij scores van 4 of hoger wijzen op een hoge tot zeer hoge tevredenheid, maken duidelijk dat de geselecteerde cocaïnegebruikers opvallend laag scoren op het domein 'Financiën' (cf. Tabel 4). Ze scoren wel hoog op het vlak van 'Veiligheid' en 'Woonsituatie'.

Tabel 4: Tevredenheid inzake kwaliteit van leven per levensdomein bij cocaïnegebruikers die een behandeling starten (n=34)

Domein	Gemiddelde tevredenheidscore
Veiligheid	5.4 (SD 1.0)
Woonsituatie	4.9 (SD 1.3)
Familierelaties	4.7 (SD 1.4)
Vrije tijd en sociale participatie	4.6 (SD 0.9)
Gezondheid	4.4 (SD 1.2)
Financiën	3.8 (SD 1.4)

In figuur 2 wordt afgebeeld welk percentage van de respondenten een goede levenskwaliteit ervaart op elk van deze levensdomein. Dit betreft cliënten met een tevredenheidsscore van 4 of meer op een bepaald levensdomein.

Figuur 2: Percentage cocaïnegebruikers dat bij de start van de behandeling tevreden is (score ≥ 4) met zijn/haar kwaliteit van leven per levensdomein (n=34)



Hoewel de tevredenheidsscores per levensdomein vrij hoog liggen, schatten de respondenten hun algemene kwaliteit van leven (3.84) eerder laag in. De gemiddelde tevredenheidsscore (op 100) op de Cantrill's ladder, een andere globale maat van kwaliteit van leven, lag ook beneden de 50 (41.6 mm).

3.1.5. MOTIVATIE VOOR BEHANDELING

Analyse van de motivatie voor behandeling toont dat deze respondenten iets hoger scoren op de subschalen 'bereidheid tot behandeling' en 'hulpvraag' dan op de subschaal 'probleemherkenning' (cf. tabel 5). Verder maakt deze motivatieschaal duidelijk dat de meeste aangemelde cliënten clean worden/blijvenals doelstelling van de behandeling zien (88%), eerder dan gecontroleerd gebruiken.

Tabel 5: Gemiddelde motivatie per subschaal bij de start van de behandeling (n=34)

Subschalen voor motivatie	Gemiddelde score
Subschaal 1: Probleemherkenning (min. 9, max. 45)	31.6 (SD 6.6)
Subschaal 2: Hulpvraag (min. 8, max. 40)	31 (SD 3.8)
Subschaal 3: Mate waarin men klaar is voor behandeling (min. 7, max. 35)	27.3 (SD 3.4)

3.2. GELIJKE GROEPEN NA RANDOMISATIE?

Nadat de cliënten 'at random' toegewezen waren aan de experimentele dan wel de controleconditie, werd nagegaan of de respondenten in beide groepen niet van elkaar verschilden met betrekking tot een aantal cruciale variabelen zoals geslacht, leeftijd, cocaïnegebruik, juridisch statuut, methadon-behandeling, motivatie en kwaliteit van leven. Tabel 6 toont dat dit niet het geval is en dat beide groepen niet significant van elkaar verschillen met betrekking tot deze variabelen. Enkel op het vlak van motivatie kon op de subschaal "Bereidheid tot behandeling" een significant verschil vastgesteld worden tussen de experimentele en controlegroep. Omdat de bereidheid tot behandeling een stuk hoger ligt in de controlegroep dan in de experimentele groep, zal hiervoor gecontroleerd worden bij het berekenen van de verschillende uitkomstmaten.

Tabel 6: Vergelijking van de CRA+vouchers groep en de controlegroep na randomisatie

Kenmerk	CRA+vouchers (N=18)	Standaardbehandeling (N=16)	p-waarde
% mannen	94.4%	92.9%	1.000
Gemiddelde leeftijd	30.3	29.4	0.882
% met cocaïnegebruik tijdens afgelopen 30 dagen	83.3%	68.8%	0.317
Aantal dagen cocaïnegebruik tijdens afgelopen 30 dagen	8.4	8.1	0.911
% met methadongebruik tijdens afgelopen 30 dagen	11.1%	6.3%	0.618
Gem. ernstscore Alcohol	1.6	1.9	0.640
Gem. ernstscore Drugs	5.7	5.6	0.793
% met juridisch statuut	44.4%	56.3%	0.492
Gem. ernstscore Jusitie	2.8	2.3	0.508
Aantal dagen psychische klachten tijdens afgelopen 30 dagen	14.2	12.9	0.786
Gem. ernstscore Psychische klachten	3.6	2.4	0.160
Algemene levenstevredenheid	4.0	3.8	0.525
Gem. score Cantrill's ladder	43.72	41.94	0.828
Gem. motivatie: probleemherkenning	31.7	31.4	0.891
Gem. motivatie: hulpvraag	31.2	30.9	0.859
Gem. motivatie: bereidheid tot behandeling	25.9	29.1	0.005**

3.3. BEHANDELINGSUITKOMSTEN NA DRIE EN ZES MAANDEN

3.3.1. COCAÏNE EN ANDER MIDDELENGEBRUIK

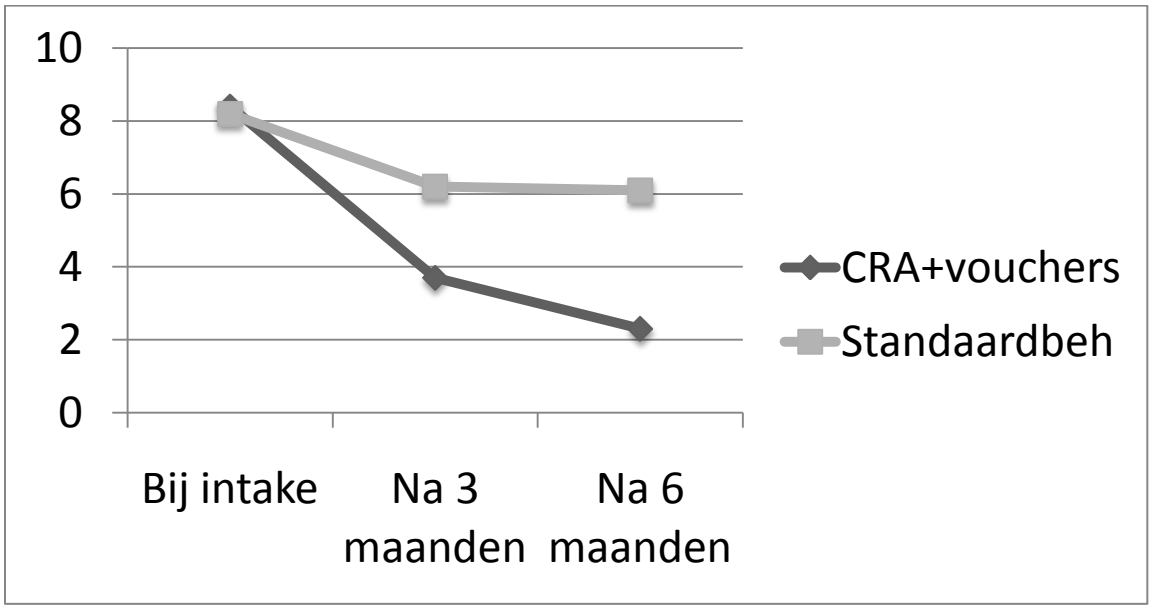
Na drie maanden behandeling stellen we een significante daling vast van het gemiddeld aantal dagen cocaïnegebruik in de CRA+vouchers groep (van 8.4 naar 3.7 dagen) (t=2.691; df=17; p=0.015) (cf. tabel 7). Binnen de controlegroep is het aantal dagen cocaïnegebruik na drie maanden ook gedaald, zij het niet significant (van 8.2 naar 6.2 dagen). Na zes maanden behandeling is het gemiddeld aantal dagen cocaïnegebruik tijdens de voorbije maand verder gedaald binnen de CRA+vouchers groep (van 8.4 naar 2.3 dagen). Dit betreft een significante afname van het cocaïnegebruik in vergelijking met de beginsituatie (t=3.325; df=17; p=0.004), maar de afname ervan in de controlegroep (van 8.2 dagen naar 6.1) is niet significant.

Tabel 7: Vergelijking van de frequentie van regelmatig middelengebruik tijdens de laatste 30 dagen in de experimentele (n=18) en controlegroep (n=16) na drie en zes maanden behandeling

	Na 3 maanden behandeling			**Na 6 maanden behandeling**		
	CRA+vouchers groep	Controlegroep	p-waarde	CRA+vouchers groep	Controlegroep	p-waarde
Alcohol (>5 glazen/dag)	5.56	5.38	0.943	7.44	6.58	0.826
Cannabis	8.56	6.81	0.672	5.72	4.69	0.485
Cocaïne	3.72	6.19	0.292	2.33	6.13	0.112
Benzodiazepines	8.61	4.44	0.307	6.17	4.92	0.749
Antidepressiva	5	3.81	0.754	7.56	5.69	0.663

Een vergelijking van het regelmatig middelengebruik tussen de experimentele en controlebehandeling na drie en zes maanden toont een duidelijk lagere frequentie van het cocaïnegebruik in de CRA+vouchers groep, maar dit verschil is (net) niet statistisch significant (p=0.11) (cf. figuur 3). Voor de frequentie van het gebruik van andere producten konden geen significante verschillen aangetoond worden tussen beide groepen, al valt op dat het gebruik van andere middelen na drie en zes maanden gemiddeld iets hoger ligt in de experimentele groep (cf. tabel 7). Deze gemiddelde waarden werden gezien het kleine aantal respondenten per groep enkel berekend voor de meest gebruikte producten (alcohol, cocaïne, (voorgeschreven) medicatie en cannabis).

Figuur 3: Vergelijking van de evolutie van het gemiddeld aantal dagen cocaïnegebruik in de experimentele en controlegroep tussen de baselinemeting en de follow-up na 6 maanden



Omdat gemiddelden (zeker in het geval van kleine groepen) vertekend kunnen worden door extreme waarden en omdat abstinentie (van cocaïne) het uiteindelijke doel is van zowel de experimentele als de standaardbehandeling, werd tevens nagegaan of er verschillen kunnen vastgesteld worden tussen beide groepen wat betreft het percentage abstinente personen (abstinentie van legale en illegale middelen). Tabel 8 toont aan dat de abstinentie van cocaïne een stuk hoger ligt in de experimentele dan in de controlegroep na 3 en 6 maanden, maar deze verschillen zijn niet statistisch significant (χ^2=1.402, df=1, p=0.236; χ^2=2.242, df=1, p=0.134). Weerom zien we dat het gebruik van andere middelen dan cocaïne op beide meetmomenten hoger ligt in de CRA+vouchers groep. Voor het gebruik van meer dan één middel op een dag (polydruggebruik) is dit verschil tussen beide groepen zelfs significant, waarbij ongeveer dubbel zoveel personen in de experimentele groep aangeven tijdens de laatste 30 dagen meer dan één middel gebruikt te hebben (χ^2=4.142, df=1, p=0.042; χ^2=4.250, df=1, p=0.039). Dit betreft vooral de combinatie alcohol en cannabis en alcohol en voorgeschreven medicatie.

Tabel 8: Vergelijking na drie en zes maanden behandeling van het aantal personen dat een bepaald middel gebruikte tijdens de laatste 30 dagen in de experimentele (n=18) en controlegroep (n=16)

	Na 3 maanden behandeling			**Na 6 maanden behandeling**		
	CRA+vouchers groep (n=18)	Controlegroep (n=16)	p-waarde	CRA+vouchers groep (n=18)	Controlegroep (n=16)	p-waarde
Alcohol (>5 glazen/dag)	11 (61.1%)	10 (62.5%)		13 (72.2%)	10 (62.5%)	
Cannabis	10 (55.6%)	6 (37.5%)		9 (50%)	4 (25%)	
Cocaïne	10 (55.6%)	12 (75%)		9 (50%)	12 (75%)	
Heroïne	2 (11.1%)	1 (6.3%)		1 (5.6%)	1 (6.3%)	
Amfetamines	4 (22.2%)	1 (6.3%)		4 (22.2%)	2 (12.5%)	
Meer dan 1 middel/dag	13 (72.2%)	6 (37.5%)	<0.05	12 (66.7%)	5 (31.3%)	<0.05

Om de effectgrootte van de CRA+vouchers behandeling op cocaïneabstinentie na te gaan, berekenden we 'odds ratios' voor de dichotome afhankelijke variabele 'cocaïneabstinentie' aan de hand van een logistische regressie-analyse. De odds ratios in tabel 9 geven aan dat de kans op cocaïneabstinentie na 3 en 6 maanden behandeling respectievelijk 2.4 en 3 keer groter is in de CRA+vouchers groep in vergelijking met de controlegroep. Dit verschil is evenwel niet statistisch significant.

Tabel 9: Logistische regressie-analyse met cocaïneabstinentie als afhankelijke variabele en het behoren tot de experimentele dan wel de controlegroep als covariaat na 3 en 6 maanden behandeling

	OR	**C.I. (95%) Lower**	**C.I. (95%) Upper**	**p-waarde**
Kans op cocaïneabstinentie na 3 maanden behandeling	2.400	0.555	10.381	0.241
Kans op cocaïneabstinentie na 6 maanden behandeling	3.000	0.696	12.929	0.140

3.3.2. PSYCHISCHE KLACHTEN

De ernst van de psychische klachten blijkt na drie en zes maanden significant gedaald in de experimentele groep (na 3 maanden: t=5.090, df=17, p=0.000; na 6 maanden: t=4.216; df=17, p=0.001), maar niet in de controlegroep (na 3 maanden: t=1.535, df=15, p=0.146; na 6 maanden: t=1.599; df=15, p=0.131) (cf. tabel 10). Nochtans is de ernst van de psychische klachten ook in de controlegroep gedaald tijdens de observatieperiode.

Na drie en zes maanden kan er evenwel geen significant verschil vastgesteld worden tussen beide groepen met betrekking tot de reductie van de psychische klachten (na 3 maanden: t=-1.451, df=32, p=0.156; na 6 maanden: t=-0.960; df=32, p=0.344).

Tabel 10: Vergelijking van de ernst van psychische klachten tijdens de laatste 30 dagen tussen de experimentele (n=18) en controlegroep (n=16) na drie en zes maanden behandeling

	Bij de start		**Na 3 maanden**		**Na 6 maanden**	
	Exp. groep (n=18)	Contr. groep (n=16)	Exp. groep (n=18)	Contr. groep (n=16)	Exp. groep (n=18)	Contr. groep (n=16)
Ernst psychische klachten	3.44 (2.202)	2.56 (2.337)	0.78 (1.517)	1.50 (1.366)	0.89 (1.367)	1.38 (1.586)

Indien we naar het voorkomen van specifieke psychische klachten kijken, zien we dat er vooral in de CRA+vouchers groep sprake is van een significante daling van volgende klachten: na drie maanden is er een daling van het aantal personen met acute zelfmoordgedachten (z=-2.000; p=0.045), terwijl we na zes maanden een significante daling vaststellen van het aantal cliënten met gevoelens van spanning of angst (z=-1.633; p=0.008), moeite met begrijpen en concentreren (z=-2.121; p=0.034) en met zelfmoordgedachten (z=-2.000; p=0.045).
Binnen de controlegroep kon enkel na drie maanden een significante daling aangetoond worden voor het voorkomen van gevoelens van spanning of angst (z=-2.716; p=0.007), maar na zes maanden bleek hun situatie op het vlak van psychische klachten ongewijzigd in vergelijking met de beginsituatie.

Tenslotte stellen we vast dat cliënten die de CRA+vouchers behandeling volgden na zes maanden significant minder last hadden van depressieve gevoelens in vergelijking met de controlegroep (z=-2.505; p=0.022). Voor de overige bevraagde psychische klachten konden evenwel geen verschillen vastgesteld worden tussen beide groepen.

3.3.3. KWALITEIT VAN LEVEN

Na zes maanden behandeling is de gemiddelde tevredenheid met de algemene kwaliteit van leven hoger bij cliënten in de CRA+vouchers groep in vergelijking met personen in de controlegroep (cf. tabel 11), zij het (net) niet significant (t=1.505, df=31, p=0.143). De gemiddelde inschatting van de globale levenstevredenheid op de ‘Cantrill’s ladder’ ligt na zes maanden behandeling wel beduidend hoger in de experimentele groep dan in de controlegroep (t=2.684; df=31; p=0.012).

Tabel 11: Vergelijking van de globale kwaliteit van leven tussen de experimentele (n=18) en controlegroep (n=16) na zes maanden behandeling

	Bij de start		**Na 6 maanden**	
	Exp. groep (n=18)	Contr. groep (n=16)	Exp. groep (n=18)	Contr. groep (n=16)
Algemene kwaliteit van leven (op 7)	4.00 (0.907)	3.75 (1.342)	4.65 (1.272)	3.94 (1.436)
Tevredenheid op Cantrill’s ladder (op 100)	43.72 (22.3)	41.94 (25.2)	67.59 (21.3)	44.56 (27.7)

Hoewel de globale kwaliteit van leven een indicatie geeft van iemands algemene tevredenheid met zijn/haar levenskwaliteit, dient ‘Quality of Life’ gezien te worden als een multidimensionaal concept dat betrekking heeft op verschillende levensdomeinen. Vergelijking van de CRA+vouchers groep en de controlegroep na zes maanden behandeling toont dat de experimentele groep hoger scoort op een aantal dimensies van kwaliteit van leven (oa. vrijetijdsbesteding en gezondheid), maar dit betreft geen significante verschillen (cf. tabel 12).

Tabel 12: Vergelijking tevredenheidscores per levensdomein tussen de experimentele (n=18) en controlegroep (n=16) na zes maanden behandeling

	Gem. waarde CRA+vouchers groep	Gem. waarde controlegroep	p-waarde
Woonsituatie	4.93 (0.93)	4.73 (1.42)	0.632
Vrije tijd en sociale participatie	5.00 (0.63)	4.71 (0.93)	0.290
Gezondheid	4.82 (1.04)	4.36 (1.01)	0.197
Financiën	4.25 (1.58)	4.17 (1.28)	0.861
Familiale relaties	4.48 (1.39)	4.98 (1.28)	0.298
Justitie	5.63 (0.60)	5.69 (0.57)	0.790

Met name binnen de experimentele groep kan een duidelijke toename van de levenskwaliteit vastgesteld worden in vergelijking met de beginsituatie en dit op verschillende leefgebieden. Zo is er na zes maanden behandeling sprake van een significante toename van de tevredenheid met de financiële situatie (p=0.046). Ook voor alle andere leefdomeinen vinden we een toename qua tevredenheid na zes maanden experimentele behandeling, maar deze stijging is niet signifcant.

Ook binnen de controlegroep kan een (lichte) toename qua tevredenheid met verschillende aspecten van Quality of Life vastgesteld worden, maar deze verschillen waren op geen enkel levensdomein significant.

3.3.4. EEN LINK MET MOTIVATIE VOOR BEHANDELING?

Noch voor de experimentele noch voor de controlegroep kan er een verband vastgesteld worden tussen de mate van motivatie bij de start van de behandeling en het aantal dagen cocaïnegebruik na drie en zes maanden. Bij de CRA+vouchers groep was er geen of een erg zwak verband tussen motivatie en uitkomsten op het vlak van cocaïnegebruik: hogere scores op het vlak van probleemherkenning (r=-0.075, p=0.767; r=-0.108, p=0.669) en bereidheid tot behandeling (r=-0.148, p=0.558; r=-0.146, p=0.562) hingen samen met minder dagen cocaïnegebruik, terwijl cliënten met hogere scores op het vlak van hulpvraag iets meer cocaïne hadden gebruikt na drie en zes maanden (r=0.247, p=0.323; r=0.079, p=0.755). In de controlegroep was er zeker na zes maanden een iets duidelijker, zij het niet significant verband tussen hogere scores op het vlak van motivatie bij de start van de behandeling en meer dagen cocaïnegebruik na zes maanden. Dit geldt voor de drie subschalen: probleemherkenning (r=0.004, p=0.990; r=0.258, p=0.354), hulpvraag (r=0.256, p=0.358; r=0.198, p=0.478) en bereidheid tot behandeling (r=0.014, p=0.960; r=0.275, p=0.322). Met andere woorden, cliënten uit de controlegroep die meer gemotiveerd waren bij aanvang, hadden een grotere kans om na zes maanden nog cocaïne te gebruiken. Ondanks hun hogere motivatie heeft de standaardbehandeling niet geleid tot minder cocaïnegebruik.

3.3.5. THERAPIETROUW

Retentie of het volhouden van een gestarte behandeling is in verschillende studies een belangrijke voorspeller gebleken van behandelingsuitkomsten. In wat volgt, bekijken we hoelang cliënten in de experimentele en controlegroep de behandeling hebben volgehouden en welk percentage cliënten de behandeling heeft voltooid. We spreken van voltooiing ('treatment completion') wanneer een cliënt na zes maanden nog steeds werd begeleid in de behandelingsgroep waarin hij/zij gerandomiseerd was.

In de CRA+vouchers groep hebben meer dan de helft van de cliënten (n=11) het volledige programma afgerond. Vier cliënten haakten voortijdig af en drie cliënten werden doorverwezen naar een ander programma (cf. tabel 13). In de controlegroep stopten negen cliënten voortijdig de behandeling, de

meesten (n=7) minder dan drie maanden na het intakegesprek. Dit verschil in 'treatment completion' (55.6 vs. 43.8%) is evenwel niet significant (χ^2=0.472, df=1, p=0.492).

Tabel 13: Therapietrouw en voltooiing van de behandeling in de experimentele en controlegroep

	CRA+vouchers (N=18)	Standaardbehandeling (N=16)
Completers	55.6%	43.8%
Niet-completers	44.4%	56.2%

Wanneer therapietrouw wordt uitgedrukt in het aantal weken in behandeling (retentie), ligt dit gemiddelde duidelijk hoger in de CRA+vouchers groep (16.9 vs. 12.5 weken). Cliënten in de experimentele groep houden de behandeling gemiddeld ruim een maand langer vol dan cocaïnegebruikers in de controlegroep, maar dit verschil tussen beide groepen is niet significant (cf. tabel 14).

Tabel 14: Retentie in behandeling, uitgedrukt in aantal weken ambulante behandeling

	Gemiddelde experimentele groep (n=18)	Gemiddelde controlegroep (n=16)	p-waarde
Therapietrouw (in aantal weken)	16.9 weken	12.5 weken	0.217

Om de kans op 'treatment completion' bij de CRA+vouchers behandeling te vergelijken met deze bij de standaardbehandeling, werd de 'odds ratio' voor treatment completion berekend aan de hand van een regressieanalyse. Cliënten die de CRA+vouchers behandeling volgen, hebben 1.6 keer meer kans om het programma volledig af te ronden dan personen die de standaardbehandeling volgen (cf. tabel 15). Dit verschil is evenwel niet significant.

Tabel 15: Logistische regressie-analyse met 'treatment completion' als afhankelijke variabele en het behoren tot de experimentele dan wel de controlegroep als onafhankelijke variabele

	Odds ratio	C.I. (95%) Lower	C.I. (95%) Upper	p-waarde
Treatment completion vs. non-completion	1.6	0.414	6.240	0.493

3.3.6. TIJDSINVESTERING EN KOSTPRIJS

Om de door hulpverleners (en cliënten) geïnvesteerde tijd in de experimentele en controlebehandeling te kunnen vergelijken, werd de effectieve tijdsinvestering in deze behandelingen berekend aan de hand van een steekproef bij vier 'completers' en drie 'non-completers' uit beide behandelingsgroepen (cf. tabel 16).

Tabel 16: Beoogde en reële tijdsinvestering in de CRA+vouchers behandeling en de standaardbehandeling op basis van een steekproef

	CRA+vouchers behandeling (N=7)	Standaardbehandeling (N=7)
Beoogde tijdsinvestering (24 weken)	53u/cliënt	24u/cliënt
Reële tijdsinvestering	Gem. 24u/cliënt	Gem. 9u/cliënt

Om de vooropgestelde tijdsinvestering in de CRA+vouchers groep te bepalen, dient zowel de tijd van de gesprekssessie (1u) als van de afname van een speekseltest (15min) in rekening gebracht te worden. Tijdens de eerste fase van het programma (eerste 12 weken), waarbij er wekelijks twee

gesprekken en één speekselcontrole gepland zijn, komt dit theoretisch neer op een investering van 33 uur per cliënt. Tijdens het tweede deel van het programma (laatste 12 weken) vindt er wekelijks één gesprek en één speekselcontrole plaats en bedraagt de vooropgestelde tijdsinvestering dus 18 uur per cliënt. Dit komt op een totale vooropgestelde investering van 51 uur per cliënt voor de CRA+vouchers behandeling.
De standaardbehandeling duurt ook 24 weken, waarbij er wekelijks één gesprek gepland wordt. Dit komt aldus op een tijdsinvestering van 24 uur verspreid over 24 weken.

Wanneer we aan de hand van de steekproef van vier afgeronde en drie afgebroken behandelingstrajecten berekenen hoeveel tijd effectief werd gespendeerd aan cliëntcontacten in de experimentele en in de controlegroep, blijkt dit voor beide groepen beduidend lager te liggen dan het vooropgestelde aantal contacten (cf. tabel 16). Op een periode van zes maanden werd gemiddeld 24u/cliënt besteed in de experimentele groep, of één uur per week. In de standaard behandelingsgroep had men gemiddeld slechts negen uren contact met cliënten op een periode van 6 maanden, of minder dan één uur per twee weken.
Als deze effectieve tijdsinvestering als een indicatie van behandelingstrouw beschouwd wordt, betekent dit dat in de experimentele groep 45.3% van de vooropgestelde contactmomenten opgenomen worden, terwijl dit in de controlegroep slechts 37.5% bedraagt.

Het werken met vouchers en speekseltests binnen de CRA+vouchers behandeling brengt een aantal bijkomende kosten mee in vergelijking met de standaardbehandeling. Bovendien ligt het aantal cliëntcontacten een stuk hoger in de CRA+vouchers groep (cf. tabel 16), wat repercussies heeft voor de kostprijs van deze behandeling.

Het belonen van gewenst gedrag (cocaïneabstinentie) is één van de meest prominente karakteristieken van de CRA+vouchers behandeling. In de media werd vooraf sterk gefocust op het maximumbedrag van 1268 EUR dat men kon verdienen tijdens het CRA+vouchers project[2]. We zien dat de betrokken cocaïnegebruikers in de praktijk gemiddeld een veel minder groot bedrag hebben verdiend door abstinent te blijven van cocaïne (cf. tabel 17). Het maximaal verdiende bedrag was 1175.25 EUR, het minimale 0 EUR. Alle 18 cliënten in de experimentele groep verdienden samen in totaal bijna 8000 EUR, of gemiddeld 410.20 EUR/cliënt. De laatste kolom van deze tabel geeft aan hoeveel van het verdiende bedrag ook daadwerkelijk werd gespendeerd. Deze cijfers maken duidelijk dat ongeveer 1000 EUR van het verdiende bedrag niet werd gespendeerd, waardoor gemiddeld 350 EUR per cliënt werd uitgegeven aan vouchers.

Tabel 17: Kostprijs en besteding vouchers in de experimentele groep (n=18)

	Verdiend bedrag (in €)	**Gespendeerd bedrag aan vouchers (in €)**
Minimumbedrag/cliënt	0	0
Maximumbedrag/cliënt	1176.25	1175.68
Totaal bedrag	7793.80	6637.22
Gemiddeld bedrag/cliënt	410.20	349.33

Om tot een beeld te komen van de extra kosten die de CRA+vouchers behandeling met zich meebrengt, dienen naast de kostprijs van de vouchers ook de kosten van de speekseltests (gemiddeld 188 EUR/cliënt) en de hogere intensiteit van de behandeling (24u in plaats van 9u per cliënt) in rekening gebracht te worden. In de hypothetische veronderstelling dat één gesprekssessie een loonkost van 100 EUR inhoudt, berekenen we in tabel 18 de meerkost van de CRA+vouchers behandeling (los van operationele of overheadkosten) in vergelijking met de standaardbehandeling. Op papier betekent de CRA+vouchers behandeling dus een meerkost van ruim 2000 EUR/cliënt over een periode van 6 maanden. Echter, wanneer we geen rekening houden met de extra personeelskosten omwille van de intensievere behandeling, kost de CRA+vouchers behandeling in

[2] Voor een bloemlezing van de verschenen krantenartikels, zie: http://www.dekiem.be/pdf/behandeling.pdf

totaal slechts 540 EUR meer dan de standaardbehandeling (voor de aankoop van vouchers en speekseltests). Op weekbasis betekent dit een meerkost van respectievelijk 85 dan wel 22.50 EUR/cliënt in vergelijking met de standaardbehandeling.

Tabel 18: Vergelijking van de kostprijs van de CRA+vouchers en de standaardbehandeling (per cliënt) gedurende 24 weken

	Reële tijdinvestering (* 100 EUR)	Speekseltesten (N=18)	Vouchers (N=18)	TOTAAL
CRA+vouchers behandeling	24u * 100 EUR	188 EUR	349 EUR	2938 EUR
Standaarbehandeling	9u * 100 EUR	0 EUR	0 EUR	900 EUR

3.3.7. BEHANDELINGSTEVREDENHEID

Om de behandelingstevredenheid in de experimentele groep te meten, gebruikten we de GGZ Thermometer voor waardering door cliënten (Kertzman, Kok & van Wijngaarden, 2003), die een globale indicatie geeft over de mate waarin cliënten uit de CRA+vouchers groep de verstrekte informatie, mogelijkheden tot inspraak, de hulpverleners en het resultaat van de behandeling waarderen. Zowel na drie maanden behandeling als bij afronding van het programma werd dit instrument door de betrokken cliënten ingevuld. Onderstaande tabellen (19-22) geven de scores per cluster weer na drie en zes maanden experimentele behandeling. In het volgende hoofdstuk (3.4) worden deze beoordelingen kwalitatief verder uitgediept.

Tabel 19: Cluster 'Waardering informatie'

	Na drie maanden CRA+vouchers (n=11) %ja	Na zes maanden CRA+vouchers (n=10) % ja
Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling	100%	100%
Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?	100%	100%
Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van de behandeling of begeleiding?	81.8%	90%
Gemiddelde score cluster 'Waardering Informatiezorg'	93.9%	96.7%

Het wordt duidelijk dat alle cliënten vinden dat ze voldoende informatie kregen over het project, vooraleer ze toestemden om te participeren (cf. tabel 19). Het te verwachten resultaat was bij aanvang niet altijd goed in te schatten.

Tabel 20: Cluster 'Waardering inspraak'

	Na drie maanden CRA+vouchers (n=11) %ja	Na zes maanden CRA+vouchers (n=10) % ja
Kon (kunt) u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u zou krijgen?	72.7	60%
Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt?	100%	80%
Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	100%	90%
Gemiddelde score cluster 'Waardering Inspraak'	90.9%	76.7%

Na afloop van de eerste fase van het programma zijn alle cliënten het er over eens dat er een begeleidingsplan is opgesteld en dat dit ook naar wens wordt uitgevoerd (cf. tabel 20). Het iets lagere percentage dat hierover tevreden is na afloop van de tweede fase van de begeleiding heeft allicht te maken met de tijd die is voorbijgegaan sinds het opmaken van dit behandelingsplan (cf. supra). Tot slot is het opvallend dat cliënten minder tevreden zijn over de mogelijkheid die ze hadden om mee te beslissen over de behandeling, dikwijls omwille van de at random-indeling in een experimentele en controlegroep.

Tabel 21: Cluster ‘Waardering hulpverlener’

	Na drie maanden CRA+vouchers (n=11) %ja	Na zes maanden CRA+vouchers (n=10) % ja
Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende deskundig (goed in zijn/ haar vak)?	100%	100%
Kon (kunt) u de hulpverlener voldoende vertrouwen?	100%	100%
Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?	100%	100%
Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?	100%	100%
Gemiddelde score cluster ‘Waardering Hulpverlener’	100%	100%

Bovenstaande tabel 21 toont duidelijk aan dat alle cliënten die de CRA+vouchers behandeling volgden bijzonder tevreden zijn over de persoonlijke begeleiding en houding van de betrokken hulpverlener.

Tabel 22: Cluster ‘Waardering resultaat van de behandeling of begeleiding’

	Na drie maanden CRA+vouchers (n=11) %ja	Na zes maanden CRA+vouchers (n=10) % ja
Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?	90.9%	100%
Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de goede aanpak voor uw problemen of klachten?	100%	100%
Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen of klachten (gekregen)?	100%	100%
Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?	100%	100%
Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt?	90.9%	100%
Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties, waar u eerder problemen mee had?	72.7%	100%
Gemiddelde score cluster ‘Waardering Resultaat van de Behandeling of Begeleiding’	92.4%	100%

Bij afronding van het programma evalueren alle cliënten het resultaat van de begeleiding positief tot zeer positief (cf. tabel 22). Enkelen voelden zich na drie maand nog niet beter in staat om om te gaan met mensen en situaties waar ze eerder problemen mee hadden, maar na zes maanden bleek dit wel het geval.

De globale tevredenheid over de CRA+vouchers behandeling is groot tot zeer groot: het gemiddelde tevredenheidscijfer was na drie maanden CRA+vouchers behandeling 8.1/10 en na zes maanden was dit zelfs 8.80/10.

3.4. KWALITATIEVE VERDIEPING VANUIT HET PERSPECTIEF VAN CLIËNTEN

Aansluitend bij de follow-up gesprekken met cliënten die het CRA+vouchers programma voltooiden, werd in detail stilgestaan bij de persoonlijke ervaringen van cliënten. Deze verdiepende interviews na drie (n=11) en zes maanden (n=10) behandeling leveren boeiende inzichten op, die in wat volgt per thema besproken worden. Op die manier komt de meerwaarde van deze methodiek naar voor, maar komen eveneens struikelblokken en aanbevelingen vanuit het perspectief van de cliënt aan het licht.

3.4.1. SPEEKSELCONTROLES ALS REM OM TE GEBRUIKEN

De speekseltesten worden haast door alle cliënten als cruciaal binnen de behandeling beschreven. Ze maken deel uit van het geheel. Meer specifiek vormen ze voor ongeveer de helft van de cliënten een rem om te gebruiken. Het feit dat er meermaals per week een test wordt gedaan, schrikt af. Voornamelijk de bekommernis deze test goed te willen doen, houdt hen ervan af om te gebruiken. Verder krijgen ze via de controles ook zicht op hun eigen gebruikspatronen.

> *"Vroeger zou ik over een klein herval niets gezegd hebben. Het zou toen voor mij niet veel betekend hebben dat ik bijvoorbeeld een halve lijn per week nog gebruikte. Ik zou gewoon tijdens een gesprek gezegd hebben dat ik het goed deed en dat mijn week goed verlopen is. Nu kwam dit telkens aan bod en was ik er ook eerlijk over. Door dit telkens te bespreken, heb ik geleerd om dit niet te minimaliseren." (man, 27 jaar)*

Voor de meerderheid van de cliënten hadden de controles voornamelijk in de beginfase van het programma een inhiberende functie. Drie maal per week een test moeten afleggen, blijkt abstinentie te stimuleren. Hierdoor kunnen ze ook niets verbergen. Alle cliënten geven hierbij eveneens aan dat dit het vertrouwen met de therapeut bevordert. Verder duiden enkele cliënten de meerwaarde van de opgestelde grafieken aan. Deze visuele voorstelling blijkt een duidelijk beeld te geven van het gebruik tijdens de voorbije periode. Aanvankelijk kan dit confronterend werken, maar stap voor stap evolutie zien, blijkt ook een motiverende waarde te hebben.

> *"De controles zijn belangrijker dan de bonnen. Door de controles weet ik dat alles goed werd opgevolgd. Er waren testen, een puntensysteem, grafieken, ... Zo leerde ik ook eerlijk te zijn ten opzichte van mezelf." (man, 38 jaar)*

Hoewel er eensgezindheid bestaat over de meerwaarde van de nauwgezette opvolging en transparantie, valt het op dat enkele cliënten stellen de speekseltesten gecompliceerd te vinden. Ze omschrijven het als een hele procedure die veel tijd in beslag neemt. Wanneer er na een controle geen gesprekssessie meer volgt, blijkt men het soms vervelend te vinden om op het resultaat van de test te moeten wachten. Verder merken bepaalde cliënten op dat er af en toe onzekerheid was over de betrouwbaarheid van de speekseltesten. Na het weekend of wanneer er te veel tijd tussen twee testen zat, moest er soms een tweede test afgenomen worden of moest het staal opgestuurd worden naar het labo ter controle. Dit komt soms vreemd over bij cliënten. Tenslotte stellen drie cliënten zich de vraag waarom de focus bij de speekselcontroles (en het puntensysteem) enkel op cocaïnegebruik ligt. Hoewel er naar hun aanvoelen eveneens op andere middelen zou gelet moeten worden bij het belonen van abstinentie, gaan ze er van uit dat de testing op zich doeltreffend is.

> *"[…] Er zijn misschien geen punten mee te verdienen, maar het is wel goed dat de test meerdere middelen bekijkt. Zo is het ook confronterend voor de andere middelen. Ook dit is voor mij een stimulans om die andere middelen te verminderen of te stoppen." (man, 30 jaar)*

3.4.2. BELONEN VOOR ABSTINENTIE

De meeste cliënten stellen dat de beloningen op zich niet het belangrijkste element binnen de behandeling vormden. De speekselcontroles springen er veel meer uit. Ongeveer de helft van de

cliënten geeft aan niet direct met de beloningen en het puntensysteem bezig te zijn. Wanneer er een voucher aankomt, ervaren ze deze uiteraard wel als een leuk extraatje. Tegelijk zorgt dit bij cliënten die meer dan één middel gebruiken soms voor gemengde gevoelens.

Enkele cliënten streven er naar zoveel mogelijk vouchers te verdienen en omschrijven dit als een extra motivatie en stimulans om zich volledig in te zetten voor abstinentie. Verder is het opvallend dat het cumulatief puntensysteem als zeer positief wordt ervaren. Cliënten geven aan dat ze zo naar iets toe kunnen werken. Zo duidt één cliënt bijvoorbeeld aan nooit eerder ervaren te hebben om op korte termijn verscheidene beloningen te krijgen. Dit is nieuw voor de meeste cliënten. Ze leren om iets op te sparen en zo vooruit te komen in het leven.

> *"Ik heb geleerd om positieve gebeurtenissen te benoemen, te bekijken en mezelf daar af en toe ook voor te belonen. Ik trek dit nu ook door in mijn manier van leven: wanneer ik veel en hard gewerkt heb en wanneer ik veel uren gedaan heb, ga ik nadien als ontspanning eens winkelen. Ik ben nu ook aan het sparen voor een reis." (man, 28 jaar)*

Hoewel twee cliënten stellen dat ze het een moeilijke opdracht vinden om aan te geven waaraan ze hun punten graag zouden willen besteden, merken we dat de meeste cliënten het positief vinden dat ze zelf verschillende voorstellen mogen doen omtrent de voucherbesteding. Verder vinden cliënten het een meerwaarde om te kunnen overleggen met hun therapeut over de voucherbesteding en komen ze aldus tot een betekenisvolle keuze.

> *"[…] Mijn therapeut stimuleerde me in sommige ideeën en gaf soms suggesties. Het voelde nooit aan als iets dat werd opgedrongen. Zo heb ik tijdens mijn programma een bon gekregen om verf aan te kopen. Met deze verf heb ik mijn kamer opnieuw geschilderd. Ik ben van plan om nog een tijdje thuis te blijven wonen en heb [vroeger] op mijn kamer vaak gebruikt. Door deze opnieuw te verven, kreeg mijn kamer plots een nieuwe betekenis voor me. Ik ben zelf aan de slag gegaan, heb toen een heel intense week beleefd en ben mijn kamer dan ook volledig anders gaan inrichten en decoreren. Die voucher was heel belangrijk voor me. Zoiets doet echt deugd." (man, 28 jaar)*

De meeste cliënten kijken aan het einde van het programma anders naar het beloningssysteem dan in de beginfase. Beloond worden om niet te gebruiken, was voor iedereen nieuw. In de beginfase koos de meerderheid voor een supermarktbon. Naarmate de behandeling vorderde, werden de vouchers ook op andere manieren besteed. Verschillende cliënten geven aan dat dit ook een deel van het leerproces was voor hen.

> *"Ik gebruik nu niet meer, dus ook dat is een extra beloning die ik krijg. Zo heb ik extra geld over op het einde van de maand. Dat is echt een positieve ervaring. Ik kan nu andere dingen kopen. Ik heb hier geleerd om andere dingen te doen met mijn tijd. Ik probeer daar nu wat budget voor vrij te houden en de rest tracht ik te sparen." (man, 38 jaar)*

3.4.3. EEN INTENSIEF PROGRAMMA?

De methodiek CRA+vouchers wordt door alle cliënten omschreven als een intensief programma. Eén cliënt geeft aan dat de combinatie van drie keer per week naar het ambulant centrum komen en een job uitoefenen praktisch onhaalbaar is. Anderen merken eveneens op dat het soms moeilijk is om te combineren, maar duiden er wel op dat er steeds rekening mee gehouden wordt. Ze omschrijven het als een wekelijks puzzelwerk, waarbij twee verschillende agenda's op elkaar dienen afgestemd te worden. De ervaren flexibiliteit wordt geapprecieerd. Anderen, die geen vaste job hebben, duiden erop dat deze intensieve methodiek structuur en regelmaat brengt in hun dagelijks leven.

De overgang van zowel driemaal naar tweemaal per week naar het ambulant centrum komen als van tweemaal naar niets meer, blijkt voor alle cliënten een belangrijk kantelmoment. Deze overgangen

worden omschreven als een vreemde gebeurtenis in hun leven. Het is iets waar ze telkens moeten aan wennen. De meerderheid duidt aan dat het eerste keerpunt (van driemaal naar tweemaal per week) op een ideaal moment komt (na 12 weken).

> *"De overgang van twee gesprekken naar één gesprek per week kwam ideaal voor mij. In het begin waren er veel meer moeilijke momenten. Toen kwam er een soort keerpunt voor mij. Dit is omstreeks de periode dat het aantal sessies van drie naar twee is gegaan. Ik heb echt veel gehad aan die beginperiode." (man, 27 jaar)*

Een ander belangrijk moment is wanneer de behandeling op zijn einde loopt. Alle cliënten geven aan dat het vreemd aanvoelt dat het plots gedaan is na zo een intensieve behandeling. Ze wijzen er wel op dat dit wordt voorbereid en dat hier naartoe wordt gewerkt. De meeste cliënten hadden een duidelijke vraag naar nazorg. Ze zijn heel positief over de nazorgmogelijkheid die aangeboden werd (één sessie per maand) en duiden aan dat dit standaard voorzien zou moeten worden. Tot slot is het opvallend dat cliënten na drie maanden aangeven een duidelijke structuur te hebben in hun leven. De basis voor deze dagindeling is ontstaan binnen het CRA+vouchers programma en allen verwijzen naar wat ze daarbij geleerd en opgepikt hebben.

> *"Wanneer mijn behandeling hier gedaan was, had ik plots een raar gevoel: van twee maal per week naar niets meer. Eigenlijk was dit even een leegte voor mij. Er zijn nu wel, ook door het programma, andere dingen gekomen die ik kan doen in mijn vrije tijd. Nu is er ook meer ruimte en tijd om deze activiteiten nog meer in te plannen." (man, 38 jaar)*

3.4.4. DE GESPREKSSESSIES: BIJZONDERE GESPREKKEN

Ongeveer de helft van de cliënten geeft aan dat de speekselcontroles ook een invloed hebben op het daaropvolgende gesprek met de therapeut. De openheid en eerlijkheid die door de speekselcontroles geïnstalleerd wordt, blijft ook aangehouden doorheen de gesprekssessie. Het resultaat van de test is tevens een specifieke invalshoek om het gesprek te starten. Men geeft aan alles te kunnen vertellen en ervaart een open houding.

> *"Wat ik hier zo goed vond, was die persoonlijke aanpak. De sessies kwamen over als een vlotte babbel. Alles verliep heel spontaan. Dat vond ik ook zo goed. Ook de veranderingen kwamen spontaan. Ik stond er nooit echt bij stil, maar wanneer ik er nu naar terugkijk, merk ik dat wel. Ik dacht ook dat ik het moeilijker zou gehad hebben. Ik kon hier altijd heel open zijn." (man, 38 jaar)*

Vele cliënten wijzen op de inzichten die ze verworven hebben tijdens de behandeling en duiden aan dat ze tijdens de gesprekken verder leren kijken en nadenken over bepaalde situaties.

> *"Ik heb geleerd om situaties, plaatsen en personen in te schatten. […] Bij een [vorige] opname was het eerder een 'schokeffect' voor mij. Dat was kortdurend, even wakker worden, maar nadien kreeg ik het terug moeilijk. Hier leerde ik met dagdagelijkse elementen omgaan. Ik leerde ze toepassen en telkens opnieuw bespreken. Vroeger dacht ik ook anders over gebruik. Ik ging ervan uit dat het me overkwam. Nu weet ik dat het een opvolging is van foute beslissingen. Ik weet nu dat ik die dingen zelf in de hand heb en hoe ik hiermee kan omgaan." (man, 27 jaar)*

Andere cliënten wijzen erop dat er tijdens de gesprekssessies concreet naar iets toe wordt gewerkt. Er worden concrete afspraken gemaakt. Cliënten geven bijvoorbeeld aan dat ze daardoor zelf ook leren om dingen minder uit te stellen. Enkele cliënten kunnen op basis van hun hulpverleningsgeschiedenis een vergelijking maken met een standaard ambulante begeleiding. Ze verduidelijken dat de stijl in een gewoon ambulant gesprek veel losser is. Dit wordt ook door het verhaal van andere cliënten bevestigd. Velen geven aan dat er een actieve aanpak is in de CRA+vouchers behandeling en dat er kort op de

bal wordt gespeeld. Dit wordt door alle cliënten als positief ervaren. Verder duiden enkele cliënten aan dat het goed is dat er rond verschillende thema's kan gewerkt worden en dat er ook verschillende elementen aan bod kunnen komen tijdens één gesprek. Zo verwijst één cliënt bijvoorbeeld naar een vroegere ambulante begeleiding waarbij er gedurende een uur over één specifiek onderwerp gepraat werd. Wanneer deze cliënt nu de vergelijking maakt, merkt hij dat er nu op één uur veel meer dingen aan bod kunnen komen en dat er veel sneller iets concreet mee gedaan wordt. Hierbij blijkt het voor vele cliënten ook belangrijk dat ze tijdens de sessies de nodige vrijheid ervaren om mee na te denken over bepaalde beslissingen. Verder ervaren ze ook dat er niet nodeloos bij bepaalde thema's wordt stilgestaan, maar dat de tijd telkens goed ingedeeld wordt. Tot slot merken we dat verschillende cliënten dit programma omschrijven als een totaalpakket. Ze geven aan dat elk stukje van het geheel voor hen belangrijk is en een meerwaarde betekent.

De therapeut krijgt verschillende rollen toebedeeld door de cliënten. Doorgaans wordt deze omschreven als een empatisch persoon die raad geeft. Deze raad wordt niet als opdringerig ervaren. De therapeut geldt als een belangrijke vertrouwensfiguur die hen kan motiveren. Enkele cliënten duiden aan dat ze meer dan eens oprechte bezorgdheid hebben ervaren van hun therapeut.

> *"[…] Ik voelde de bezorgdheid van mijn therapeut. Ik had dit nog nooit eerder ervaren. Ik ben een tijdje afwezig geweest. Het ging op dat moment echt niet goed met me. Ik durfde niet meer te komen. Op een bepaald moment had ik een gemiste oproep van het ambulant centrum. Ik hoorde op mijn voicemail een vrijblijvend berichtje met de boodschap dat ik nog altijd welkom was. Er was op dat moment bijna niemand meer bij wie ik terecht kon. Die interesse en bezorgdheid gaven me een bijzonder gevoel." (man, 32 jaar)*

3.4.5. INVLOED OP HET DAGELIJKS HANDELEN?

Meer dan de helft van de cliënten verwijst naar belangrijke veranderingen in hun dagelijks leven tijdens de behandelingsperiode. Haast alle cliënten geven aan meer structuur en ritme te ervaren of grote stappen voorwaarts gezet te hebben op dit vlak.

> *"Het is de eerste keer dat ik zo'n goed gevoel heb over mezelf tijdens een behandeling. Ik heb dit nog nooit zo kunnen ervaren." (man, 30 jaar)*

Twee cliënten leggen een duidelijk verband met het stoppen met gebruiken: nu ze geen cocaïne meer gebruiken, hebben ze meer tijd en energie om dingen te doen en hun vrije tijd op een zinvolle manier in te vullen.

> *"[…] Eigenlijk komt het er op neer dat ik geen uitstelgedrag meer vertoon. Ik ga sneller over tot actie. Ik zie dit als een soort vicieuze cirkel. Vroeger deed ik niets. Ik kwam niet buiten en gebruikte alleen maar. Ook financieel merk ik dit. Ik gebruikte en had geen geld meer voor andere dingen. Ik had dus ook geen contacten meer en voelde me alleen. Ik ging dus weer gebruiken. Nu heb ik het gevoel veel meer onder de mensen te komen. Ik ga nieuwe mensen opzoeken en neem initiatief. […] Mijn cirkel is veranderd: ik ben meer onder de mensen, waardoor ik sneller contacten kan leggen en me beter in mijn vel ben gaan voelen. Ik voel me telkens beter als ik buitenkom. Ik ervaar meer en meer de gezelligheid onder de mensen." (man, 27 jaar)*

Meer dan de helft van de cliënten vertelt nu meer te sporten dan vroeger. Anderen zijn nog op zoek maar ervaren wel dat ze meer zin hebben om een passende tijdsbesteding te zoeken.

> *"Ik maak nu de avond voordien mijn sportkabas klaar. Als ik thuiskom van het werk staat alles al klaar en kan ik direct vertrekken. Ik probeer dit echt goed te plannen en regelmaat te steken in mijn weken." (man, 30 jaar)*

Verschillende cliënten ervaren dat ze door te sporten hun gedachten kunnen verzetten of een soort kick kunnen beleven. Door afspraken te maken met vrienden, een zaal te reserveren, hun sporttas klaar te zetten, … ondernemen ze actie en tonen ze initiatief. Verder geven verscheidene cliënten aan dat ze nu meer zin hebben om hun dag op een andere manier in te vullen.

> *"Door dit programma ben ik meer gemotiveerd geraakt. Ik heb meer zin in het leven. Ik ben beginnen werken en heb hier over heel wat dingen kunnen praten. Ik ben door de gesprekken wel veranderd. Ik praatte niet alleen, maar ging er ook naar handelen." (man, 35 jaar)*

Verder hebben enkele cliënten ook vooruitgang geboekt op het vlak van werk of een boeiende job gevonden. Verschillende cliënten hebben tijdens de behandeling de familiebanden aangehaald en hebben nu duidelijk meer contact met hun familie.

> *"Sinds ik dit programma ben beginnen volgen, heb ik toch meer contact gekregen met mijn familie. Het voelt ook goed aan. Ik heb dit hier goed kunnen bespreken. Ik heb zo stappen kunnen zetten en de contacten zijn verbeterd." (man, 35 jaar)*

Andere cliënten verwijzen naar het conflictueuze verleden en willen iets terugdoen voor de familie. Dit blijkt geen eenvoudige opdracht, maar door de vouchers kunnen ze bijvoorbeeld ook eens iets extra kopen voor hun familie. Verder hebben ze tijdens de behandeling geleerd om momenten met het gezin of de familie op een bewuste manier in te vullen.

> *"Vroeger zou ik met mijn zoon wat computerspelletjes gespeeld hebben. We babbelden niet, terwijl we met die games bezig waren. Nu probeer ik altijd iets te doen als hij komt: kaarten, naar de cinema, een uitstapje, … We hebben nu meer plezier samen dan vroeger. Ik heb ook het gevoel dat we dingen kunnen delen samen." (man, 38 jaar)*

3.5. DE CRA+VOUCHERS THERAPEUTEN AAN HET WOORD

Om de inzichten van de cliënten verder uit te diepen en de implementatie van de CRA+vouchers methodiek nader te beschrijven, staan we hierna stil bij de ervaringen van de betrokken therapeuten.

3.5.1. MEERWAARDE VAN DE CRA+VOUCHERS METHODIEK

3.5.1.1. HOGE INTENSITEIT

Gezien de hoge intensiteit van de interventie, geven de therapeuten aan nauw betrokken te raken bij de levensloop van cliënten. Het vertrouwen dat hierdoor ontstaat, is een essentiële en belangrijke meerwaarde. Dit vertrouwen vormt immers de basis om gevoelige thema's bespreekbaar te kunnen maken en om kort op de bal te kunnen spelen en cliënten te kunnen aanspreken op hun gedrag of attitude.

3.5.1.2. GESTRUCTUREERD WERKEN

Uit de interviews blijkt dat het protocollair werken zowel aan therapeuten als aan cliënten structuur en houvast biedt. De meerwaarde ligt volgens de therapeuten niet alleen in het feit dat het verloop van de sessies in detail uitgeschreven is, maar ook in het aanbod van werkvormen en instrumenten. Voor cliënten die moeilijk een gesprek kunnen aanknopen en onderhouden, biedt het protocollair werken concrete richtlijnen van wat de te bespreken onderwerpen zijn. Deze afbakening verschaft een veilig gevoel. Tegelijk merkt men dat, hoewel de gesprekstheme's volgens een strikte timing verlopen, er op het einde van de sessie telkens ruimte wordt voorzien voor onderwerpen die hoogdringend zijn. Tijdens het tweede deel van de behandeling is er minder structuur te onderkennen, waardoor de therapeuten bijgevolg meer dienen terug te vallen op hun eigen ervaring en kennis. Verder merken de therapeuten op dat het geschetste verloop van de sessies en de introductie van de meetinstrumenten in de praktijk spontaner wordt gebracht dan dat het protocol voorschrijft. Dit vraagt van de therapeuten de nodige creativiteit en ervaring om dit alles te integreren in een vlot gesprek.

3.5.1.3. INSPRAAK EN OVERLEG

Een belangrijke meerwaarde van deze methodiek vinden de therapeuten terug in de inspraak die de cliënt gegeven wordt. De gehanteerde instrumenten zijn erop gericht om de cliënt via zelfinzicht zelf keuzes te laten maken, waardoor men ook meer achter deze keuzes staat. Zelfs al verschillen therapeut en cliënt van mening, dan nog wordt rekening gehouden met het tempo van de cliënt.

3.5.1.4. COMBINATIE VAN INTENSITEIT, SPEEKSELTESTEN EN BELONINGEN

Waar de intensiteit van de behandeling een belangrijke meerwaarde biedt op het vlak van vertrouwen, vormen de speekseltesten naar aanvoelen van de therapeuten een meerwaarde op het vlak van objectiviteit. De controles geven een eenduidig resultaat weer, waardoor discussies over al dan niet gebruikt hebben, vermeden worden. Het is zelfs opvallend hoe eerlijk cliënten zich opstellen omtrent hun gebruik als gevolg van de testing. Naar hun aanvoelen zijn de speekseltesten een motiverende factor om clean te worden en/of te blijven. Hoewel binnen de methodiek de focus op het positieve ligt, ervaren de cliënten het toch vaak als een faalervaring indien ze niet in hun doel van abstinentie geslaagd zijn. Vanuit die optiek kunnen drugtesten volgens de therapeuten wel degelijk remmend werken naar gebruik toe. De resultaten waren ook telkens bespreekbaar met de therapeuten, waardoor de speekseltesten allerminst bedreigend over kwamen voor de therapeut-cliënt relatie.

Een andere belangrijke meerwaarde van de speekselcontroles is volgens de therapeuten de mogelijkheid om de resultaten visueel voor te stellen aan de hand van een grafiek. Voor de cliënten

biedt dit niet alleen de mogelijkheid om patronen in hun gebruik te detecteren, maar ook om het verloop van hun abstinentie aan belangrijke anderen te tonen, bijvoorbeeld in het kader van het herstellen van het vertrouwen. Naar het aanvoelen van de therapeuten zijn de beloningen op zich niet doorslaggevend, maar bieden ze volgens hen vooral een extra materiële bekrachtiging om clean te blijven. Op langere termijn vindt men het positief dat beloningen ingezet kunnen worden voor het bereiken van verbeteringen in de levenskwaliteit en dat dit is afgestemd op de behandeldoelen.

Tot slot vermelden de therapeuten dat ze een goede samenhang ervaren tussen de intensiteit van de contacten, de controle via de speekseltesten en de beloningen bij abstinentie. Men geeft aan dat het net deze combinatie is die deze omvattende methodiek zo krachtig maakt.

3.5.2. BEÏNVLOEDENDE FACTOREN

3.5.2.1. MOTIVATIE

Tijdens de intakefase wordt er aan de hand van de TCU-motivatievragenlijst (De Weert-Van Oene et al., 2002) gepeild naar de motivatie van cliënten. De interpretatie van de scores is naar het aanvoelen van de therapeuten niet evident, aangezien dit een momentopname is en men niet uitvoerig ingaat op de achterliggende motivering. Uit de praktijk blijkt dat het zich bevinden in de actiefase van de veranderingscirkel (cf. Prochaska & Diclimente, 1982), zonder meer een belangrijke indicator is voor de toepassing van de methodiek. Hoewel het belangrijk is nauwgezet stil te staan bij dit aspect, geven de therapeuten aan dat ze niet kunnen verwachten van cliënten dat zij zich reeds bij de start van de behandeling in deze fase bevinden. Een gebrek aan intrinsieke motivatie mag met andere woorden geen exclusiecriterium zijn. Vandaar dat motiverende gesprekstechnieken en een goede en accurate screening van de motivatie essentieel zijn voor het verdere verloop van de behandeling.

3.5.2.2. POLYDRUGGEBRUIK

De CRA+vouchers methodiek blijkt volgens de therapeuten goed aan te slaan bij personen met een primaire cocaïneafhankelijkheid, eventueel in combinatie met alcohol- en cannabisgebruik. Tegelijk maakt de praktijk duidelijk dat het complexer wordt om deze methodiek toe te passen bij cliënten die naast cocaïne ook afhankelijk zijn van andere middelen. In het bijzonder bij cocaïneafhankelijkheid in combinatie met heroïne- of amfetamineafhankelijkheid werd bij bepaalde cliënten een verschuiving naar één van deze andere producten waargenomen. Zowel therapeuten als cliënten werpen hierbij ethische bezwaren op. Ze geven aan dat het bij deze cliënten aan te raden is om minder gestructureerd (protocollair) te werken. Dit zou bijgevolg een alternatief kunnen zijn met meer aandacht voor het tempo van de cliënt en ruimte om het verloop van de sessies aan te passen aan de individuele noden. Tot slot merken de therapeuten op dat ook de ernst van de problematiek kan interfereren met de haalbaarheid en toepassing van de methodiek. Het is volgens hen dan ook belangrijk om vrij snel veranderingsmogelijkheden te kunnen onderkennen tijdens de behandeling, want anders kunnen vragen gesteld worden bij de efficiëntie van de interventie.

3.5.2.3. HET COGNITIEF/REFLECTIEF VERMOGEN VAN CLIËNTEN

Uit de praktijk blijkt dat het cognitief vermogen van de cliënt een bepalende factor is voor een vlot verloop van de behandeling. Wanneer een cliënt over voldoende capaciteiten beschikt om te reflecteren over zichzelf en notie heeft van de gehanteerde terminologie, verlopen de sessies beduidend vlotter. Dit hoeft echter niet per se, want bij het opmaken van een functie-analyse kan ook geprobeerd worden om trager te werken. Een functie-analyse blijft haast oningevuld wanneer het voor een cliënt echt moeilijk is om persoonlijke gedachten en handelingen concreet te benoemen. De therapeuten verduidelijken dat ze dan proberen om de cliënt op weg te helpen met voorbeelden, maar dat dit vaak geen eenvoudige opdracht is. Tegelijk stellen ze dat zelf richting aangeven niet geheel

opportuun is om zelfinzicht te bevorderen. Aldus wijzen de therapeuten er nogmaals op dat het, ondanks het protocollair werken, belangrijk is op maat van de cliënt te werken en rekening te houden met zijn/haar tempo.

3.5.2.4. HET SOCIAAL NETWERK VAN DE CLIËNT

De therapeuten geven aan dat het een uitdaging blijft om veranderingen te realiseren binnen het sociaal netwerk van de cliënt. Hoewel het protocol sterk actiegericht is, is het niet eenvoudig om dit ook actief uit te werken in de omgeving van cliënten. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld een relatie heeft met iemand die gebruikt, is het allerminst eenvoudig om elementen uit het protocol toe te passen in het dagdagelijks leven. Tegelijk biedt het protocol de mogelijkheid tot relatiebegeleiding. Wanneer de partner hier niet voor open staat, loopt men hier evenwel op vast.
Verder merken de therapeuten op dat de betrokkenheid van familie verhoogd zou mogen worden. De praktijk maakt immers duidelijk dat voornamelijk ouders een sterke betrokkenheid tonen. Het protocol voorziet hiervoor echter weinig mogelijkheden. Het is naar het aanvoelen van de therapeuten aan te raden om binnen de methodiek meer herstelgericht te werken naar de ouders en familie toe.

3.5.2.5. DE SPEEKSELTESTEN

Een aandachtspunt bij het werken met systematische speekselcontroles is volgens de therapeuten de praktische organisatie. Dit vraagt immers heel wat flexibiliteit met betrekking tot de planning van de controles. Hierbij aansluitend duiden ze ook op de nodige beschikbaarheid van de cliënt om zich tijdens de eerste fase van de behandeling drie keer per week vrij te maken. Hoewel de speekseltesten een hoge mate van betrouwbaarheid waarborgen, gebeurde het soms dat het resultaat van de test niet overeenstemde met hetgeen de cliënt zelf beweerde. De therapeuten geven aan dat er op dergelijke momenten een hertest werd gedaan. Wanneer deze nog steeds niet overeenstemde met de bewering van de cliënt, werd de test opgestuurd naar het labo. Voor het puntensysteem werd dan rekening gehouden met het resultaat van de labotest. De therapeuten geven aan dat dit soms voor vervelende situaties zorgde. Zo moesten sommige cliënten op een bepaald moment meer dan één speekseltest doen. Dit bracht eveneens de timing van de volgende gesprekken in het gedrang. Verder vermelden de therapeuten dat cliënten zich in dergelijke situaties vragen stelden over de betrouwbaarheid van de speekseltesten. Het was hun taak om de kans op een vals positieve/vals negatieve test te kaderen en aldus het vertrouwen in de speekselcontroles te herstellen.

3.5.2.6. BELONINGEN SPENDEREN

De verdiende beloningen worden afgestemd op de behandeldoelen en er wordt getracht om deze zo snel mogelijk toe te kennen. Dit is volgens de therapeuten niet altijd evident, omdat sommige cliënten niet goed weten waar ze hun verdiende punten aan willen spenderen. Ze vertellen dat de zoektocht naar mogelijk nuttige en boeiende beloningsvormen voor sommige cliënten een hele uitdaging bleek te zijn. Verder stelden sommige cliënten voor om hun punten op te sparen voor een grotere beloning. Hoewel dit niet strookt met de doelstelling van de methodiek, namelijk kort op de bal spelen en elke positieve verandering op korte termijn bekrachtigen, bleek dit in overleg met de therapeut en in het kader van de behandelingsdoelen uitzonderlijk toch mogelijk. Dit kan verantwoord worden vanuit het belang om cliëntgericht te werken.

3.5.2.7. GEBREK AAN NAZORG

Het is volgens de therapeuten een gemis dat er in het protocol niets wordt aangegeven omtrent nazorg. De cliënten volgen een intensief programma gedurende zes maanden, maar dat houdt plots op. Het gevaar bestaat immers dat het moeilijk zal zijn de gedragsveranderingen aan te houden zonder enige vorm van verdere begeleiding of ondersteuning. Om die reden kon op vraag van de

cliënt maandelijks een nazorggesprek georganiseerd worden. Deze nazorggesprekken hadden naar het aanvoelen van de therapeuten een bijzondere meerwaarde. Zo stopt de behandeling namelijk niet te bruusk en kan de cliënt, indien nodig, verder beroep doen op de opgebouwde vertrouwensband om te ventileren en eventueel advies te vragen. De doelstelling van deze vorm van nazorg is niet om een op zich zelf staande behandeling te zijn, maar eerder om een vinger aan de pols te houden en de ingezette gedragsverandering blijvend te bekrachtigen. Tot slot vermelden de therapeuten dat haast alle cliënten die het programma afronden, gebruik maken van dit aanbod.

3.5.2.8. AANKLAMPEND WERKEN

Binnen de CRA+vouchers behandeling wordt zoveel mogelijk aanklampend gewerkt. De therapeuten verduidelijken dat dit in de praktijk betekent dat in overleg met de cliënt wordt afgesproken om bij afwezigheid vooraf te verwittigen. Op die manier tracht men met deze cliënt dezelfde dag nog een nieuwe afspraak te plannen. Hier wordt nog meer aandacht aan besteed wanneer een cliënt enige tijd afwezig is geweest zonder te verwittigen. De therapeuten vertellen dat ze in dat geval actief contact zoeken met cliënten. Naar hun gevoel wordt dit zeker gewaardeerd door de cliënten en kan het tonen van betrokkenheid de behandeling een nieuw elan geven. Hoewel ze de meerwaarde van deze aanpak benadrukken, moeten ze ook toegeven dat een actieve benadering niet altijd mogelijk is als gevolg van de caseload en de intensiteit van de methodiek. Tot slot geven de therapeuten aan dat ze zoveel mogelijk samen met de cliënt op pad gingen om vouchers aan te kopen, wat de sterke betrokkenheid van de therapeuten illustreert. Het is volgens hen dan ook belangrijk de grenzen van de afstand- en nabijheidsrelatie te bewaken.

3.5.2.9. REGISTRATIE EN ADMINISTRATIE

Het CRA+vouchers protocol schrijft voor om na elke sessie een uitgebreide checklist in te vullen. De therapeuten bemerken dat deze checklist geen ruimte laat om eigen bevindingen of bijkomende informatie van de cliënt te registreren. Ze opteren bijgevolg om een bijkomend verslag te schrijven, wat een extra tijdsinvestering inhoudt. Ze stellen dan ook voor om de checklist in te korten en ruimte te laten voor extra informatie en een kort persoonlijk verslag, teneinde de bruikbaarheid ervan te verhogen.

HOOFDSTUK 4: DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

In dit laatste hoofdstuk bekijken we kritisch de implementatie van de CRA+vouchers methodiek in het ambulant centrum van De Kiem aan de hand van de voornaamste onderzoeksresultaten en de beschikbare literatuur. Tevens gaan we in op de beperkingen van voorliggende kleinschalige studie en formuleren we enkele aanbevelingen ter verbetering van de bestaande praktijk en in functie van verder onderzoek.

4.1. MOGELIJKHEDEN EN BEPERKINGEN VAN DE CRA+VOUCHERS METHODIEK

4.1.1. EEN TIJDS- EN ARBEIDSINTENSIEF PROGRAMMA

Uit de resultaten van voorliggende studie blijkt vooreerst dat de CRA+vouchers behandeling een tijds- en arbeidsintensief programma is. Dit uit zich op verschillende manieren. Zo wordt van de CRA-therapeuten verwacht dat ze voldoende tijd investeren in de voorbereiding van een gesprek en in de registratie achteraf. Verder maakten de betrokken therapeuten tijdens hun voorziene halftime (19u/week) ruimte voor administratieve taken en overleg. Ter vergelijking: in het gelijkaardige Nederlandse onderzoeksproject waren zes CRA+vouchers therapeuten tewerkgesteld, die elk zes cliënten in begeleiding hadden (DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008). Per voorziening waren in Nederland ook twee verpleegkundigen aangesteld voor de afname van urinetesten. Aldus blijkt dat de caseload binnen het CRA+vouchers project in De Kiem dubbel zo hoog lag (6 cliënten/halftime therapeut). Als gevolg van deze hoge caseload waren de therapeuten niet altijd in de mogelijkheid om aanklampend te werken. Wel werd bij afwezigheid systematisch telefonisch contact opgenomen met cliënten en gingen de therapeuten, indien mogelijk, mee met cliënten om de vouchers te besteden.
Naast het arbeidsintensieve karakter voor therapeuten, mag ook de gevraagde tijdsinvestering door cliënten niet onderschat worden. De gesprekssessies en speekselcontroles alleen al betekenen in de eerste fase van de behandeling een investering van drie uur per week, exclusief de benodigde tijd om zich te verplaatsen naar het programma. Het is dan ook aangewezen dit voor de start van de behandeling duidelijk te maken en begrip op te brengen voor eventuele afwezigheden of gemiste controles.

Naast de tijdsinvestering wordt ook de kostprijs vaak als een barrière genoemd met betrekking tot de CRA+vouchers methodiek (Petry et al., 2004; Roozen et al., 2004; Petry et al., 2006; Sindelar, Elbel & Petry, 2007). Hierbij dient ook het extra personeel gerekend te worden dat nodig is voor de afname en monitoring van de urine- of speekseltesten. Indien alle extra kosten (personeel, vouchers en speekselcontroles) worden opgeteld, komen we uit op een extra kost van ruim 2000 EUR per cliënt per behandeling. Wanneer de extra personeelskost in vergelijking met de standaardbehandeling evenwel in mindering wordt gebracht, betekent dit nog ‘slechts’ een extra kost van ongeveer 550 EUR voor de waardebonnen en speekselcontroles. Deze investeringen dienen evenwel in het licht gezien te worden van de bereikte resultaten (cf. infra). De kwalitatieve evaluatie maakt alvast duidelijk dat dit sterk gestructureerde en afgebakende behandelingsprogramma van 24 weken erg in de smaak valt bij cliënten en therapeuten. Zowel de toegankelijkheid, flexibiliteit als de strikte opvolging en betrokkenheid van de therapeut worden door de direct betrokkenen als positief ervaren.

4.1.2. ZORG OP MAAT EN HET WERKEN MET PROTOCOLLEN

Een tweede belangrijke meerwaarde van de CRA+vouchers methodiek is de sterke gerichtheid van de behandeling op het ‘hier en nu’. In de oorspronkelijke handleiding van de methodiek wordt dit ook benadrukt: de aandacht gaat naar de nodige levensstijlveranderingen en cocaïneabstinentie in het ‘hier en nu’ (Budney & Higgins, 1998). Wat het werken met behandelingsprotocollen betreft, benadrukken de betrokken therapeuten dat dit veel voorbereiding vergt. Ook in het Nederlands onderzoek is gebleken dat een uitgebreide basistraining essentieel is (DeFuentes- Merillas & De Jong,

2008). De medewerkers moeten de procedures leren kennen en inpassen in hun eigen werkwijze. De behandeling aan de hand van dergelijk gedetailleerd protocol was voor de Nederlandse professionelen goed uitvoerbaar, mits goede communicatie en samenwerking tussen de hulpverleners. Dit is ook binnen dit project van groot belang gebleken. Verder geven de CRA-therapeuten aan dat klinische ervaring nodig is om aan de slag te gaan met het protocol. Tot slot zijn zij van mening dat het belangrijk is op maat van de cliënt te (blijven) werken en flexibel om te springen met het protocol, zodat het aangepast kan worden aan de noden van de individuele cliënt. Tegelijkertijd blijven ze zich bewust van de noodzakelijke uniformiteit binnen de behandeling.

4.1.3. DE VOUCHERS EN SPEEKSELCONTROLES: MEER DAN EEN EXTRA KOST

Wanneer we ons toespitsen op de waardebonnen (vouchers) die inherent verbonden zijn aan de methodiek, merken we dat deze zowel door cliënten als therapeuten positief geëvalueerd worden. Net als in het Nederlands onderzoek wordt het beloningssysteem door cliënten als een belangrijke motiverende factor gezien (DeFuentes- Merillas & De Jong, 2008). Volgens de therapeuten hebben deze vouchers niet enkel een effect op cocaïneabstinentie, maar ook op andere levensdomeinen. Dit wordt ook in ander onderzoek bevestigd (Rogers et al., 2008). De speekseltesten zouden ook een belangrijke invloed hebben op de therapietrouw. Uit verschillende onderzoeken, waarbij abstinentie als doel vooropgesteld wordt, blijken beloningen een positief effect te hebben op behandelingsretentie (Petry et al., 2006; Secades-Villa et al., 2009). De koppeling van deze vouchers aan een omvattende behandeling zoals Community Reinforcement Approach (CRA), maakt het evenwel onmogelijk uit te maken welk van beide elementen het grootste effect heeft op de therapietrouw. Hiervoor is een ander onderzoeksdesign aangewezen en eerder onderzoek heeft reeds aangetoond dat de combinatie van CRA+vouchers een groter effect heeft op abstinentie en retentie dan elk van beide afzonderlijk.
Van bij aanvang van het project was het duidelijk dat het werken met beloningen voor gewenst (zij het evident) gedrag verschillende (ethische) vragen en bedenkingen oproept (Keymeulen et al., 2008; Vansteenkiste et al., 2009). We hebben hierbij echter steeds een pragmatische positie ingenomen en na evaluatie van deze werkvorm moeten we vaststellen dat de CRA+vouchers behandeling beter werkt dan de standaardbehandeling voor het bevorderen van cocaïneabstinentie en therapietrouw, maar dit geldt bijvoorbeeld niet voor het gebruik van andere middelen, integendeel. De gevonden verschillen zijn klein, maar betekenisvol gezien de beperkte omvang van beide groepen. De ethische vragen blijven echter pertinent, zeker wanneer blijkt dat cliënten beloond worden voor cocaïneabstinentie maar andere (illegale) middelen blijven gebruiken.

Naast de rol van de beloningen is het belangrijk stil te staan bij de meerwaarde van de speekselcontroles. Deze zijn volgens de direct betrokkenen immers van groter belang dan de beloningen op zich. De systematische controles vormen voor cliënten een rem om te gebruiken en creëren transparantie en duidelijkheid in hun relatie met de therapeut. De controles hebben een bekrachtigende functie, maar zijn tegelijk ook confronterend voor cliënten (DeFuentes- Merillas & De Jong, 2008). Cliënten bleken vaker aanwezig voor een speekselcontrole wanneer er ook een gesprekssessie aan verbonden was, wat meteen de meerwaarde van de combinatie van CM en CRA illustreert. Ook in de literatuur lezen we dat de effecten van het werken met vouchers groter zijn, wanneer deze gecombineerd worden met intensieve counseling (Higgins et al., 2007). De intensieve, individuele behandeling verhoogt de betrokkenheid en versterkt de band tussen cliënt en hulpverlener (Vermeulen et al., 2001; Vivicanos et al., 2006; EMCDDA, 2007).

4.1.4. HET BELANG VAN MOTIVATIE

Druggebruikers hebben doorgaans verschillende motieven om hun gedrag te veranderen (DeFuentes-Merillas, 2009; Vansteenkiste et al., 2009). De meeste cliënten gaven vooraf aan dat ze clean wensten te worden/blijven, maar na zes maanden kon geen verband gevonden worden tussen de mate van motivatie bij de start van de behandeling en de mate van cocaïnegebruik. Wel bleken

cliënten met een hoge mate van motivatie die aan de standaardbehandeling toegewezen werden, na zes maanden iets meer cocaïne te gebruiken dan minder gemotiveerde deelnemers.

Intrinsieke motivatie is geen vereiste om een behandeling aan te vatten en de motivatie van cliënten kan toenemen tijdens het behandelingsproces (Vanderplasschen et al., 2009). Bestaande veranderingstheorieën (Prochaska et al., 1992; De Leon, 1997) wijzen de fase van extrinsieke motivatie aan als een fase die voorafgaat aan effectieve verandering. Het hanteren van een motiverende gesprekstijl is daarom aangewezen en erop gericht om aan de hand van aangepaste gesprekstechnieken a-motivatie en externe motivatie om te vormen tot een meer geïntrojecteerde en geïdentificeerde motivatie, zodat gedragsverandering mogelijk en volgehouden wordt (Vanderplasschen et al., 2009). Zowel in de CRA+vouchers als in de standaardbehandeling is gebruik gemaakt van motiverende gesprekstechnieken, maar de combinatie met materiële bekrachtigers heeft blijkbaar een groter effect op cocaïneabstinentie.

4.2. DE MEERWAARDE VAN CRA+VOUCHERS IN VERGELIJKING MET DE STANDAARDBEHANDELING

4.2.1. CRA+VOUCHERS: INVLOED OP COCAÏNEABSTINENTIE EN OP KWALITEIT VAN LEVEN

4.2.1.1. DALING VAN HET COCAÏNEGEBRUIK, MAAR NIET VAN ANDER MIDDELENGEBRUIK

Gezien de kleine steekproef en de bijgevolg beperkte ‘power’ van dit onderzoek, konden slechts een beperkt aantal significante verschillen aangetoond worden tussen beide behandelingsgroepen (Schouten, 2002). Het meest opvallende verschil betreft de significante afname van het cocaïnegebruik in de CRA+vouchers groep na zes maanden. Hoewel dit verschil in vergelijking met de controlegroep net niet statistische significant ($p=0.11$) is na zes maanden, is de kans op cocaïneabstinentie drie keer groter in de experimentele groep. Deze resultaten liggen in de lijn van eerder onderzoek dat het significante effect van CRA+vouchers op cocaïneabstinentie heeft aangetoond (cf. Budney & Higgins, 1998; Norton et al., 2000; Miller et al., 2001; Higgins et al., 2002, 2003; Knapp et al., 2007). Tastbare en onmiddellijke beloningen hebben immers een sterk bekrachtigende waarde (Higgins et al., 2004) en hebben bijgevolg een sterke invloed op de motivatie van cliënten om te volharden in zowel het volgen van behandeling als in hun abstinentiegeoriënteerde inspanningen (Stitzer et al., 2007). In de controlegroep (standaard ambulante begeleiding) kon een veel beperktere afname van het cocaïnegebruik vastgesteld worden. Toch bleek het verschil tussen de experimentele en de controlegroep niet significant, wat vooral toegeschreven kan worden aan de kleine steekproef en de effectiviteit van de standaardbehandeling. Immers indien de CRA+vouchers behandeling zou vergeleken zijn met een groep cocaïnegebruikers die geen behandeling volgden of op een wachtlijst voor behandeling stonden, zouden de verschillen met de controlegroep allicht groter en wel significant zijn geweest (Vanderplasschen et al., 2007). Hetzelfde geldt indien een grotere steekproef ($n \geq 60$) was samengesteld geworden.

Hoewel de meeste deelnemers aan dit onderzoek cocaïne aanduiden als hun belangrijkste probleemmiddel, merken we dat deze cocaïnegebruikers de laatste maand voor het intakemoment verschillende andere middelen hebben gebruikt. Na zes maanden blijkt zelfs dat er binnen de CRA+vouchers groep meer cliënten andere middelen dan cocaïne hebben gebruikt (cannabis, alcohol) en dat er zelfs significant meer personen zijn in de experimentele groep die meer dan één middel per dag hebben gebruikt. Dit lijkt een ongewenst behandelingseffect, gezien de afname van het cocaïnegebruik gepaard lijkt te gaan met een toename van het gebruik van andere middelen zoals alcohol en cannabis. Meer onderzoek is nodig om deze bevindingen te bevestigen en om na te gaan

of dit een verschuiving betreft ten voordele van andere (minder schadelijke) middelen (Gossop et al., 2002; Darke et al., 2006). In alle geval sluit deze bevinding aan bij eerder onderzoek waaruit bleek dat het bekrachtigen van cocaïneabstinentie bij polydruggebruikers het cocaïnegebruik reduceert, maar niet het gebruik van andere drugs (Lussier et al., 2006; Moos, 2007; Petry et al., 2007). Uit de kwalitatieve interviews met de therapeuten kwam verder naar voor dat deze methodiek minder goed aanslaat bij zware gebruikers die naast cocaïne ook afhankelijk zijn van heroïne en bij wie afname van cocaïnegebruik gepaard gaat met een toename van het heroïnegebruik. Polydruggebruikers blijken trouwens over het algemeen minder goed te reageren op behandelingsprogramma's dan personen die slechts één middel misbruiken (Norton et al., 2000; Haasen et al., 2001).

4.2.1.2. EEN POSITIEVE INVLOED OP DE KWALITEIT VAN LEVEN

Naast een effect op cocaïneabstinentie, is aangetoond dat de CRA+vouchers behandeling ook een positieve invloed heeft op andere levensdomeinen (Higgins et al., 2003; EMCDDA, 2007a; Moos, 2007). In voorliggend onderzoek merkten we een significante daling van de ernst van de psychische klachten in de experimentele groep na zes maanden, doch het verschil met de controlegroep was niet significant. Wel zien we dat het voorkomen van depressieve gevoelens na zes maanden beduidend lager ligt in de experimentele dan in de controlegroep, wat ook bevestigd wordt in andere studies (Budney & Higgins, 1998; Norton et al., 2000; Miller et al., 2001; Higgins et al., 2002, 2003, 2004; Knapp et al., 2007; DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008). Depressieve klachten komen dikwijls voor als gevolg van het stoppen van cocaïnegebruik, maar het lijkt erop dat dat de CRA+vouchers methodiek hier adequaat op inspeelt.

De positievere resultaten op het vlak van psychisch welbevinden resulteren ook in hogere scores met betrekking tot de globale kwaliteit van leven in de CRA+vouchers groep. Na zes maanden is de globale levenstevredenheid (gemeten met Cantrill's ladder) significant hoger in de experimentele groep in vergelijking met de controlegroep. Deze positieve evolutie op het vlak van kwaliteit van leven vonden we ook terug in andere studies (Higgins et al., 2003; Petry et al., 2007; DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008). Sinds de start van de behandeling is de levenskwaliteit in beide groepen toegenomen, maar enkel in de CRA+vouchers groep betreft dit een significante verbetering.
Naast de globale kwaliteit van leven is het ook belangrijk aandacht te hebben voor specifieke aspecten van Quality of Life (De Maeyer et al., 2010). Bij aanvang van de behandeling scoorden de respondenten vooral laag op het domein 'Financiën'. Na drie en zes maanden CRA+vouchers behandeling merkten we een significante verbetering van de tevredenheid op het domein 'Financiën'. De invloed van de vouchers op dit vlak mag niet overschat worden, want dit verschil was niet significant in vergelijking met de controlegroep. Op de meeste dimensies van kwaliteit van leven scoorde de experimentel groep iets beter dan de controlegroep, hoewel niet significant.

Onze bevindingen sluiten aan bij de vaststelling dat de CRA+vouchers behandeling niet enkel bijdraagt tot verhoogde abstinentie tijdens de initiële behandelingsfase, maar ook tot meer langdurige abstinentie en een betere levenskwaliteit in het algemeen (Higgins et al., 2000a; Petry et al., 2007). Onze hypothese hierbij is dat de vouchers (contingency management) eerder op korte termijn inwerken op de motivatie van de cliënt en dat CRA eerder op lange termijn duurzame veranderingen teweeg kan brengen in het leven van de cliënt en rekening houdt met een breed spectrum van gerelateerde problemen (Higgins et al., 2003; Moos, 2007; Higgins et al., 2008). Uit onderzoek is gebleken dat programma's die uit meerdere componenten bestaan en inspelen op de problemen op verscheidene levensdomeinen tot betere resultaten leiden (Norton et al., 2000; Knapp et al., 2007). Veranderingen op het vlak van levensstijl dienen immers beschouwd te worden als een gestaag proces. Om die reden worden positieve evoluties successief bekrachtigd (Budney & Higgins, 1998). Uit de kwalitatieve interviews kwam naar voor dat cliënten positief staan tegenover het beloningsgericht werken. Dit heeft indirect ook een invloed op hun kwaliteit van leven, aangezien verschillende onder hen aangeven nooit eerder erkend te zijn voor iets positief dat ze deden. Verder geven cliënten aan dat ze zich als mens sterk gewaardeerd voelen in het programma, wat een

positieve invloed heeft op hun zelfwaardegevoel, sociale integratie en welbevinden (Higgins et al., 2008).

4.2.1.3. HOGERE THERAPIETROUW IN DE CRA+VOUCHERS GROEP

Uit de resultaten komt verder naar voor dat het gemiddeld aantal weken in behandeling in de experimentele groep bijna 5 weken hoger ligt dan in de controlegroep. Bovendien voltooiden meer cliënten in de experimentele groep de behandeling dan in de controlegroep en was de kans om de behandeling zes maanden lang vol te houden 1.6 keer groter in de CRA+vouchers groep. De intensiteit van deze behandeling blijkt een positief effect te hebben op de therapietrouw en leidt zeker niet tot meer drop-out in de experimentele groep. Retentie wordt over het algemeen beschouwd als één van de beste voorspellers van de uitkomst van een behandeling en het is vanuit die optiek positief te noemen dat de retentie in de experimentele groep een stuk hoger ligt dan in de controlegroep. De intensiteit van de behandeling draagt ongetwijfeld ook bij tot meer betrokkenheid en versterkt de therapeutische relatie. De hechtheid van de therapeutische relatie is een andere belangrijke voorspeller van behandelingssucces gebleken, los van de theoretische basis van deze behandeling (Lambert & Ogles, 2004), De kwalitatieve interviews maken duidelijk dat ook de regelmatige speekselcontroles en de transparantie die hiermee gecreëerd wordt, de therapeutische relatie bevorderen, naast de empathische en motiverende gesprekssstijl.

Hoewel de hoge intensiteit van de behandeling verschillende voordelen oplevert, is het belangrijkste nadeel ervan ongetwijfeld de hogere kostprijs. Dit dient evenwel gerelativeerd te worden, gezien de vooropgestelde intensiteit van de behandeling in werkelijkheid ruim de helft lager ligt. Toch houden de reële tijdsinvestering, de afgenomen speekseltesten en het effectief gespendeerde bedrag aan waardebonnen een serieuze meerkost in van 100 EUR/cliënt/week in vergelijking met de standaardbehandeling. Wanneer de extra personeelskost niet verrekend wordt, komt de extra kost van de vouchers en speekseltests op ‘slechts’ 20 EUR/cliënt/week. De meerkost van de CRA+vouchers methodiek zit dus niet zozeer in de vouchers en de speekseltests dan wel in de inzet van extra personeel. Het lijkt ons dan ook een belangrijke vraag in hoeverre het beschikbare personeel in de drughulpverlening momenteel maximaal ingezet wordt in functie van cliëntcontacten, zodat de beschikbare tijd efficiënt besteed wordt en niet verloren gaat als gevolg van niet nagekomen afspraken (Keymeulen et al., 2008). Het efficiënt inzetten van personeel komt niet enkel de intentiteit van en betrokkenheid bij de behandeling ten goede, maar ook het resultaat ervan. De meerkost van de CRA+vouchers methodiek lijkt ons alvast op middellange termijn (6 maanden) te verantwoorden gezien de positieve resultaten, maar het is de vraag of deze veranderingen ook op langere termijn stand houden indien de behandeling wordt stopgezet of de intensiteit ervan wordt verminderd. In alle geval lijkt het werken met een in de tijd afgebakende interventie, die in het begin zeer intensief is en minder intensief wordt naar het einde toe, veelbelovend en ook toepasbaar in de standaard ambulante begeleiding.

4.3. BEPERKINGEN VAN VOORLIGGEND ONDERZOEK

Om de effectiviteit van de CRA+vouchers methodiek te meten in vergelijking met de standaardbehandeling werd gekozen voor een Randomised Controlled Trial (RCT). Ook in de Verenigde Staten en Nederland werden efficitiviteitsstudies op een analoge manier opgezet onder gecontroleerde omstandigheden (Litt et al., 2008; Higgins et al., 2007; Lussier et al., 2006; Prendergast et al., 2006, DeFuentes – Merillas & De Jong, 2008). In tegenstelling tot vele grootschalige Amerikaanse studies, zijn we in Europa – zeker in de verslavingszorg – minder vertrouwd met dit soort onderzoeksopzet en onderstrepen heel wat auteurs de beperkingen van dit soort onderzoek (Verhaeghe, 2010). Het werken onder sterk gecontroleerde onderzoeksomstandigheden verlaagt bijvoorbeeld de externe validiteit (Black, 1996). Omdat cliënten bij randomisatie niet zelf kunnen beslissen welke behandeling zij volgen, kan dit ook hun motivatie voor behandeling doen dalen als ze na randomisatie niet in de groep van hun voorkeur terechtkomen.

Mogelijks biedt dit een verklaring voor de hogere drop-out in de controlegroep, gezien de gereedheid voor behandeling bij de start significant hoger lag in de controlegroep. Dit zou ook kunnen verklaren waarom we een eerder een omgekeerd verband vaststelden tussen motivatie en cocaïnegebruik in de controlegroep. Tijdens het onderzoek is gebleken dat de werving- en instroomprocedure meer tijd heeft gekost dan verwacht, omdat cliënten afhaakten omwille van de randomisatie, het intensieve karakter van de interventie, de afwezigheid van een hulpvraag, … Deze uitval kan ten dele toegeschreven worden aan het onderzoeksdesign. Omdat het beoogde aantal cliënten niet gehaald werd tegen de vooropgestelde einddatum, moest de wervingsperiode (en daardoor ook de follow-up periode) verlengd worden.

Een belangrijke sterkte van voorliggende studie vormt de combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden, waarbij zowel met objectieve als meer subjectieve indicatoren rekening gehouden wordt (Schalock, 2005; Costanza et al., 2007). Aldus zijn de resultaten ook makkelijker te generaliseren naar andere populaties en andere omstandigheden. De voornaamste beperking betreft evenwel de kleine steekproef. Met 18 cliënten in de experimentele en 16 cliënten in de controlegroep is de statistische power van deze studie onvoldoende om significante bevindingen te detecteren (Schouten, 2002). Tevens moet bij follow-up onderzoek bij cocaïnegebruikers, zelfs waarbij cliënten vergoed worden voor deelname aan het onderzoek, altijd rekening gehouden worden met een zekere mate van drop-out (Hansten et al., 2000). Dit was tijdens dit onderzoek niet anders, maar de drop-out viel binnen aanvaardbare grenzen (ca. 30%). Om de effecten van deze nieuwe behandeling zo betrouwbaar mogelijk weer te geven, werd gewerkt met een intent-to-treat analyse waarbij de situatie van cliënten die niet teruggevonden konden worden na drie of zes maanden als onveranderd werd beschouwd in vergelijking met het vorige meetmoment.
Een andere beperking heeft betrekking op de samenstelling van de steekproef. Bepaalde cliëntkenmerken overheersen in vergelijking met de doorsnee behandelingspopulatie. Zo bestaat de steekproef hoofdzakelijk uit mannen (>90%), terwijl de man-vrouw verhouding inzake cocaïnegebruik dichter bij elkaar ligt (Vanderplasschen et al., 2001; EMCDDA, 2007b). De intensiteit van het CRA+vouchers programma kan zeker voor vrouwen met kinderen of met huishoudelijke verplichtingen een hoge drempel vormen. Ook justitiecliënten zijn oververtegenwoordigd in de steekproef, wat vooral toe te schrijven is aan de functie van het ambulant centrum De Kiem in het regionale zorgcircuit. In dit behandelingscentrum komen immers veel druggebruikers terecht die doorverwezen zijn vanuit proefzorg of de drugbehandelingskamer.

De validiteit en betrouwbaarheid van de gebruikte meetinstrumenten is voldoende aangetoond. Tegelijk moet gezegd worden dat elk interview een momentopname betreft, waardoor onder andere de kwaliteit van leven en behandelingstevredenheid anders ervaren kunnen worden indien ze op een ander moment zouden worden afgenomen (Vanagas et al., 2004). Om die reden is het belangrijk dat de instrumenten op verschillende meetmomenten werden afgenomen. Hoewel het subjectief welbevinden kan fluctueren, blijkt de algemene levenstevredenheid een eerder stabiel gegeven (Cummins et al., 2004). Ook met betrekking tot het kwalitatieve onderzoeksluik dienen we ons bewust te zijn van het momentane karakter van de onderzoeksresultaten. Het zou immers kunnen dat de mening en beleving van cliënten vertekend is door bepaalde omstandigheden. Toch hebben we geprobeerd om de resultaten via een authentieke weergave van de sociale werkelijkheid (letterlijke citaten van deelnemers) te presenteren. Deze werkwijze bevordert de interne validiteit (Janssens, 1985; Maso & Smaling, 1998). Verder namen de onderzoekers een zelfkritische en open houding aan, die ook de interne validiteit ten goede komt (Eisner & Peshkin, 1990). Een beperking is wel dat de gegevens slechts door één onderzoeker werden geïnterpreteerd. Elke interviewer beschikt namelijk over verschillende interpretatiemogelijkheden en ook respondenten kunnen de bedoelingen van de interviewer op verschillende manieren begrijpen. Daarom stellen Mulderij en Bleeker (1990) dat goed analysewerk eigenlijk teamwerk is. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van dit onderzoek kan dus niet nagegaan worden, maar via intensieve samenwerking met een thesisstudente konden de gebruikte labels en trefwoorden geverifieerd worden.

4.4. AANBEVELINGEN

4.4.1. AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Om meer inzicht te verwerven in de effecten van de CRA+vouchers methodiek op lange termijn, is het aangewezen om een meer grootschalig en langdurig onderzoek op te zetten. Onderzoek bij een grotere steekproef in verschillende behandelingscentra zou niet alleen de 'power' vergroten, maar zou ook bijdragen tot de generalisatie van de onderzoeksresultaten. Hierbij kan gedacht worden aan een uitbreiding naar andere antennes van De Kiem, maar ook naar andere behandelingscentra binnen of buiten het regionale zorgcircuit.

Andere boeiende pistes voor verder onderzoek betreffen de verschillende onderdelen van de methodiek. Zo lijkt het interessant onderzoek te doen naar het belang van de vouchers binnen de methodiek door bijvoorbeeld het effect van hoge en lagere beloningen te vergelijken of de meest kosteneffectieve manier van belonen te onderzoeken. Tevens is het interessant na te gaan bij welke cliënten deze behandeling het beste aanslaat en het meeste succes ressorteert. De rol die cliëntkenmerken zoals impulsiviteit en verstoorde executieve functies hierbij kunnen spelen, wekt recent heel wat belangstelling in de wetenschappelijke literatuur. Onderzoek naar welk type cliënten het meeste baat hebben bij de CRA+vouchers behandeling draagt bij tot het verhogen van de efficiëntie van de zorg (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008). Een andere onderzoeksvraag is de vraag of CRA zonder vouchers even effectief is als CRA met vouchers. Tenslotte is het aangewezen verder onderzoek te doen met betrekking tot de CRA-component door nader in te gaan op afzonderlijke elementen ervan en hun belang voor het succes van de interventie (Roozen et al., 2004). Hierbij aansluitend kan onderzocht worden wat de optimale frequentie en duur is van nazorg in het kader van deze behandeling.

4.4.2. AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Hoewel reeds verschillende studies de meerwaarde en effectiviteit van de CRA+vouchers methodiek hebben aangetoond, blijft de toepassing ervan in de praktijk relatief beperkt en vormt dit een belangrijke uitdaging voor de toekomst (Knapp et al., 2007). De implementatie van deze specifieke methodiek vraagt immers een goede voorbereiding, waarbij met verschillende aspecten moet rekening gehouden worden.

Zorg op maat is een belangrijk werkingsprincipe en daarom is binnen de CRA+vouchers behandeling een flexibele aanpak aangewezen, waarbij men onder meer soepel omspringt met openingsuren en afspraken (Haasen et al., 2001). Cocaïnegebruikers zijn dikwijls nog goed geïntegreerd in de maatschappij, waardoor het onder andere door hun werk niet altijd mogelijk is om tijdens de reguliere openingsuren op afspraak te komen. Om die reden is het, vertaald naar de ambulante werking van De Kiem, belangrijk meer avondgesprekken te organiseren, rekening houdend met de agenda van cliënten. Dergelijke laagdrempelige aanpak blijkt voor deze doelgroep een bijzondere meerwaarde te hebben (Haasen et al., 2001).

Het is vervolgens aan te raden voldoende praktische informatie aan te bieden met betrekking tot de behandeling. Door bij het begin van de behandeling expliciet aan te geven dat men aandacht zal besteden aan verschillende leefgebieden, kan beter aan de ondersteuningsbehoeften van cliënten tegemoet gekomen worden en kunnen ze (nog) meer gemotiveerd worden. Een nauwgezette assessment bij het begin van het programma maakt het mogelijk om individuele noden in kaart te brengen en een behandeling op maat te voorzien (Norton et al., 2000; Haasen et al., 2001; Ford, 2004). Als therapeut is het belangrijk cliënten zoveel mogelijk te stimuleren en te bekrachtigen wanneer ze bij niet-druggerelateerde activiteiten betrokken zijn, omdat dit een invloed kan hebben op hun abstinentie op lange termijn (Higgins et al., 2004). Van de therapeuten wordt verwacht dat ze aandacht hebben voor de noden van cliënten, maar ze kunnen steeds terugvallen op thema's uit het

CRA-protocol. Hierbij worden het gestructureerd en doelgericht werken en het vooropstellen van haalbare korte termijndoelen zodat resultaat snel merkbaar is, als goede praktijken beschouwd in het werken met cocaïnegebruikers (Donckers, 2007). In dit verband worden ook het gebruik van concreet materiaal en visuele werkinstrumenten als succesvol ervaren (Leysens & Haesendonck, 2007). De directe toepassing van wat tijdens de sessies besproken wordt en de link met het dagdagelijks leven blijkt van groot belang.

Naast het belang van de inhoud van de CRA-sessies, is het ook belangrijk dat cliënten hun therapeut vertrouwen en ruimte krijgen om zelf hun verhaal te doen. Er wordt van de therapeut een empathische, motiverende en flexibele houding verwacht. De therapeut is actief betrokken en maakt samen met de cliënt een behandelingsplan op. Hij neemt een aanklampende rol aan om de retentie in behandeling te verhogen. Zo worden cliënten die een afspraak missen meteen opgebeld. Deze aanpak lijkt een positieve invloed te hebben op de therapietrouw en op de relatie tussen therapeut en cliënt (Budney & Higgins, 1998; Higgins et al., 2007; DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008). Om de methodiek succesvol in de praktijk te implementeren, is het verder nodig trainings- en supervisiemomenten te organiseren voor therapeuten (Higgins et al., 2007; DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008). De intensiteit van het programma en de aanklampende aanpak maken het bijvoorbeeld erg belangrijk oog te hebben voor de grenzen op het vlak van afstand en nabijheid.

De waardebonnen (contingency management) zijn in de CRA+vouchers methodiek minstens even belangrijk als de Community Reinforcement Approach. Het belonen van gewenst gedrag met vouchers blijkt immers erg effectief te zijn (Higgins, Silverman & Heil, 2007). Om het vouchersysteem in het bestaande hulpverleningsaanbod in te passen, is het echter noodzakelijk een houding aan te nemen waarbij vooraf afgesproken gewenst gedrag beloond wordt, in plaats van ongewenst gedrag te bestraffen of te veroordelen (DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008). Het afnemen van speekseltesten vereist verder een goede planning en organisatie. Een duidelijke taakverdeling is hierbij aangewezen (DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008). Gezien het aan te raden is de speekselcontroles door iemand anders dan de therapeut zelf te laten afnemen, kunnen eventueel ook vrijwilligers betrokken worden. Zo wordt het technische gedeelte van de interventie gescheiden van de counsellingsessie. Een andere manier om de tijdsinvestering van de CRA-therapeuten te optimaliseren, betreft het voorzien van een groepsgericht aanbod van CRA+vouchers (cf. Higgins et al., 2004). Dit willen we evenwel niet aanbevelen op basis van de bevindingen uit voorliggende studie, waarbij cliënten meermaals wezen op het belang van een individuele en persoonlijke aanpak. Een andere manier om de kostprijs van de CRA+vouchers behandeling te drukken, is het verlagen van de waarde van de vouchers. Hoewel studies op dit vlak wijzen op een lagere effectiviteit, bestaat hiervoor toch enige mate van bewijs (Petry et al., 2005). Het belangrijkste is dat de waarde van de vouchers vooraf bepaald wordt. Bij het bepalen van het puntensysteem en de maximale uitgaven per cliënt, is het aan te raden rekening te houden met de budgettaire mogelijkheden van de voorziening. Een onderbouwd financieel plan, waarbij rekening gehouden wordt met de geraamde kosten van de vouchers, het personeel en de aankoop van de speekseltesten, is hierbij aangewezen. Daarnaast moet ook de duur van de behandeling vooraf bepaald worden. Om abstinentie te bereiken is een minimumperiode van 8 tot 12 weken aangewezen (Higgins et al., 2007). Voorliggend onderzoek toont aan dat de effecten nog toenemen tijdens de tweede fase van de behandeling en daarom lijkt de vooropgestelde behandelingsduur van 24 weken het meest geschikt. Wel dient er op structurele wijze nazorg voorzien te worden (Haasen et al., 2001; Vermeulen et al., 2001; Vivancos et al., 2006; DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008), zodat ingezette gedragsveranderingen verder geconsolideerd kunnen worden. In vergelijking met de standaardbehandeling lijken vooral de hoge intensiteit van ondersteuning in de beginfase (in combinatie met de materiële beloningen) en de in tijd afgebakende behandelingsperiode een meerwaarde.

De resultaten maken tenslotte duidelijk dat cliënten en therapeuten vooral wijzen op de meerwaarde van het totaalpakket. Het is niet of CRA of de vouchers die het belangrijkste zijn, maar net de combinatie van de verschillende elementen in één omvattende methodiek. Het is dan ook niet

aangewezen om slechts een deel van de CRA+vouchers methodiek aan te bieden. Eerder onderzoek toonde immers superieure resultaten aan wanneer beide interventies geïntegreerd werden aangeboden (Higgins et al., 2001; Higgins et al., 2008). Via deze omvattende aanpak focust men niet alleen op het cocaïnemisbruik, maar ook op een breed spectrum van ermee gerelateerde problemen (Haasen et al., 2001; Vermeulen et al., 2001; Higgins et al., 2008).

SAMENVATTING

Tussen juni 2009 en december 2010 vond in het ambulant centrum De Kiem te Gent een studie plaats bij cocaïnegebruikers met als bedoeling de meerwaarde na te gaan van de CRA+vouchers methodiek in vergelijking met de standaardbehandeling. De implementatie van deze nieuwe werkvorm lokte bij de start zowel in de media als op de werkvloer en in wetenschappelijke kringen heel wat reacties uit. De voornaamste reden hiervoor is het feit dat druggebruikers beloond worden voor abstinentie volgens een cumulatief opgebouwd premiestelsel, waarbij ze op een periode van 6 maanden tot 1265 EUR kunnen verdienen. Het vouchersysteem is echter slechts één onderdeel van een meer omvattende cognitief-gedragstherapeutische behandeling (CRA of Community Reinforcement Approach), die bestaat uit individuele gesprekken, het oefenen van gedrags- en sociale vaardigheden, relatietherapie, motiverende gespreksvoering en terugvalpreventie. Tegoedbonnen (vouchers) worden toegekend elke keer als men het vooropgestelde gedrag (cocaïneabstinentie) bewijst aan de hand van een speekselcontrole. Indien men gebruik van cocaïne vaststelt, wordt geen beloning toegekend en valt het tot dan toe verdiende bedrag terug tot de beginwaarde (2.50 EUR).

Tijdens het onderzoek werden 18 cocaïnegebruikers behandeld in de CRA+vouchers groep en 16 in de controlegroep. Deze proefgroep werd zorgvuldig geselecteerd en geëvalueerd op het vlak van middelengebruik, psychische klachten en kwaliteit van leven bij de start van de behandeling en na drie en zes maanden. Er konden bij aanvang van de behandeling geen verschillen vastgesteld worden tussen de experimentele en de controlegroep, behalve dat de controlegroep een grotere behandelingsbereidheid vertoonde in vergelijking met de CRA+vouchers groep. Om de meerwaarde en beperkingen van de CRA+vouchers methodiek te kunnen nagaan, vonden ook kwalitatieve interviews plaats met cliënten en betrokken hulpverleners.

De onderzoeksresultaten tonen aan dat het aantal dagen cocaïnegebruik in de CRA+vouchers groep na zowel drie als zes maanden duidelijk lager ligt dan in de controlegroep (3.7 vs. 6.2 dagen na 3 maanden en 2.3 vs. 6.1 dagen na 6 maanden). Ook het aantal personen dat volledig abstinent is van cocaïne ligt veel hoger in de CRA+vouchers groep (50% vs. 25%). Zes maanden na de start van de behandeling was de kans op abstinentie drie keer groter in de CRA+vouchers groep. Dergelijke verschillen konden evenwel niet vastgesteld worden voor andere middelen dan cocaïne en we merken zelfs een verschuiving op in de richting van meer sociaal aanvaarde middelen zoals alcohol en cannabis in de CRA+vouchers groep.
Naast het cocaïnegebruik is ook de ernst van de psychische klachten meer gedaald in de CRA+vouchers groep in vergelijking met de controlegroep. Na zes maanden rapporteren significant minder personen in de experimentele groep depressieve gevoelens. Ook de globale tevredenheid met de kwaliteit van leven blijkt beduidend meer toegenomen in de CRA+vouchers groep vergeleken met de controlegroep.
Tenslotte maken de resultaten duidelijk dat de behandelingstrouw hoger lag in de CRA+vouchers groep. Meer cocaïnegebruikers in de experimentele groep hielden de behandeling zes maanden vol en de gemiddelde behandelingsduur bij deze cliënten bedroeg 17 weken tegenover 12 weken in de controlegroep. Ondanks, en allicht ook dankzij, het intensieve en aanklampende karakter van de CRA+vouchers behandeling houden cocaïnegebruikers deze behandeling langer vol, wat indirect een positieve invloed heeft op de behandelingsresultaten. De intensiteit van de CRA+vouchers behandeling (2 à 3 cliëntcontacten/week tijdens de eerste 12 weken) vormt allicht het voornaamste verschil met de bestaande behandeling, zeker qua kostprijs. Immers, de kosten van de speekselcontroles en vouchers betekenen slechts een relatief beperkte wekelijkse meerkost van 20 EUR per cliënt, terwijl de extra personeelsinvestering hier een veelvoud van bedraagt. Gezien de betere resultaten in de experimentele groep, lijkt de grotere tijds- en personeelsinvestering vanaf het begin van de behandeling en gedurende een duidelijk afgebakende periode evenwel te verantwoorden.

Hoewel de regelmatige speekselcontroles en het werken met bonnen de kostprijs van de behandeling van cocaïnegebruikers verhogen, blijkt uit de kwalitatieve interviews dat ze een belangrijke meerwaarde vormen binnen het totale behandelingspakket. Zo zijn de speekselcontroles en vouchers een belangrijke motivatie voor cliënten om abstinent te blijven en hebben ze ook een bekrachtigende functie. Volgens de bevraagde actoren heeft het intensieve en aanklampende karakter van de methodiek een positieve invloed op het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen cliënt en hulpverlener. De CRA+vouchers therapeuten verwijzen eveneens naar de mogelijkheid om aldus kort op de bal te spelen, wat ook als een meerwaarde ervaren wordt door de bevraagde cliënten.

Tot slot kunnen we op basis van dit kleinschalig onderzoek voorzichtig besluiten dat de CRA+vouchers methodiek een meerwaarde heeft ten aanzien van de bestaande behandeling van cocaïnegebruikers in De Kiem. Gezien de beperkte steekproef en de werkzaamheid van de bestaande behandeling, konden op dit vlak (net) geen statistisch significante verschillen aangetoond worden. De betere resultaten van de CRA+vouchers groep op het vlak van cocaïnegebruik en verschillende aspecten van kwaliteit van leven doen evenwel vermoeden dat deze interventie gericht op het bekrachtigen van positief gedrag (cocaïneabstinentie) en het versterken van verschillende levensdomeinen (bv. vrije tijd, familie, werk) beter werkt dan de standaardbehandeling. Het verdient dan ook aanbeveling de CRA+vouchers behandeling verder te implementeren teneinde de hulpverlening aan cocaïnegebruikers beter uit te bouwen en om de werkzame factoren van deze interventie (oa. variatie in intensiteit, aanklampende werkwijze, gerichtheid op dagdagelijkse problemen) te integreren in bestaande behandelingsprogramma's.

REFERENTIES

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e ed.). Washington, DC: APA.
- Broekaert, E. & Van Hove, G. (2005). Handboek bijzondere orthopedagogiek. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Bryssinck, K. (2007). *Behandeling? Begeleiding? Benadering? Enkele ondervindingen en eventueel guidelines*. Conference proceeding, voorgedragen op de studiedag 'cocaine: terug van nooit weggeweest?'. Antwerpen: 11 oktober 2007.
- Canales G. (2007). *Programme raising awareness of cocaine related problems: cocaonline*. Conference proceeding, voorgedragen op de studiedag 'cocaine: terug van nooit weggeweest?'. Antwerpen: 11 oktober 2007.
- Carroll, K.M. (1998). Therapy manuals for drug addiction. A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction. National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- CNSAAP (2008). *The essentials of … the community reinforcement approach*. Ottawa: The Canadian Network of Substance Abuse and Allied Professionals.
- Cummins, R.A., Lau, A.L.D. & Stokes, M. (2004). HRQOL and subjective well-being: noncomplementary forms of outcome measurements. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 4(4), 413-420.
- Decorte, T.& Slock, S. (2005). *The Taming of Cocaine II*. Brussel: VUB Press.
- DeFuentes-Merillas, L. & De Jong, C.A.J. (2004). Community Reinforcement Approach Plus Vouchers: behandeling van cocaïneafhankelijkheid. Nederlandse vertaling van de Therapy Manuals for Drug Addiction A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: treating cocaine addiction. Nijmegen: Novadic-Kentron.
- DeFuentes-Merillas, L. & De Jong, C.A.J. (2008). Is belonen effectief? Community reinforcement approach + Vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie. Nijmegen: NISPA.
- DeFuentes-Merillas, L., Greeven P.G.J. & Verbrugge, C. (2009). Cliëntwaardering 2008: Resultaten van de meting van cliëntwaardering en input voor kwaliteitsverbetering. Vught: Novadic-Kentron.
- De Kiem (2008). *Ambulante drughulpverlening aan cocaïnegebruikers.* (niet-gepubliceerd projectrapport). Gent: De Kiem.
- DeLeon G. & Jainchill N. (1986). Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 203–208.
- De Maeyer, J., Cole, S., Franssen, A. & Vanderplasschen, W. (2007). Kwalitatieve evaluatie van 10 jaar zorgcoördinatie en case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: een rondvraag bij hulpverleners en cliënten. *Orthopedagogische Reeks Gent*, 29.
- De Weert, -Van Oene, G.H., Schippers, G.M., De Jong, C.A.J. & Schrijvers, G.A.J.P. (2002). Motivation for Treatment in Substance-Dependent Patients. Psychometric Evaluation of the TCU Motivation for Treatment Scales. European Addiction Research, 8, 2-9.
- Donckers, G. (2007). *Cocaïnegebruikers in ADIC*. Conference proceeding, voorgedragen op de studiedag 'cocaine: terug van nooit weggeweest?'. Antwerpen: 11 oktober 2007.
- Druid-Deliverable (2010). Analytical evaluation of oral fluid screening devices and preceding selection procedures.
- Eisner, W.E. & Peshkin, A. (1990). *Qualitative inquiry in education. The continuing debate.* New York: Teachers College Press, 19-37.
- Emblad, H., Argandoña, M. & Ball, A. (1995). *Cocaine project*. Geneva: WHO/UNICRI.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2002). *Jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen - 2002*. Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2006). *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007a). *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007b). *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007c). *Jaarverslag 2007: stand van de drugsproblematiek in Europa.* Lisbon: EMCDDA.
- Gaite, L., Vázquez-Barquero, J.L., Arrizabalaga, A.A., Schene, A.H., Welcher, B., Thornicroft, G. et al. (2000). Quality of life in schizophrenia: development, reliability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profila – European Version. Epsilon Study 8. *British Journal of Psychiatry, 177* (39), S49 – S54.
- Hansten, M.L., Downey,L., Rosengren, D.B. & Donovan, D.M. (2000). Relationship between follow-up rates and treatment outcomes in substance abuse research: More is better, but when is 'enough' enough? *Addiction,* 95 (5), 1403-1416.
- Giacomuzzi, S.M., Riemer, Y., Ertl, M. Kemmler, G., Rössler, H., Hinterhuber, H. et al. (2003).Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a healthrelated quality of life assessment. *Addiction*, *98,* 693 – 702.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H. et al. (2004). Cocaine use in Europe – a multi-centre study: methodology and prevalence estimates. *European Addiction Research, 10*, p 139-146.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H., Güttinger, F. & Rehm, J. (2001). *Support needs for cocaine and crack users in Europe*. Hamburg: CocinEU.
- Hansson, L., Svensson, B. & Björkman, T. (1998). Quality of life of the mentally ill. Reliability of the Swedish version of the Lancashire Quality of Life Profile. *European Psychiatry*, *13* (5), 231 –234.
- Hibell B. & Andersson B. (2004). European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD).
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F. & Bagder, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry, 150*, (5), 763-769.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Foerg, F.E., Donham, R. & Badger, G.J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry, 51*, (7), 568 – 576.
- Higgins, S.T., Badger, G.J. & Budney A.J. (2000a). Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 8*, 377-386.
- Higgins, S.T., Conrad, J.W., Badger, G.J., Ogden, D.E.H. & Dantona, R.L. (2000b). Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* (1), 64-72.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J., Heil, S.H., Badger, G.J., Donham, R., Dantona, R.L., Anthony, S. (2003). Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry, 60*, 1043-1052.
- Higgins, S.T., Heil, S.H. & Lussier, J. P (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology, 55,* 431 – 461.
- Higgins, S.T., Silverman, K., Heil, S.H. (2008). *Contingency management in substance abuse*. New York: Guilford publications.
- ~~Hibell B. & Andersson B. (2004). European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD).~~
- Janssens, F. (1985). Betrouwbaarheid en validiteit in interpretatief onderzoek. *Pedagogisch tijdschrift,* 10 (3), 149-161.
- Joe G.W., Simpson D.D., Broome K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. Addiction, 93,1177–1190.

- Kalivas, P.W. (2007). Neurobiology of cocaine addiction: implications for new pharmacotherapy. *American Journal of Addictions, 16*, 2, 71-78.
- Kertzman, Kok & van Wijngaarden (2003). *De GGZ Thermometer nader onderzocht. De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de volwassenzorg.* Trimbos-instituut.
- Knapp, W.P., Soares, B.G.O., Farrel, M. & Lima, M.S. (2007). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders (review). The Cochrane Collaboration.
- Lawrence-Lightfoot, S. (2005). Reflections on portraiture: A dialogue between art and science. *Qualitative Incquiry*, 11 (1), 3-15.
- Legl, T. (2007). *Treatment for cocaine users.* Conference proceeding, voorgedragen op de studiedag 'cocaine: terug van nooit weggeweest?'. Antwerpen: 11 oktober 2007.
- Leysens, K. & Haesendonck, K. (2007). *Ervaringen met cocaïne-gebruikers in een ambulante setting.* Conference proceeding, voorgedragen op de studiedag 'cocaine: terug van nooit weggeweest?'. Antwerpen: 11 oktober 2007.
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- McLellan, A.T (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97 (3), 249-252.
- Meijer, C.J., Schene, A.H. & Koeter, M.W.J. (2002). Quality of life in schizophrenia measured by the
- MOS SF-36 and the Lancashire Quality of Life Profile: a comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*, 293 – 300.
- Miller W.R. (1998). Why do people change addictive behavior? The 1996 H. David Archibald Lecture. *Addiction*, 93, 163–172.
- Miller W.R. & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press.
- Mol, A.; van Vlaanderen, J.L. & de Vos, A. (2002). Ontwikkeling van de cocaïnehulpvraag in de ambulante verslavingszorg periode 1994-2000. Houten: IVZ.
- Moos, R. H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 88*, p. 109-121.
- Mulderij, K.J. & Bleeker, H. (1990). *Wat heb jij aan je benen? De leefwereld van het lichamelijk gehandicapte kind.* Amersfoort: Acco.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2007). National evaluation of crack cocaine treatment and outcome study NECTOS – A multi-centre evaluation of dedicated crck treatment services. London: NTA.
- Norton, G.R., Weinrath, M. & Bonin, M. (2000). *Cocaine use recommendations in treatment and rehabilitation*. Canada: Canada's Drug Strategy Division.
- Pantalon, M.V., Chawarski, M.C., Falcioni, J., Pakes, J. & Schottenfeld, R.S. (2004). Linking process and outcome in the community reinforcement approach for treating cocaine dependence: a preliminary report. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*, (2), 353-367.
- Patesson, R. & Steinberg, P. (2000). *Les Belges et les drogues*. Bruxelles.
- Petry, N.M., Tedford, J., Austin, M., Nich, C., Carroll, K. M. & Rounsaville, B.J. (2004). Prize reinforcement contingency management for treating cocaine users: how low can we go and with whom? *Addiction, 99*, 349-360.
- Petry, N.M., Alessi, S.M., Hanson, T. & Sierra, S. (2007b). Randomized trial of contingent prizes versus vouchers in cocaine- using methadone patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,75*, 983-991.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Brückner E. & Krausz M. (2003). Dartstellung und erste Ergebnisse einer ambulanten Kurzintervention für Kokainkonsumenten. *Sucht, 49,* (1), 49-53.
- Prochaska, J.O. & DiClemente C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapeutic Theory Research Practise*, 19, 276-288.

- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- ~~Prochaska J.O. & DiClemente C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapeutic Theory Research Practice*, 19, 276–288.~~
- Ritsner, M., Kurs, R., Kostizky, H., Ponizovsky, A. & Modai, I. (2002). Subjective quality of life in severely mentally ill patients: a comparison of two instruments. *Quality of Life Research*, *11*, 553 – 561.
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J. van Tulder,M.W., van den Brink,W., De Jong, C.A.J. & Kerkhof, A. J.F.M (2004). A systematic review of the effectiveness of the Community Reinforcement Approach in alcohol, cocaine and opoid addiction. *Drugs and alcohol dependence, 74,* 1-13.
- Sartor, F. & Walckiers, D. (2001). The prevalence of problematic drug use. Methodological aspects and feasibility in Belgium. *Archives of Public Health, 59*, 77-100.
- Sartor, F., Walckiers, D. & Bils, L. (2003). Country Report: Belgium. In: *Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union*. Lisbon: EMCDDA.
- Sayre, S.L.; Schmitz, J.M.; Stotts, A.L. et al. (2002). Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 28,* (1), 55–72.
- Shaerer, J. (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*, 41-52.
- Simpson D.D. & Joe G.W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. Psychotherapy, 30, 357–368.
- Sindelar, J., Elbel, B. & Petry, N.M. (2007). What do we get for our money? Cost-effectiveness of adding contingency management. *Addiction, 102*, 309-316.
- Sleiman, S. & Roelands, M. (2006). *Belgian National Report on Drugs 2006*. Brussels: Scientific Institute of Public Health.
- Stitzer, M.L., Petry, N., Peirce, J. Kirby, K., Killeen, T., Roll, J., Hamilton, J., Stabile, P.Q., Sterling, R. & Brown, C. (2007). Effectiveness of abstinence-based incentives: interaction with intake stimulant test results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, (5), 805 – 811.
- Stotts, A.L.; Mooney, M.E.; Sayre, S.L.; Novy, M.; Schmitz, J.M. & Grabowski, J. (2007). Illusory predictors: generalizability of findings in cocaine treatment retention research. *Addictive Behaviors, 32*, 2819-2836.
- Thienpont, J. & Van Deun, P. (2005). *Cijfergegevens 2005*. Gent: Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg vzw VVBV.
- Vanagas, G., Padaiga, Z. & Subata, E. (2004). Drug addiction maintenance treatment and quality of life measurements. *Medicina (Kaunas)*, 40(9), 833-841.
- Van den Brink, W. (2005). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Tijdschrift Verslaving*, 1 (1), 3-14.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K., Broekaert, E. (2001). De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: registratie van aanmeldingen en intakes tussen februari 1999 en mei 2000. *Orthopedagogische reeks Gent, 13*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K., Broekaert, E. (2003). De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van personen in behandeling. *Orthopedagogische reeks Gent, 15*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. & van Laar, M. (2006). *Hulp bij probleemgebruik van drugs. Wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg. Actualisering van de NDM-achtergrondstudie uit 2004*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Hal, G., Vermerght, B., Swennen, F., Van Bogaert, E., Bernaert, I., Keersmaekers, R., Rosiers, J. (2006). Grootschalige enquête naar het middelengebruik in het Antwerpse studentenmilieu: methodologie, onderzoeksresultaten en aanknopingspunten voor een preventieve aanpak. *T.O.R.B., 7,* (1), p.76-84.

- Van Montfoort, T. (2007). *Cocaïneproblematiek vanuit het oogpunt van gebruikers*. Conference proceeding, voorgedragen op d e studiedag 'cocaïne: terug van nooit weggeweest?'. Antwerpen: 11 oktober 2007.
- van Nieuwenhuizen, C., Schene, A.H., Koeter, M.W.J & Huxley, P.J. (2001). The Lancashire Quality of Life Profile: modification and psychometric evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, *36*, 36 – 44.
- Veach, L.J., Remley, T.P., Kippers, S.M. & Sorg J.D. (2000). Retention predictors related to intensive outpatient programs for substance use disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26*, (3), 417-28.
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw (VAD) (2005). *Dossier cocaïne*. Brussel: VAD.
- Verhaeghe, P. (2010). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Vermeulen, K., Wildschut, J. & Knibbe, R. (2001). 'Zo'n beetje alles staat in het teken van de wit'. Een verkennend onderzoek naar (base)cocaïnegebruikers in de Utrechtse gemarginaliseerde gebruikersscène. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO).
- Vivancos, R., Maskrey, V., Rumball, D., Harvey I. & Holland R. (2006). Crack/cocaine use in a rural county of England. *Journal of public health, 28*, (2), p. 96-103.
- Vocci, F.J. (2007). Can replacement therapy work in the treatment of cocaine dependence? And what are we replacing anyway? *Addiction, 102*, 1888-1889.
- Wijngaarden, K. (2001). *Cliëntwaardering in de GGZ. Verslag van een pilot.* Trimbos-instituut.
- Wille, S.M.R., Samyn, N., Ramirez-Fernandez, M.d.M., De Boeck, G. (2010). Evaluation of on-site oral fluid screening using Drugwipe-5, RapidSTAT and Drug Test 5000 for the detection of drugs of abuse in drivers. *Forensic Science International*, 198, 2-6.