

# Korte interventie

De aan ASSIST gekoppelde korte  
interventie voor riskant en schadelijk  
middelengebruik

Handleiding eerstelijnsgezondheidszorg

**PAHO**



Pan American  
Health  
Organization



World Health  
Organization  
REGIONAL OFFICE FOR THE  
Americas



# Korte interventie

De aan ASSIST gekoppelde  
korte interventie voor riskant en  
schadelijk middelengebruik

Handleiding eerstelijnsgezondheidszorg

**PAHO**



Pan American  
Health  
Organization



World Health  
Organization  
REGIONAL OFFICE FOR THE  
Americas

Officiële vertaling van het originele werk in het Engels  
*The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use:  
manual for use in primary care*  
© World Health Organization 2010  
ISBN: 978 92 4 159939 9

De aan ASSIST gekoppelde korte interventie voor riskant en schadelijk middelengebruik: handleiding  
eerstelijnsgezondheidszorg

© Pan American Health Organization, 2022

ISBN: 978-92-75-72544-3 (pdf)

Sommige rechten voorbehouden. Dit werk is beschikbaar onder de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike-licentie 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.



Onder de voorwaarden van deze licentie mag deze publicatie worden gekopieerd, verspreid en aangepast voor niet-commerciële doeleinden, op voorwaarde dat het nieuwe werk wordt uitgegeven onder dezelfde of een gelijkwaardige Creative Commons-licentie en dat het op gepaste wijze wordt geciteerd, zoals hieronder aangegeven. Bij gebruik van deze publicatie mag niet de suggestie worden gewekt dat de Pan American Health Organization (PAHO) een specifiek(e) organisatie, product of dienst onderschrijft. Het gebruik van het PAHO-logo is niet toegestaan.

**Aanpassingen:** Als deze publicatie wordt bewerkt, moet de volgende afwijzing van aansprakelijkheid worden toegevoegd, samen met de voorgestelde aanhaling: 'Dit is een bewerking van een oorspronkelijk werk van de Pan American Health Organization (PAHO). De standpunten en meningen die in de aanpassing worden verwoord, vallen uitsluitend onder de verantwoordelijkheid van de auteur(s) van de aanpassing en worden niet door PAHO onderschreven.'

**Vertaling:** Als deze publicatie wordt vertaald, moet de volgende afwijzing van aansprakelijkheid worden toegevoegd, samen met de voorgestelde aanhaling: 'Deze vertaling is niet uitgevoerd door de Pan American Health Organization (PAHO). PAHO is niet verantwoordelijk voor de inhoud of de nauwkeurigheid van deze vertaling.'

**Voorgestelde aanhaling.** *De aan ASSIST gekoppelde korte interventie voor riskant en schadelijk middelengebruik: handleiding eerstelijnsgezondheidszorg. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2022.*  
License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275725443>.

**Catalogisering-in-Publicatie-gegevens.** CIP-gegevens zijn beschikbaar op <http://iris.paho.org>.

**Verkoop, rechten en licenties.** Neem voor de aankoop van PAHO-publicaties contact op met [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Verzoeken om commercieel gebruik en vragen over rechten en licenties kunt u richten aan <http://www.paho.org/permissions>.

**Materiaal van derden.** Indien materiaal dat aan derden wordt toegeschreven, zoals tabellen, figuren of afbeeldingen, uit deze publicatie wordt hergebruikt, is het de verantwoordelijkheid van de gebruiker om te bepalen of toestemming nodig is voor dat hergebruik en om toestemming te verkrijgen van de houder van het auteursrecht. Het risico op claims als gevolg van inbreuk op materiaal of onderdelen van deze publicatie die eigendom zijn van derden, berust uitsluitend bij de gebruiker.

**Algemene vrijwaringsclausules.** De gebruikte benamingen en de presentatie van het materiaal in deze publicatie houden niet in dat PAHO op enigerlei wijze haar mening geeft over de juridische status van een land, gebied, stad of streek of van de autoriteiten ervan, of over de afbakening van de grenzen of begrenzingslijnen ervan. Stippellijnen of onderbroken lijnen op kaarten geven bij benadering grenslijnen weer waarover wellicht nog geen volledige overeenstemming bestaat.

De vermelding van specifieke ondernemingen of van producten van bepaalde fabrikanten impliceert niet dat deze door PAHO worden onderschreven of aanbevolen boven andere, niet genoemde ondernemingen of producten van gelijke aard. Fouten en weglatingen uitgezonderd, wordt de eerste letter van de namen van geïdentificeerde producten met een hoofdletter geschreven.

PAHO heeft alle redelijke voorzorgsmaatregelen getroffen om de informatie in deze publicatie te verifiëren. Het gepubliceerde materiaal wordt echter zonder garantie, expliciet of impliciet, verspreid. De verantwoordelijkheid voor de interpretatie en het gebruik van het materiaal ligt bij de lezer. PAHO kan in geen geval aansprakelijk worden gesteld voor schade voortvloeiend uit het gebruik ervan.

NMH/MH2022.

# Inhoud

Dankwoord.....	iv
1 Aard en doel van deze handleiding.....	1
2 De aan ASSIST gekoppelde korte interventie .....	2
3 Redenen voor korte interventies in de eerstelijnszorg .....	5
4 Model van gedragsverandering .....	7
5 Elementen van effectieve korte interventies: FRAMES .....	11
6 Elementen van effectieve korte interventies: Motiverende Gespreksvoering.....	13
7 Alles samengenomen: een stapsgewijze aanpak van korte interventies .....	16
8 Wat te doen met hoogrisicogebruikers en frequent injecterende gebruikers? .....	22
9 Voorbeeld van een korte interventie .....	24
10 Langere interventies: ingaan op meerdere middelen .....	26
11 Langere of meerdere interventies: informatie, vaardigheden en technieken .....	27
12 De aan ASSIST gekoppelde korte interventie in de dagelijkse praktijk opnemen .....	38
Referenties .....	69

## Dankwoord

Deze handleiding is ontwikkeld in het kader van het WHO ASSIST-project, dat wordt gecoördineerd, gesponsord en geïmplementeerd door de WHO-afdeling Mental Health and Substance Abuse, Management of Substance Abuse.

Deze handleiding is geschreven door R. Humeniuk, S. Henry-Edwards, R. Ali, V. Poznyak en M. Monteiro. Het eerste concept voor de praktijktesten is opgesteld in het kader van fase III van het WHO ASSIST-project. De volgende deskundigen, leden van de Werkgroep WHO ASSIST Fase III, hebben waardevolle bijdragen geleverd aan het eerste concept van de handleiding: Tomas Babor (VS), Michael Farrell (VK), Maria Lucia Formigoni (Brazilië), Roseli Boerngen de Lacerda (Brazilië), Walter Ling (VS), John Marsden (VK), Jose Martinez-Raga (Spanje), Bonnie McRee (VS), David Newcombe (Australië), Hemraj Pal (India), Sara Simon (VS), Janice Vendetti (VS). De samenstelling van de concepthandleiding voor praktijktesten en de verdere ontwikkeling ervan werden gecoördineerd door Vladimir Poznyak en Maristela Monteiro van de WHO-afdeling Mental Health and Substance Abuse, en Rachel Humeniuk en Robert Ali van Drug and Alcohol Services South Australia, WHO Collaborating Centre for Research in the Treatment of Drug and Alcohol Problems (Australië).

De herziening van de ontwerphandleiding voor praktijktesten is uitgevoerd door Robert Ali en Sonali Meena (Australië) met de waardevolle bijdragen van de volgende leden van het Raadgevende Comité van WHO ASSIST en andere deskundigen: Thomas Babor (VS), Carina Ferreira-Borges (WHO AFRO), Alexandra Fleischmann (WHO), Maria Lucia Formigoni (Brazilië), Walter Ling (VS), Hem Raj Pal (India), Rick Rawson (VS).

De voltooiing en de productie van de handleiding werden gecoördineerd door Vladimir Poznyak (WHO) met de hulp van Rachel Humeniuk, Sonali Meena en Lidia Segura (Spanje). Administratieve steun werd verleend door Tess Narciso en Mylène Schreiber.

Voorgestelde aanhaling: Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V en Monteiro M (2010). De aan ASSIST gekoppelde korte interventie voor riskant en schadelijk middelengebruik: handleiding eerstelijnsgezondheidszorg. Genève, Wereldgezondheidsorganisatie.

Dit document wordt aangevuld met:

Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V en Monteiro M (2010). De aan ASSIST gekoppelde korte interventie voor riskant en schadelijk middelengebruik: handleiding eerstelijnsgezondheidszorg. Genève, Wereldgezondheidsorganisatie.

Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL en Meena S (2010). Zelfhulpstrategieën om middelengebruik te minderen of stoppen: een gids. Genève, Wereldgezondheidsorganisatie.

De ontwikkeling en productie van de handleiding en de implementatie van het WHO ASSIST-project zijn mogelijk gemaakt dankzij de financiële steun van de Australische Commonwealth Department of Health and Aging en de overheid van Valencia, Spanje.

# 1 Aard en doel van deze handleiding

Deze handleiding vormt een aanvulling op de *'Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): handleiding eerstelijnsgezondheidszorg'*<sup>1</sup>, en is gebaseerd op *'Korte interventie voor middelengebruik: richtlijnen eerstelijnsgezondheidszorg. Conceptversie 1.1 voor praktijktesten'*<sup>2</sup>. Het doel van deze handleiding is de theoretische basis en het bewijs van effectiviteit van korte interventies toe te lichten en eerstelijnsgezondheidswerkers te helpen een eenvoudige korte interventie uit te voeren met cliënten met een riskant middelengebruik. Deze handleiding geeft samen met de bijbehorende handleiding<sup>1</sup> een uitgebreide benadering van screening en korte interventie, afgestemd op de specifieke omstandigheden van de eerstelijnsgezondheidszorg, en is ontworpen om de gezondheid van populaties, cliëntengroepen en individuen te verbeteren. Deze handleiding beschrijft:

- rde redenen voor korte interventies in de eerstelijnsgezondheidszorg;
- een model van gedragsverandering;
- de elementen van effectieve korte interventies;
- de beginselen van motiverende gespreksvoering en essentiële vaardigheden;

- hoe de ASSIST-screening aan een korte interventie kan worden gekoppeld;
- hoe feedback aan cliënten kan worden gegeven;
- hoe een korte interventie kan worden uitgevoerd bij gebruikers met middelmatig risico;
- voorbeelden van een korte interventie bij de ASSIST;
- hoe u drugsspuitende gebruikers helpt;
- hoe u interventies voor meerdere middelen uitvoert;
- hoe u langere of meerdere interventies uitvoert.

Hoewel met name gericht op eerstelijnsgezondheidswerkers, kan deze handleiding ook nuttig zijn voor anderen die werken met hoogrisicogebruikers of cliënten die meer kans lopen om middelen te gaan gebruiken. Deze andere gezondheidswerkers zijn bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen, verloskundigen en gynaecologen, maatschappelijk werkers, gevangenis personeel en reclasseringswerkers.

## 2 De aan ASSIST gekoppelde korte interventie

De Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) is voornamelijk ontwikkeld voor drugsgebruik, maar kan ook worden gebruikt voor andere middelen, zoals alcohol en tabak, met name in gebieden met een hoge prevalentie. Deze screening wordt dan ook gezien als een uitstekend instrument voor een scala aan verschillende psychoactieve middelen. De nadruk in deze handleiding ligt vooral op drugsgebruik en niet zozeer op alcohol- of tabaksgebruik, omdat er in de eerstelijnsgezondheidszorg relatief weinig instrumenten bestaan voor screening en korte interventies met betrekking tot illegale drugs. De korte-interventietechniek die in deze handleiding wordt beschreven, is voornamelijk gericht op gedragsverandering van drugsgebruikers voor wat betreft het meest gebruikte middel of het middel dat de meeste problemen veroorzaakt voor de cliënt (zoals aangegeven door de cliënt of de hoogste ASSIST-score). De in deze handleiding beschreven technieken kunnen echter ook worden gebruikt om alcohol- en tabaksgebruik aan te pakken, met name in combinatie met andere gebruikte middelen, hoewel in dat geval een interventie waarschijnlijk langer dan drie minuten zal zijn.

De aan de ASSIST gekoppelde korte interventie is een korte interventie van 3 tot 15 minuten

voor cliënten die met een gezondheidswerker de ASSIST hebben ingevuld. De ASSIST screent op het gebruik van alle soorten middelen (tabaksproducten, alcohol, cannabis, cocaïne, amfetamineachtige stimulerende middelen (ATS), kalmeringsmiddelen, hallucinogenen, inhalatiemiddelen, opioïden en 'andere' middelen) en berekent voor elk middel een risicoscore ('laag', 'middelmatig' of 'hoog')<sup>3, 4</sup>. De risicoscores worden op de ASSIST feedbackkaart genoteerd, die wordt

gebruikt om feedback op maat te geven door cliënten hun scores en de daaraan verbonden gezondheidsproblemen te laten zien. Door cliënten te vragen of zij hun scores willen zien, kan de gezondheidswerker op een niet-confronterende manier een gesprek (korte interventie) met de cliënt beginnen. Dit is een succesvolle manier gebleken om met name gebruikers met middelmatig risico ertoe te brengen hun middelengebruik te veranderen<sup>5</sup>.

Zoals beschreven in *'De Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): handleiding eerstelijnsgezondheidszorg'*<sup>1</sup>, zijn de ASSIST-scores gekoppeld aan de volgende risicocategorieën en bijbehorende aanbevolen interventies (zie tabel 1).



TABEL 1: ASSIST-risicoscore en bijbehorend risiconiveau en interventie

Alcohol	Alle andere middelen <sup>a</sup>	Risiconiveau	Interventie
0 - 10	0 - 3	Lager risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Algemeen gezondheidsadvies</li> </ul>
11 - 26	4 - 26	Middelmatig risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Korte interventie</li> <li>▮ Brochure &amp; informatie meegeven</li> </ul>
27+	27+	Hoog risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Korte interventie</li> <li>▮ Brochure &amp; informatie meegeven</li> <li>▮ Doorverwijzing naar gespecialiseerde beoordeling en behandeling</li> </ul>
Heeft in de afgelopen drie maanden drugs gespoten		Middelmatig en hoog risico <sup>b</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Informatiekaart risico's intraveneus drugsgebruik</li> <li>▮ Korte interventie</li> <li>▮ Brochure &amp; informatie meegeven</li> <li>▮ Doorverwijzing om te testen op BOV's<sup>c</sup></li> <li>▮ Verwijzing naar gespecialiseerde beoordeling en behandeling</li> </ul>

a Tabaksproducten, cannabis, cocaïne, ATS, kalmeringsmiddelen, hallucinogenen, inhalatiemiddelen, opioïden en 'andere middelen'.

b injectiepatroon vaststellen: (gemiddeld) meer dan 4 keer per maand injecteren in de afgelopen drie maanden is een indicator van afhankelijkheid die verdere beoordeling en behandeling vereist.

c Virussen die via het bloed worden overgedragen, zoals HIV en hepatitis B en C.

Een screening en korte interventie hebben tot doel huidige of potentiële problemen met middelengebruik op te sporen en risicogroepen te motiveren hun gebruiksgedrag te veranderen door aan cliënten het verband uit te leggen tussen hun huidige gebruikspatroon en de daaraan verbonden risico's<sup>6</sup>. In het algemeen kunnen korte interventies in de eerstelijnsgezondheidszorg variëren van korte feedback en advies van drie minuten tot een korte counselingssessie<sup>7</sup> van 15-30 minuten. De korte interventie bij de ASSIST die in deze handleiding wordt gepresenteerd, is bedoeld voor 3 à 15 minuten, maar de beginselen kunnen ook worden gebruikt voor langere of meerdere sessies als de tijd dat toelaat.

De aan ASSIST gekoppelde korte interventie is specifiek ontworpen om mensen die op basis van hun ASSIST-scores een 'middelmatig risico' met

hun middelengebruik lopen, een passende korte interventie te bieden. Dat wil zeggen mensen die *niet* afhankelijk/verslaafd zijn, maar wel op een riskante of schadelijke manier middelen gebruiken die voor de persoon in kwestie gezondheids-, sociale, gerechtelijke, beroepsmatige of financiële problemen oplevert of kan opleveren bij voortgezet gebruik. In het algemeen zijn korte interventies **niet bedoeld als een op zichzelf staande behandeling** voor mensen die verslaafd zijn of een 'hoog risico' lopen door hun middelengebruik. Een korte interventie moet worden gebruikt om zulke cliënten aan te moedigen zich te laten doorverwijzen voor een gespecialiseerde drugs- en alcoholbeoordeling en -behandeling, hetzij binnen de eerstelijnszorg, hetzij bij een gespecialiseerde alcohol- en drugsverslavingsinstelling.

Het doel van de interventie is de cliënt te doen inzien dat zijn middelengebruik hem in gevaar brengt, wat hem kan motiveren om zijn middelengebruik te minderen of stoppen.

Korte interventies moeten op de persoon toegesneden zijn en op een ondersteunende, niet-oordelende manier worden aangeboden.

De korte interventie bij de ASSIST is gebaseerd op de FRAMES-technieken<sup>8,9,10</sup> en Motiverende Gesprekstechnieken<sup>7</sup>, die verderop in deze handleiding worden besproken. Samengevat volgt de aan ASSIST gekoppelde korte interventie de volgende tien voorgestelde hoofdstappen (of de eerste vijf stappen voor een kortere interventie van drie minuten):

1. Cliënten **vragen** of zij hun ASSIST-scores willen zien.
2. **Feedback** op maat geven aan cliënten over hun scores met behulp van de ASSIST feedbackkaart.
3. **Advies** geven over hoe risico's door middelengebruik kunnen worden beperkt.
4. Cliënten zelf de **eindverantwoordelijkheid** voor hun keuzes geven.
5. Cliënten vragen hoe **bezorgd** ze zijn over hun scores.
6. De **goede kanten** van het gebruik van het middel afwegen tegen de

7. **minder goede kanten** daarvan.
8. **Samenvatten** en **reflecteren** over wat cliënten hebben gezegd over hun middelengebruik, met de nadruk op de 'minder goede kanten'.
9. Cliënten vragen hoe **bezorgd** ze zijn over de 'minder goede kanten'.
10. Cliënten **materiaal meegeven** als onderdeel van de korte interventie.

Veel gezondheidswerkers vermijden het screenen op middelengebruik en vermijden bijgevolg interventie. Uit onderzoek blijkt dat dit de belangrijkste redenen zijn die gezondheidswerkers opgeven om niet in te grijpen: tijdgebrek, het gevoel dat ze niet competent of in staat zijn om een interventie te geven en de angst dat hun interventie bij cliënten weerstand en defensief gedrag oproept<sup>11</sup>. Met de ASSIST-screening en de daaraan gekoppelde korte interventie zoals beschreven in deze handleiding, is getracht aan al deze zorgen tegemoet te komen. Zowel de screening als de korte interventie kan relatief snel worden gedaan, met name de korte interventie, die in slechts drie minuten kan worden uitgevoerd als de aandacht wordt gericht op het middel dat de cliënt het meest gebruikt. Bovendien is gebleken dat de korte interventie, die in deze handleiding stap voor stap wordt beschreven, cliënten kan motiveren om hun middelengebruik te verminderen, en zeer weinig weerstand of defensieve reacties bij cliënten oproept.

# 3 Redenen voor korte interventies in de eerstelijnsgezondheidszorg

Tabak, alcohol en illegale drugs behoren tot de twintig door de Wereldgezondheidsorganisatie aangemerkte belangrijkste risicofactoren voor een slechte gezondheid<sup>12</sup>. Geschat wordt dat tabak verantwoordelijk is voor 8,7% van alle sterfgevallen en voor 3,7% van de wereldwijde ziektelast, die wordt gedefinieerd als het aantal jaren dat verloren gaat door voortijdige dood of invaliditeit (Disability Adjusted Life Years - DALY's), terwijl alcohol verantwoordelijk is voor 3,8% van de sterfgevallen en 4,5% van de DALY's. Illegale drugs zijn verantwoordelijk voor 0,4% van de sterfgevallen en 0,9% van de DALY's. Riskant en schadelijk gebruik van alcohol en andere middelen is ook een risicofactor voor een breed scala van sociale, financiële, gerechtelijke en relatieproblemen voor individuen en hun gezinnen. Wereldwijd is er een toenemende tendens dat mensen meerdere middelen gebruiken, hetzij tegelijkertijd, hetzij op verschillende tijdstippen, waardoor de risico's waarschijnlijk nog zullen toenemen.

Eerstelijnsgezondheidswerkers bevinden zich in een unieke positie om cliënten met riskant of schadelijk middelengebruik te identificeren en dan in te grijpen. Gezondheidsbevordering en ziektepreventie spelen een belangrijke rol in het werk van eerstelijnsgezondheidswerkers, die vaak al betrokken zijn bij de uitvoering van activiteiten rond screening en preventie, waaronder vaccineren, signaleren van hoge bloeddruk, obesitas, roken en andere risicofactoren. Cliënten beschouwen eerstelijnsgezondheidswerkers als een geloofwaardige bron van advies over gezondheidsrisico's, waaronder middelengebruik.

In de ontwikkelde landen bezoekt 85% van de bevolking ten minste eenmaal per jaar een eerstelijnsgezondheidswerker. Voor cliënten met een riskant en schadelijk gebruik van alcohol en andere middelen kan dit zelfs vaker zijn.

Dit betekent dat eerstelijnsgezondheidswerkers de mogelijkheid hebben om in een vroeg stadium in te grijpen voordat zich ernstige aan middelen verbonden problemen en afhankelijkheid ontwikkelen. Veel vaak voorkomende gezondheidsproblemen in de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen verband houden met het gebruik van tabak, alcohol of andere middelen, en de eerstelijnsgezondheidswerker kan dit gebruiken om een screening en korte interventie voor middelengebruik te introduceren. De interventie maakt dan deel uit van de behandeling van de huidige klacht.

Eerstelijnsgezondheidswerkers hebben vaak een langdurige relatie met hun cliënten, waardoor ze een goede verstandhouding kunnen ontwikkelen en een beter inzicht krijgen in de behoeften van hun cliënten. Cliënten verwachten over het algemeen dat hun huisarts betrokken is bij alle aspecten van hun gezondheid en voelen zich waarschijnlijk meer op hun gemak bij het bespreken van gevoelige onderwerpen zoals middelengebruik met iemand die ze kennen en vertrouwen. De langdurige relatie betekent ook dat interventies qua tijd kunnen worden gespreid en deel kunnen uitmaken van een aantal consulten.

Er is belangrijk bewijs voor de voordelen van screening en korte interventies voor alcoholproblemen in de eerstelijnsgezondheidszorg<sup>8, 13-18</sup>. Senft e.a. (1997)<sup>17</sup> toonden een vermindering aan van de frequentie van het alcoholgebruik na 6 en 12 maanden bij riskante drinkers die een korte interventie van 15 minuten en zelfhulpmateriaal hadden gekregen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. De WHO Brief Intervention Study Group<sup>18</sup> ontdekte dat vijf minuten eenvoudig advies even effectief waren als twintig minuten counseling. Bovendien is gebleken dat korte interventies een kosteneffectieve manier zijn om het alcoholgebruik en de daarmee gepaard gaande problemen te verminderen<sup>19</sup>.

Onderzoek suggereert dat korte interventies ook effectief kunnen zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg voor andere middelen dan alcohol: er zijn aanwijzingen dat korte interventies kunnen werken voor cannabis<sup>20, 21, 22</sup>, benzodiazepinen<sup>23</sup>, amfetaminen<sup>24</sup>, opiaten<sup>25</sup> en cocaïne<sup>26</sup>.

Onlangs is in het kader van het WHO ASSIST-project een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uitgevoerd<sup>5</sup> naar de effectiviteit van een korte interventie gekoppeld aan ASSIST-scores voor gebruikers met middelmatig risico van cannabis, cocaïne, amfetamineachtige stimulerende middelen of opioïden.

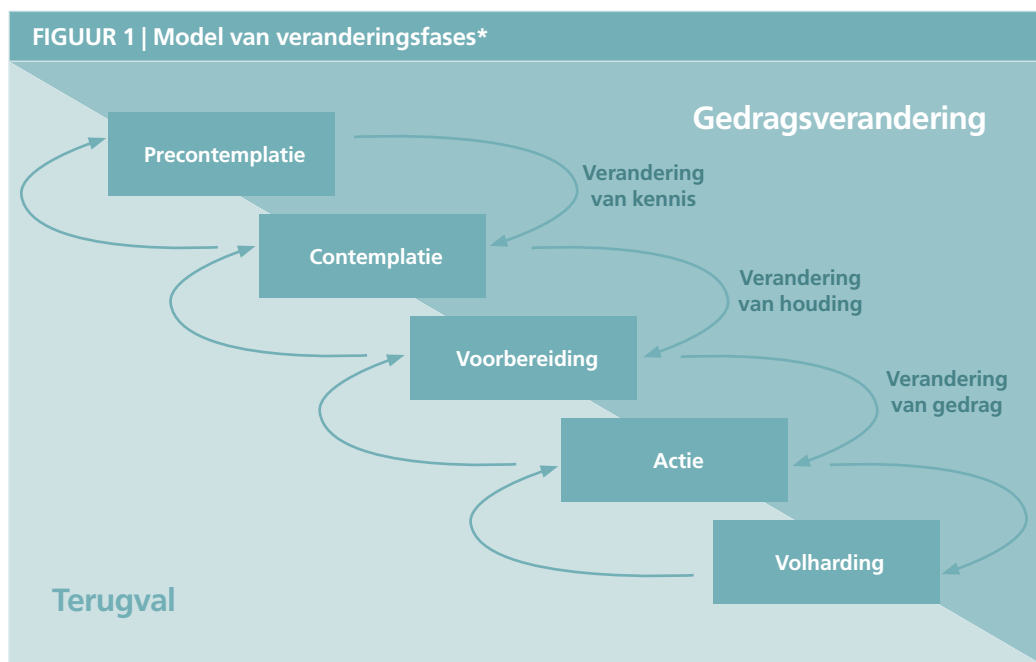
De deelnemers werden geworven in de eerstelijnsgezondheidszorg en scoorden voor ten minste een van deze middelen binnen het middelmatige risicobereik. Het onderzoek werd tussen 2003 en 2007 uitgevoerd in Australië, Brazilië, India en de Verenigde Staten. De korte interventie, die was gericht op de hoogst scorende illegale drug, duurde tussen 3 en 15 minuten en was gebaseerd op het FRAMES-model<sup>8</sup> en Motiverende Gespreksvoering<sup>7</sup>. De interventie was bedoeld om persoonlijke feedback te geven over de ASSIST-scores van de deelnemer en de bijbehorende risico's door middel van een speciaal ontworpen ASSIST feedbackkaart. Als onderdeel van de korte interventie werd zelfhulpmateriaal mee naar huis gegeven, waaronder een zelfhulphandleiding voor cliënten<sup>27</sup>. De resultaten toonden aan dat deelnemers die een korte interventie voor illegale middelen hadden gekregen, na drie maanden significant lagere ASSIST-scores hadden dan de andere deelnemers aan het onderzoek. Bovendien gaf meer dan 80% van de deelnemers aan dat zij na de korte interventie hadden geprobeerd het middelengebruik te minderen en ook positief waren over het effect van de korte interventie op hun gezondheid<sup>5</sup>.

# 4 Model van gedragsverandering middelengebruik

Een door Prochaska en DiClemente ontwikkeld model voor gedragsverandering<sup>28</sup>, biedt een nuttig kader om te begrijpen hoe mensen hun gedrag veranderen en om na te gaan in hoeverre zij bereid zijn hun middelengebruik of levensstijl te veranderen. Het model gaat ervan uit dat mensen verschillende stadia van verandering doorlopen en dat de procedures waardoor mensen veranderen dezelfde lijken te zijn met of zonder behandeling<sup>7</sup>.

Het model omvat verschillende fases (precontemplatie, contemplatie, voorbereiding, actie en volharding) en is weergegeven in figuur 1.

Het doel van de korte ASSIST-interventie is mensen te ondersteunen bij het doorlopen van een of meer veranderingsfasen, te beginnen met de overgang van precontemplatie naar contemplatie, naar voorbereiding (ook wel vastberadenheid genoemd), naar actie en volharding. De overgang van de fase van precontemplatie naar contemplatie resulteert misschien niet in een tastbare afname van het middelengebruik, maar is wel een positieve stap die ertoe kan leiden dat cliënten op een gegeven moment in de toekomst overgaan naar de fase van actie.



\* Illustratie gebruikt met toestemming: McDonald J, Roche AM, Durbridge M & Skinner N (2003). Peer Education: From Evidence to Practice. *An Alcohol and Other Drugs Primer, National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University, Adelaide*.

Het is ook noemenswaardig dat de tijd die een persoon in elke fase doorbrengt, varieert (dit kan minuten, maanden of jaren duren), en dat mensen tussen de verschillende fases heen en weer gaan. Sommige cliënten gaan na een *korte* interventie in het kader van de ASSIST-methode direct over van de precontemplatiefase naar de actiefase. Hieronder volgt een korte beschrijving van de onderliggende gedrags- en cognitieve processen van elke fase. Het kan echter zijn dat medewerkers in de gezondheidszorg die interventies van langer dan 15 minuten of doorlopende sessies met cliënten hebben, uitgebreidere kennis van het veranderingsmodel en de bijbehorende technieken moeten hebben, die deels te vinden zijn in Hoofdstuk 11 *‘Langere of meerdere interventies: informatie, vaardigheden en technieken’*.

## Precontemplatie

Veel mensen die in de eerstelijnsgezondheidszorg worden gezien en positief scoren op de ASSIST, zijn waarschijnlijk in deze fase. De aan ASSIST gekoppelde korte interventie in tien stappen die in dit handboek wordt voorgesteld, is voornamelijk gericht op mensen in de precontemplatiefase. Mensen in deze fase:

- denken niet noodzakelijkerwijs na over verandering van hun middelengebruik;
- richten zich op de positieve aspecten van hun middelengebruik;
- maken zich waarschijnlijk geen zorgen over hun gebruik van psychoactieve middelen;
- kunnen weerstand tonen tegen een gesprek over hun middelengebruik;
- weten of accepteren waarschijnlijk niet dat hun middelengebruik problematisch is;
- reageren waarschijnlijk niet op direct advies om

hun gedrag te veranderen, maar kunnen wel ontvankelijk zijn voor informatie over de risico's die verbonden zijn aan hun gebruiksniveau en -patroon (indien op de juiste manier benaderd door de gezondheidswerker).

## Contemplatie

Sommige mensen die in de eerstelijnsgezondheidszorg worden gezien en positief scoren op de ASSIST, kunnen zich in deze fase bevinden. De aan de ASSIST gekoppelde korte interventie in tien stappen die in deze handleiding wordt voorgesteld, is hoofdzakelijk gericht op de meerderheid van de mensen in de contemplatiefase. Mensen in deze fase:

- denken erover hun middelengebruik te minderen of stoppen;
- zijn ambivalent over hun middelengebruik en kunnen misschien zowel de goede als de 'minder goede' kanten van hun middelengebruik zien;
- hebben waarschijnlijk enig besef van de problemen die samenhangen met middelengebruik en wegen wellicht de voor- en nadelen van hun huidige gebruikspatroon tegen elkaar af;
- reageren waarschijnlijk op informatie over de aan hun gebruik verbonden risico's en advies om te minderen, en willen waarschijnlijk een gesprek aangaan over hun middelengebruik (indien op de juiste manier benaderd door de gezondheidswerker).

Een deel van de mensen in de contemplatiefase is wellicht bereid tot verandering, maar zij:

- weten misschien niet hoe ze dat moeten doen;
- zijn er misschien niet zeker van of ze het kunnen.

## Vorbereiding/Vastberadenheid

Na contemplatie volgt voorbereiding, d.w.z. plannen om in de nabije toekomst actie te ondernemen en de laatste voorbereidingen te treffen alvorens te beginnen met de gedragsverandering. Cliënten in deze fase zijn vastberaden om actie te ondernemen en klaar om te veranderen, maar kunnen nog een zekere mate van ambivalentie hebben. Mensen in de voorbereidingsfase:

- zijn van plan om actie te ondernemen;
- kunnen anderen hun bedoelingen kenbaar maken;
- brengen kleine veranderingen aan in hun middelengebruik;
- denken na over hun huidige gedrag en wat ander gedrag hen zou kunnen bieden;
- krijgen meer zelfvertrouwen en zijn bereid om hun gedrag te veranderen;
- denken na over de beschikbare opties;
- stellen datums en strategieën vast voor de verandering.

## Actie

Een kleiner deel van de cliënten in de eerstelijnsgezondheidszorg zal zich waarschijnlijk in de actiefase bevinden. De aan ASSIST gekoppelde korte interventie in tien stappen die in deze handleiding wordt voorgesteld, kan worden gebruikt en uitgebreid voor mensen in de actiefase. Mensen in de actiefase:

- hebben besloten dat hun middelengebruik moet veranderen;
- zijn begonnen met minderen of stoppen;
- doen actief iets om hun gedrag te veranderen;
- hebben hun middelengebruik geminderd of zijn helemaal gestopt;
- zullen zich waarschijnlijk enigszins ambivalent blijven voelen over hun middelengebruik en hebben aanmoediging en steun nodig om zich aan hun besluit te houden.

## Volharding

Langetermijnsucces betekent in deze fase blijven. Mensen in de volhardingsfase:

- proberen het veranderde gedrag vol te houden;
- doen er alles aan een terugval te voorkomen (het risico op terugval neemt af met de tijd);
- richten zich op risicovolle situaties en de strategieën om die te weerstaan;
- hebben baat bij strategieën om situaties te vermijden waarin ze het risico lopen terug te vallen;
- hebben meer kans om abtinent te blijven als ze beloning, steun en bevestiging krijgen.

## Terugval

De meeste mensen die proberen veranderingen aan te brengen in hun middelengebruik, zullen, althans voor enige tijd, daarnaar terugvallen. Dit moet worden verwacht en eerder worden gezien als een leerproces dan als een mislukking. Weinig mensen veranderen bij de eerste poging en een terugval is een goed moment om cliënten te helpen hun actieplan te herzien. Bij een herziening moet worden gekeken naar de tijdschema's, welke strategieën werkelijk hebben gewerkt en of de toegepaste strategieën te ambitieus en misschien onrealistisch waren. Rokers doen bijvoorbeeld gemiddeld zes pogingen om te stoppen met roken voordat ze succes hebben. Na een terugval keren zij terug naar een van de voorgaande fases: precontemplatie, contemplatie, voorbereiding of actie. Voor veel mensen wordt het veranderen van hun middelengebruik gemakkelijker elke keer dat ze het proberen, totdat ze uiteindelijk succesvol zijn.

Concluderend kan worden gesteld dat het model van de veranderingsfases kan worden gebruikt om interventies af te stemmen op iemands bereidheid om informatie op te nemen en zijn middelengebruik te veranderen. Hoewel de veranderingsfase van een cliënt niet formeel wordt gemeten of beoordeeld tijdens

de aan ASSIST gekoppelde korte interventie die in deze handleiding wordt beschreven, is het belangrijk dat gezondheidswerkers deze onderliggende processen begrijpen om hun cliënten de beste zorg te verlenen, en zichzelf geen verwijten maken als veranderingen bij cliënten niet onmiddellijk duidelijk zijn.

Het is ook noemenswaardig dat de aan ASSIST gekoppelde korte interventie in tien stappen die in deze handleiding wordt beschreven, **vooral gericht** is op cliënten die op dit moment het minst bezig zijn met verandering. Dit zijn **degenen in de precontemplatiefase** en sommigen in de **contemplatiefase**. De principes kunnen echter verder worden uitgewerkt en uitgebreid voor cliënten die wel willen veranderen, maar niet voldoende zelfvertrouwen en kennis hebben, en cliënten die zich in de actiefase bevinden.

Hulpverleners moeten zich niet al te veel zorgen maken als ze dit lezen en zich afvragen hoe ze de korte interventie moeten toepassen en hoe ze bepalen in welke veranderingsfase de cliënt zich bevindt. Ervaring opdoen door uitvoering van de ASSIST en de daaraan gekoppelde korte interventie is de beste manier om inzicht te krijgen in hoe cliënten veranderen en om de interventie in tien stappen verder te ontwikkelen.



# 5 Elementen van effectieve korte interventies: FRAMES

Uit klinische ervaring en onderzoek naar korte interventies bij middelengebruik is gebleken dat effectieve korte interventies een aantal consistente en steeds terugkerende kenmerken hebben.

Deze kenmerken zijn samengevat met het acroniem FRAMES: Feedback, Responsibility (Verantwoordelijkheid), Advice (Advies), Menu of options (Keuzemogelijkheden), Empathy (Empathie) en Self-efficacy (Zelfeffectiviteit)<sup>8, 9, 10</sup>. Een aantal kenmerken van FRAMES wordt ook in verband gebracht met Motiverende Gespreksvoering (hierna beschreven), een interventiestijl die erop gericht is mensen te helpen de veranderingsfasen te doorlopen<sup>9</sup>.

Het is niet het doel van deze handleiding om een volledige of diepgaande training in FRAMES of motiverende gespreksvoering te geven; het is echter wel belangrijk dat gezondheidswerkers enig begrip hebben van deze technieken, vooral met betrekking tot het geven van een korte interventie bij de ASSIST van 3 à 15 minuten. De kenmerken van FRAMES en motiverende gespreksvoering die het meest relevant zijn voor een korte interventie, worden hieronder uiteengezet; meer informatie over deze technieken is te vinden in Hoofdstuk 11 over langere of meerdere interventies.

De kenmerken van FRAMES die het meest relevant zijn voor een korte interventie bij de ASSIST, zijn Feedback, Verantwoordelijkheid en Advies. Hieronder volgt een beschrijving van elk van deze kenmerken, samen met voorbeelden van het gebruik van deze technieken binnen de grenzen van de korte interventie. Keuzemogelijkheden, Empathie en Zelfeffectiviteit

komen nader aan bod in Hoofdstuk 11 van deze handleiding, *'Langere of meerdere interventies: informatie, vaardigheden en technieken'*.

## Feedback

Het geven van **persoonlijk relevante** feedback (in tegenstelling tot algemene feedback) is een belangrijk onderdeel van een korte interventie. Het kan gaan om informatie over het middelengebruik van de cliënt verkregen uit een beoordeling of screening (in dit geval de ASSIST-scores) en het risiconiveau dat met die scores samenhangt. Veel cliënten willen graag weten wat hun scores op de vragenlijst zijn en wat die betekenen.

Verder vormt informatie over persoonlijke risico's verbonden aan het huidige gebruikspatroon van een cliënt en informatie die tijdens de screening genoteerd is (bijv. depressie, angst enz.), in combinatie met algemene informatie over de risico's van middelengebruik, ook een krachtige terugkoppeling. De ASSIST feedbackkaart die voor elke cliënt wordt ingevuld na afloop van de ASSIST, is zo ontworpen dat het persoonlijke risico (d.w.z. 'lager', 'middelmatic' of 'hoog') wordt gekoppeld aan de meest voorkomende problemen.

Kortom, feedback is het geven van persoonlijke informatie die relevant is voor de cliënt en door de gezondheidswerker op een objectieve manier wordt gegeven. Veel van de feedback die tijdens een korte interventie wordt gegeven, kan rechtstreeks van de ASSIST feedbackkaart worden afgelezen<sup>1</sup>.

## Verantwoordelijkheid

Een belangrijk beginsel van de interventie is dat middelengebruikers erkennen en aanvaarden dat alleen zij verantwoordelijk zijn voor hun eigen gedrag, de keuzes die zij maken voor wat betreft hun middelengebruik en wat zij doen met de informatie die zij krijgen tijdens de korte interventie. Door cliënten vragen te stellen zoals *“Bent u geïnteresseerd in uw scores op deze vragenlijst?”*, *“Wat u doet met de informatie die ik u geef, is aan u”* en *“Hoe bezorgd bent u over uw score?”*, kunnen cliënten zelf de controle houden over hun gedrag en de gevolgen daarvan, en over de richting van de interventie. Dit gevoel van controle blijkt een belangrijk element te zijn in de motivatie voor verandering en in het verminderen van weerstand<sup>8</sup>. Taalgebruik zoals *“Je moet echt ...”*, of *“Ik maak me zorgen over je (middel)gebruik”* roept waarschijnlijk weerstand op bij cliënten en zorgt ervoor dat zij hun huidige gebruikspatroon in stand houden en verdedigen.

## Advies

Een centraal onderdeel van effectieve korte interventies is het geven van duidelijk objectief advies over hoe de problemen van voortgezet gebruik kunnen worden beperkt. Dit advies moet op een niet-oordelende manier worden gegeven. Cliënten zijn zich er misschien niet van bewust dat hun huidige gebruikspatroon tot gezondheids- of andere problemen kan leiden of bestaande problemen kan verergeren. Door duidelijk te adviseren dat minderen of stoppen met middelengebruik hun risico op toekomstige problemen zal verminderen, zullen zij zich meer bewust worden van hun persoonlijke risico en zullen zij redenen hebben om een verandering van gedrag te overwegen. Het advies kan worden samengevat met een eenvoudige uitspraak als: *“De beste manier om het risico op (depressie, angst, enz.) te verlagen, is te minderen of stoppen met gebruiken”*. Ook hier is de woordkeuze van belang. Opmerkingen als: *“Je moet echt stoppen met het gebruik van (middel)”* of *“Ik maak me zorgen over je (middel)gebruik”* zijn geen vormen van duidelijk, objectief advies.

# 6 Elementen van effectieve korte interventies: motiverende gespreksvoering

In het kader van de ASSIST-screening en de daaraan gekoppelde korte interventie zullen eerstelijnsgezondheidswerkers waarschijnlijk relatief weinig tijd hebben om met cliënten door te brengen (vergeleken met de hoeveelheid tijd die bijvoorbeeld een therapeut, psycholoog of drugs- en alcoholcounselor met cliënten doorbrengt). Daarom richt deze handleiding zich vooral op de praktische vaardigheden en technieken die nodig zijn om een korte interventie uit te voeren bij mensen met *een middelmatig risico*, en niet zozeer op de onderliggende theorie of training voor langere of meerdere sessies met cliënten. Kortom, de boodschap van motiverende gespreksvoering is empathie tonen, niet oordelen en objectief zijn bij het geven van informatie die relevant is voor de cliënt.

De korte interventies in deze handleiding zijn gebaseerd op de beginselen van motiverende gespreksvoering ontwikkeld door Miller<sup>29</sup> en verder uitgewerkt door Miller en Rollnick<sup>7</sup>.

Motiverende gespreksvoering is een op de cliënt gerichte interactie om cliënten te laten nadenken over hun ambivalentie voor wat betreft hun middelengebruik (de 'goede kanten' versus de 'minder goede kanten') en ze door de veranderingsfasen te laten gaan. Het is

vooral nuttig bij het werken met cliënten in de precontemplatie- en contemplatiefases, hoewel de beginselen en vaardigheden belangrijk zijn in alle fases<sup>7</sup>. Motiverende gespreksvoering is gebaseerd op het inzicht dat **een effectieve behandeling een natuurlijk veranderingsproces in de hand werkt**, en dat motivatie voor verandering ontstaat in de context van een relatie tussen de cliënt en de gezondheidswerker, ook al is de tijd die samen wordt doorgebracht maar kort.

## Empathie

Een belangrijk beginsel van motiverende gespreksvoering is dat de gezondheidswerker *empathie* toont voor de cliënt. In een klinische situatie omvat empathie een begripvolle, niet-oordelende benadering die het standpunt van de cliënt probeert te begrijpen en het gebruik van etiketten zoals 'alcoholist' of 'drugsverslaafde' vermijdt. Het is vooral belangrijk om confrontatie en beschuldiging of kritiek te vermijden. Reflectief luisteren, wat de eigen ervaring en betekenis van de cliënt verduidelijkt en versterkt, is een fundamenteel onderdeel van empathie tonen. De empathie van de gezondheidswerker draagt in belangrijke mate bij aan hoe goed de cliënt op de interventie reageert<sup>7</sup>.

## Discrepantie en ambivalentie creëren met open vragen

Bovendien zullen cliënten eerder gemotiveerd zijn om hun middelengebruik te veranderen wanneer zij een verschil of **discrepantie** zien tussen hun huidige middelengebruik en de daaraan verbonden problemen en de manier waarop zij hun leven graag zouden willen zien, met inbegrip van hun gezondheid en relaties met anderen. Motiverende gespreksvoering is gericht op het creëren en versterken van een discrepantie tussen het huidige gedrag en de bredere doelen en waarden vanuit het gezichtspunt van de cliënt. Het is belangrijk voor de cliënt om zijn eigen doelen en waarden te identificeren en **zijn eigen redenen** voor verandering te verwoorden.

Een van de manieren waarop cliënten ertoe kunnen worden aangezet hun eigen redenen voor verandering te uiten, is als de gezondheidswerker cliënten **open vragen** stelt. Het stellen van open vragen is een techniek die vaak wordt gebruikt bij motiverende gespreksvoering om cliënten aan het denken te zetten en te laten praten over hun middelengebruik. In het kader van de aan de ASSIST gekoppelde korte interventie zijn voorbeelden van dit soort vragen: *"Maakt u zich zorgen om uw score voor (middel)? Hoe?"*, *"Wat zijn voor u de goede kanten van het gebruik van (middel)?"* en *"Wat zijn voor u de 'minder goede kanten' van het gebruik van (middel)?"*. Het stellen van open vragen aan cliënten versterkt ook het idee dat de cliënt verantwoordelijk is voor de richting van de interventie, en voor zijn keuzes ten aanzien van middelengebruik.

## Omgaan met weerstand

Een belangrijk principe van motiverende gespreksvoering is te aanvaarden dat ambivalentie en weerstand tegen verandering normaal is, en de cliënt uit te nodigen om nieuwe informatie en perspectieven over zijn middelengebruik te overwegen. Wanneer de cliënt weerstand uit, moet de gezondheidswerker dit anders formuleren of weergeven in plaats van het tegenspreken. Het is vooral belangrijk om niet te redetwisten over verandering, omdat de cliënt er dan mogelijk tegenin gaat. Het is echter noemenswaardig dat binnen de context van een aan ASSIST gekoppelde korte interventie de cliënt niet veel mogelijkheden heeft om weerstand te uiten.

## Reflectief luisteren en samenvatten

Reflectief luisteren is beredeneerd gissen naar wat de cliënt bedoelt. Het is belangrijk een reflectie te geven van de onderliggende betekenissen en gevoelens die de cliënt heeft uitgedrukt en van de woorden die de cliënt heeft gebruikt. Reflectief luisteren is een spiegel voorhouden, zodat cliënten de gezondheidswerker kunnen horen zeggen wat ze hebben verteld. Reflectief luisteren laat de cliënt zien dat de gezondheidswerker begrijpt wat er gezegd is, of het kan gebruikt worden om te verduidelijken wat de cliënt bedoelt.

Samenvatten is een belangrijke manier om in het kort te herhalen wat er gezegd is en de cliënt voor te bereiden om verder te gaan. Samenvatten versterkt reflectief luisteren, vooral als het gaat om een gesprek over bezorgdheid en verandering. Eerst horen cliënten het zichzelf zeggen, dan horen ze de therapeut het in andere woorden zeggen, en dan horen ze het opnieuw in de samenvatting. De gezondheidswerker kan, tot op zekere hoogte, kiezen wat hij of zij in de samenvatting opneemt en de samenvatting gebruiken om de cliënt verder te laten nadenken over de minder goede kanten van zijn middelengebruik.

In het kader van de aan ASSIST gekoppelde korte interventie worden reflectief luisteren en samenvatten gebruikt om de aandacht te vestigen op de ambivalentie van de cliënt ten aanzien van zijn middelengebruik en om de cliënt te sturen in de richting van meer erkenning van zijn problemen en bezorgdheid. Bijvoorbeeld: *“Dus u vindt het leuk om cocaïne te gebruiken op feestjes en u denkt niet dat u meer gebruikt dan uw vrienden. Aan de andere kant hebt u veel meer geld uitgegeven aan coke dan u zich kunt veroorloven, en dat baart u zorgen. U hebt moeite om uw rekeningen op tijd te betalen. Ook hebt u gemerkt dat u moeilijk slaapt en angstgevoelens hebt.”*

## Belangrijke tips

Samengevat kan het volgende worden gezegd. De gezondheidswerker die de aan ASSIST gekoppelde korte interventie uitvoert:

- is objectief;
- is een belangrijke bron van persoonlijk relevante informatie voor de cliënt;
- toont empathie en oordeelt niet;
- respecteert de beslissingen van cliënten ten aanzien van hun middelengebruik;
- en de keuzes die ze maken tijdens de korte interventie;
- laat de cliënt zien dat hij luistert en respect heeft voor de reacties van de cliënt;
- gaat niet in discussie met de cliënt;
- gebruikt respectvolle taal en behandelt de cliënt als een gelijke;
- stelt open vragen om de conversatie te sturen in de richting van zelfontdekking en uiteindelijk in de richting van verandering.

# 7 Alles samengenomen: een stapsgewijze aanpak van de aan ASSIST gekoppelde korte interventie

## Gebruikers met middelmatig risico

Samengevat verloopt de aan ASSIST gekoppelde korte interventie volgens de tien voorgestelde hoofdstappen die hieronder worden beschreven (of de eerste vijf stappen voor een kortere interventie). De procedure en voorbeelden in deze handleiding zijn gericht op het gebruik van één middel, over het algemeen het middel dat de cliënt de meeste problemen oplevert (volgens de cliënt of op basis van de hoogste ASSIST-score), of het geïnjecteerde middel (indien van toepassing). Pogingen om een aantal gedragingen tegelijkertijd te veranderen, kunnen moeilijk zijn en ertoe leiden dat de cliënt zich overweldigd en ontmoedigd voelt. Daarom kan het nuttig zijn de interventie op slechts één middel toe te spitsen. In de meeste gevallen zal het middel dat wordt geïnjecteerd of de hoogste ASSIST-score oplevert (meestal na tabak) het meest zorgwekkende middel zijn.

De hier beschreven aan ASSIST gekoppelde korte interventie duurt tussen de 3 en 15 minuten en is gericht op cliënten die zich in de veranderingsfase bevinden waarin zij nog niet hebben nagedacht of nog aan het nadenken zijn, wat waarschijnlijk het merendeel van de gescreende cliënten in de eerstelijnszorg zal zijn. Hoofdstuk 10 van deze handleiding geeft een overzicht van een interventie voor de aanpak van het gebruik van meerdere middelen, voor langere of meerdere sessies en voor cliënten die hebben besloten dat ze hun middelengebruik willen veranderen en die zich in de actiefase bevinden.

Deze stapsgewijze benadering werd ontworpen om gezondheidswerkers die niet

specifiek zijn opgeleid in motiverende gespreksvoering of die niet regelmatig met verslaafde cliënten werken, te helpen en zelfvertrouwen te geven. Het dient ook als een kader voor meer ervaren gezondheidswerkers op het gebied van drugs en alcohol, en kan verder worden uitgebreid en verkend voor langere of meerdere sessies, of om het gebruik van meerdere middelen te behandelen.

1. Cliënten **vragen** of zij hun scores op de vragenlijst willen zien.
2. Cliënten **feedback** op maat geven over hun scores met behulp van de ASSIST feedbackkaart.
3. **Advies** geven over hoe risico's van middelengebruik kunnen worden beperkt.
4. Cliënten de **eindverantwoordelijkheid** voor hun keuzes geven.
5. Cliënten vragen hoe **bezorgd** ze zijn over hun scores.
6. Afwegen van de **goede kanten** van het gebruik van het middel tegen de
7. **minder goede kanten** van het gebruik van het middel.
8. **Samenvatten** en **reflecteren** over de uitspraken van cliënten over hun middelengebruik met de nadruk op de 'minder goede kanten'.
9. Cliënten vragen hoe **bezorgd** ze zijn over de 'minder goede kanten'.
10. Cliënten **informatiemateriaal meegeven** als onderdeel van de korte interventie.

### **STAP 1** *Cliënten vragen of zij hun scores op de vragenlijst willen zien*

De ASSIST feedbackkaart wordt aan het eind van de ASSIST-afname ingevuld en gebruikt om de cliënt persoonlijke feedback te geven over zijn risiconiveau. De ASSIST feedbackkaart is te vinden in Bijlage C van Humeniuk RE, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): handleiding eerstelijnsgezondheidszorg. Genève, Wereldgezondheidsorganisatie<sup>1</sup>.

Een goede manier om de korte interventie te beginnen, is de cliënt te vragen:

*“Wilt u zien hoe u scoorde op de vragenlijst die u net hebt ingevuld?”*

Deze vraag is voor de gezondheidswerker de toegang tot een korte interventie. Door de vraag op deze manier te formuleren, kan de cliënt **kiezen** wat er vervolgens gebeurt en wordt eventuele weerstand meteen verminderd. Een bevestigend antwoord van de cliënt geeft de gezondheidswerker toestemming om persoonlijk relevante feedback te geven en de cliënt informatie te geven over zijn scores en de daaraan verbonden risico's, en hoe de cliënt die risico's het best kan verminderen. De meeste cliënten willen hun scores graag zien en begrijpen.

De ASSIST-scores voor elk middel moeten worden genoteerd in de daarvoor bestemde vakjes op de voorkant van de ASSIST feedbackkaart. De ASSIST-risicoscore moet worden aangegeven door voor alle middelen de desbetreffende vakjes aan te vinken ('laag', 'middelmatic' of 'hoog').

De ASSIST feedbackkaart wordt tijdens het bezoek gebruikt om de cliënt feedback te geven

en wordt na afloop aan de cliënt meegegeven ter herinnering aan wat er besproken is. De ASSIST feedbackkaart dient ook als iets tastbaars waarop zowel de gezondheidswerker als de cliënt zich tijdens de gehele interventie kan richten.

### **STAP 2** *Cliënten feedback op maat geven over hun scores met behulp van de ASSIST feedbackkaart*

Gezondheidswerkers kunnen op een objectieve manier persoonlijk relevante feedback geven aan cliënten door voor te lezen uit de ASSIST feedbackkaart. De kaart moet zo worden vastgehouden dat de cliënt hem gemakkelijk kan zien, maar de interviewer hem nog steeds kan lezen (zelfs ondersteboven). Het geven van feedback bestaat uit twee delen. Ten eerste de scores en het risiconiveau van elk middel, zoals vermeld op de voorpagina van de ASSIST feedbackkaart.

Gezondheidswerkers moeten de score op elk middel op de voorpagina van de ASSIST feedbackkaart doornemen en de cliënt vertellen of hij een laag, middelmatic of hoog risico loopt door het gebruik van dat middel. Leg vervolgens aan de cliënt uit wat de definitie is van een middelmatic en/of hoog risico, door de definities uit het kader onderaan de voorpagina te lezen. Een voorbeeld van feedback staat hieronder:

*“Dit zijn alle middelen waarover ik u gevraagd heb en dit zijn uw scores voor elk middel (wijs naar scores). Zoals u kunt zien, was uw score voor tabak 16, wat de middelmatic risicogroep is, uw score voor alcohol was 15, ook in de middelmatic risicogroep, en uw score voor marihuana was 18, wat ook tot de middelmatic risicogroep behoort. Alle andere middelen vallen in de lagere*

*risicogroep. Middelmatic risico betekent dat u risico loopt op gezondheids- en andere problemen als gevolg van uw huidige gebruikspatroon, niet alleen nu, maar ook in de toekomst als u op dezelfde manier blijft gebruiken”.*

Het tweede deel van de feedback bestaat uit een uitleg van de risico's die verbonden zijn aan elk specifiek gebruikt middel, waarbij de nadruk ligt op het middel (of middelen) met de hoogste score. Informatie over het tweede deel van de feedback is te vinden op de ASSIST feedbackkaart in een serie van negen kaders (alcohol, tabak, cannabis, cocaïne, ATS, inhalatiemiddelen, slaapmiddelen, hallucinogenen, opioïden). In elk kader staan de risico's voor elk middel, variërend van minder ernstig (lichtblauw) tot ernstig (donkerblauw).

De feedback bestaat uit het verwoorden van deze risico's aan de cliënt, met indien nodig verdere uitleg. Nogmaals, de kaart moet zo worden vastgehouden dat hij gemakkelijk door de cliënt kan worden bekeken, maar nog steeds door de interviewer kan worden gelezen (zelfs ondersteboven). Een voorbeeld van persoonlijke feedback rond een middelmatige risicoscore voor cannabis staat hieronder:

*“Omdat u in de middelmatige risicogroep valt voor uw marihuana-gebruik, kan uw huidige marihuana-gebruik leiden tot problemen met aandacht en motivatie, gevoelens van angst, paniek of depressie, moeite om problemen op te lossen of dingen te onthouden, hoge bloeddruk, astma, bronchitis en ernstiger problemen als psychose, hart- en vaatziekten en kanker ...”*

### **STAP 3** *Advies geven over hoe risico's van middelengebruik kunnen worden beperkt*

Bij het geven van advies aan cliënten gaat het er simpelweg om een verband te leggen tussen vermindering van het drugsgebruik en

vermindering van de risico's. Cliënten zijn zich wellicht niet bewust van het verband tussen hun middelengebruik en bestaande of potentiële problemen, en bij het geven van advies gaat het erom cliënten te vertellen dat het minderen of stoppen van hun middelengebruik het risico op problemen nu en in de toekomst zal verlagen. Een doeltreffende manier om cliënten advies te geven, is door te zeggen:

*“De beste manier waarop u het risico dat deze dingen (aandoeningen) u overkomen, kunt beperken, is door te minderen of stoppen met het gebruik van (middel).”*

Advies *mag niet* worden gegeven op een oordelende of subjectieve manier die de mening van de gezondheidswerker weergeeft. Advies geven in de trant van *“U moet echt iets doen aan uw drugsgebruik”* of *“Ik maak me zorgen over uw cannabisgebruik”* kan bijvoorbeeld niet nuttig zijn, omdat cliënten zich beoordeeld, in verlegenheid gebracht, boos en bekritiseerd kunnen voelen en zich uiteindelijk tegen verandering kunnen verzetten. Objectief advies geeft de cliënt de juiste informatie om hem te helpen zijn eigen beslissing te nemen in een neutrale, maar begripvolle omgeving.

### **STAP 4** *Cliënten de eindverantwoordelijkheid voor hun keuzes geven*

Zoals eerder in deze handleiding vermeld, is het behoud van de eigen controle een belangrijke motiverende factor bij het bewerkstelligen van verandering. Gezondheidswerkers moeten zich ervan bewust zijn dat de cliënt verantwoordelijk is voor zijn eigen beslissingen over middelengebruik en dit moet tijdens de korte interventie aan de cliënt worden herhaald, vooral nadat feedback en advies zijn gegeven. Dit kan bijvoorbeeld tot uitdrukking worden gebracht door tegen cliënten te zeggen:



*“Wat u met deze informatie over uw drugsgebruik doet, is aan u ... Ik laat u alleen weten welke risico's er aan uw huidige gebruikspatroom verbonden zijn.”*

Het hierboven beschreven voorbeeld moedigt cliënten niet alleen aan om de verantwoordelijkheid op zich te nemen, maar versterkt ook het verband tussen het middelengebruik van de cliënt en de risico's die daarmee gepaard gaan.

### **STAP 5** *Cliënten vragen hoe bezorgd zij zijn over hun scores*

Dit is een open vraag die bedoeld is om cliënten aan het denken te zetten over hun middelengebruik en om te beginnen met het verwoorden van eventuele zorgen die ze hebben over hun gebruik. Het gebruik van open vragen in deze context is een krachtige motiverende gesprekstechniek. Het kan de eerste keer zijn dat de cliënt zijn bezorgdheid over het middelengebruik in zijn leven uitspreekt. Er is aangetoond dat het uitspreken van zorgen in een begripvolle context leidt tot verandering in overtuigingen en gedrag<sup>7,29</sup>. Gezondheidswerkers moeten teruggaan naar de voorpagina van de ASSIST feedbackkaart zodat de cliënt zijn scores nog eens kan zien, en bijvoorbeeld de volgende vraag stellen:

*“Hoe bezorgd bent u over uw score voor (middel)?”*

### **STAPPEN 6 en 7** *Afwegen van de goede kanten tegen de minder goede kanten van gebruik van het middel*

Een cliënt vragen na te denken over zowel de 'goede kanten' als de 'minder goede kanten' van zijn middelengebruik en deze te verwoorden, is een standaardtechniek voor motiverende

gespreksvoering die is ontworpen om discrepantie te ontwikkelen of een cognitief conflict te creëren bij de cliënt. Het kan de eerste keer zijn dat de cliënt de voor- en nadelen van zijn gebruik overdenkt of verwoordt, en het is een eerste en belangrijke stap in gedragsverandering. Het is belangrijk om naar zowel de positieve als de negatieve aspecten van het middelengebruik te vragen, omdat het de cliënt duidelijk maakt dat de gezondheidswerker zich ervan bewust is dat de cliënt relevante of functionele redenen heeft om een middel te gebruiken.

De beste manier om cliënten over hun middelengebruik te laten denken, is door twee open vragen te stellen. Begin met de positieve aspecten van het middel en vraag dan bijvoorbeeld:

*“Wat zijn voor u de goede kanten van het gebruik van (middel) ...?”*

Vraag als de cliënt is uitgepraat over de goede kanten naar de minder positieve aspecten van zijn middelengebruik. Vraag bijvoorbeeld:

*“Wat zijn voor u enkele van de 'minder goede kanten' van het gebruik van (middel) ...?”*

Als een cliënt moeite heeft met het verwoorden van de 'minder goede kanten', kunnen gezondheidswerkers de cliënt helpen met de antwoorden die de cliënt heeft gegeven tijdens het invullen van de ASSIST-vragenlijst (met name vraag 4) of met open vragen over de volgende onderwerpen:

- **gezondheid** - lichamelijk en geestelijk;
- **sociaal** - relaties met partner, familie, vrienden, collega's;
- **gerechtelijk** - ongelukken, in aanraking met justitie, rijden onder invloed van een middel;

- I **financieel** – gevolgen voor persoonlijk budget;
- I **beroepsmatig** - moeite met werk, studie, huishoudelijke taken en gezin;
- I **spiritueel** - gevoelens van eigenwaarde, schuld, heilheid.

### **STAP 8** *Samenvatten en reflecteren over de uitspraken van cliënten over hun middelengebruik met de nadruk op de ‘minder goede kanten’*

Terugkoppeling naar cliënten door samen te vatten wat zij zojuist hebben gezegd over de goede en minder goede kanten van hun middelengebruik, is een eenvoudige maar doeltreffende manier om de ervaringen van de cliënt te erkennen en de cliënt voor te bereiden op de volgende stap. Als een cliënt het gevoel heeft dat er naar hem wordt geluisterd, is de kans groter dat hij de informatie en het advies van de gezondheidswerker aanneemt en in overweging neemt. Reflecteren en samenvatten stelt gezondheidswerkers ook in staat om de cognitieve conflicten van een cliënt actief te benadrukken en de nadruk te leggen op de minder goede aspecten van hun middelengebruik. Hieronder staat een voorbeeld van reflecteren op de goede en minder goede kanten van het middelengebruik van een cliënt, met de uiteindelijke nadruk op de ‘minder goede kanten’:

*“Dus u houdt van drinken omdat het u ontspant en de eerste paar drankjes maken u blij, spraakzamer en zelfverzekerder als u uitgaat ... Maar u vindt het niet leuk dat u moeite hebt met stoppen met drinken als u eenmaal begonnen bent en dat u meestal ruzie krijgt als u drinkt, wat er vaak toe leidt dat u dingen zegt of doet waar u de volgende dag spijt van hebt, zoals vorige week toen u na een vechtpartij in het ziekenhuis belandde ...”*

### **STAP 9** *Cliënten vragen hoe bezorgd zij zijn over de ‘minder goede kanten’*

Dit is ook een open vraag, die niet veel verschilt van de vraag in stap 5 over de bezorgdheid over de ASSIST-score. Deze vraag is vergelijkbaar met een eerdere vraag, maar versterkt de gedachte aan verandering bij de cliënt en biedt gezondheidswerkers een platform om de korte interventie verder uit te breiden als daar tijd voor is. De vraag kan als volgt worden geformuleerd:

*“Maakt u zich zorgen over de minder goede kanten? Hoe?”*

### **STAP 10** *Cliënten informatiemateriaal meegeven als onderdeel van de korte interventie*

De cliënt moet na afloop van de sessie een kopie van zijn ASSIST feedbackkaart en andere schriftelijke informatie meekrijgen. De schriftelijke informatie kan de effecten van de korte interventie versterken en consolideren als deze door de cliënt wordt gelezen. De informatie kan ook een tweede effect hebben, wanneer deze wordt gelezen door vrienden en familie van de cliënt, die mogelijk ook middelen gebruiken.

In het kort zijn er drie of vier dingen die na afloop van de korte interventie aan de cliënten moeten worden meegegeven. Dit zijn:

- I de ASSIST feedbackkaart van de cliënt;
- I algemene informatiefolders over de middelen die de cliënt gebruikt (verkrijgbaar bij de desbetreffende instantie in uw land);
- I Zelfhulpstrategieën om middelengebruik te minderen of stoppen: een gids<sup>30</sup>;
- I Informatiekaart over de risico's van intraveneus drugsgebruik (indien van toepassing).

De ASSIST feedbackkaart dient als een herinnering aan de scores van de cliënt en de risico's van zijn gebruik van het primaire middel dat centraal heeft gestaan in de korte interventie. De kaart bevat ook informatie over de risico's van het gebruik van andere middelen die tijdens de korte interventie misschien niet direct aan bod zijn gekomen, maar die de cliënt mogelijk wel gebruikt.

De *'Zelfhulpstrategieën om middelengebruik te minderen of stoppen: een gids'*<sup>30</sup> is een algemene gids die cliënten helpt beslissen of zij hun middelengebruik willen veranderen en die een aantal eenvoudige maar doeltreffende strategieën bevat om cliënten te helpen hun middelengebruik te minderen of stoppen. De gids is geschreven voor mensen met ten minste vijf jaar onderwijs en bevat veel plaatjes. Gezondheidswerkers kunnen de gids zo nodig ook gebruiken als basis voor langere of meerdere interventies.

De Informatiekaart over de risico's van intraveneus drugsgebruik moet worden gegeven aan cliënten die in de afgelopen drie maanden geïnjecteerd hebben. De kaart bevat informatie over de risico's van intraveneus drugsgebruik, en ook enkele strategieën om de risico's te beperken als cliënten ervoor kiezen te blijven injecteren. De Informatiekaart over de risico's van intraveneus drugsgebruik is te vinden in Bijlage D van Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V en Monteiro M (2010) *De Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): handleiding eerstelijnsgezondheidszorg*. Genève, Wereldgezondheidsorganisatie<sup>1</sup>.

Injecterende cliënten hebben meer interventie nodig dan de hierboven beschreven stappen 1 t/m 10. Hierover gaat Hoofdstuk 8, *'Wat te doen met hoogrisicogebruikers en injecterende gebruikers'*.

Het boekje en ander informatiemateriaal moeten aan de cliënt worden meegegeven met een korte uitleg van de inhoud, in neutrale bewoordingen die nog steeds het recht van de cliënt respecteren om te kiezen wat hij met zijn middelengebruik doet. Zeg bijvoorbeeld het volgende:

*"Mensen vinden dit boekje nuttig als ze erover nadenken of ze hun middelengebruik wel of niet willen minderen. Als ze willen minderen, bevat het een aantal goede strategieën om te minderen of stoppen."*

## Laagrisicogebruikers

Cliënten bij wie alle scores in het laagrisicobereik liggen, hebben geen interventie nodig om hun middelengebruik te veranderen en de behandeling kan gewoon doorgaan. Het is echter een goed idee om hen ervan te doordringen dat wat ze doen verantwoord is, en om hen aan te moedigen hun huidige gebruikspatroon met een lager risico vol te houden. Bovendien kan het verstrekken van informatie over alcohol en andere drugs aan cliënten in de laagrisicogroep, als de tijd het toelaat, om de volgende redenen nuttig zijn:

- Het verhoogt de kennis in de gemeenschap over het gebruik en de risico's van alcohol en andere middelen.
- Het kan een preventieve werking hebben door gebruikers van minder riskante middelen aan te moedigen hun gebruikspatroon vol te houden.
- Het kan cliënten met een voorgeschiedenis van schadelijk of riskant middelengebruik herinneren aan de risico's van een terugval.
- De informatie kan worden doorgegeven aan vrienden of familie die problemen hebben met middelengebruik.

## 8 Wat te doen met hoogrisicogebruikers en injecterende gebruikers? individuele middelen

Cliënten die de afgelopen drie maanden regelmatig geïnjecteerd hebben (zie onderstaand tekstkader) en/of bij wie de ASSIST-score voor een bepaald middel in de risicogroep 'hoog' ligt (27 of hoger), hebben meer nodig dan alleen de korte interventie. De korte interventie, inclusief het meeneemmateriaal, dient echter nog steeds aan deze cliënten te worden gegeven als een middel om **hen te motiveren om verdere behandeling te zoeken**. Het is ook nuttig om deze cliënten aan te moedigen en gerust te stellen over de effectiviteit van behandeling, en informatie te geven over wat de behandeling inhoudt en hoe ze deze het beste kunnen krijgen. Een korte interventie voor deze cliënten zal waarschijnlijk ten minste 15 minuten duren, gezien de ernst van het probleem. Als de cliënt in het verleden tevergeefs heeft geprobeerd om zijn middelengebruik te minderen of stoppen (zoals aangegeven in vraag 7 van de ASSIST), praat dan over die pogingen in het verleden. Dit kan de cliënt helpen begrijpen dat hij misschien een behandeling nodig heeft om zijn middelengebruik te veranderen. Informatie over hoe u een langere sessie met cliënten kunt houden, wordt besproken in Hoofdstuk 11 van deze handleiding, *'Langere of meerdere interventies: informatie, vaardigheden en technieken*.

Hoogrisicogebruikers moeten op zijn minst verder worden beoordeeld, waarbij ook de voorgeschiedenis van hun middelengebruik moet worden meegenomen, en bij voorkeur worden doorverwezen voor verdere behandeling. Afhankelijk van de behoeften

van de cliënt kan de behandeling het volgende omvatten: herhaaldelijke sessies met de eerstelijnsgezondheidswerker, gespecialiseerde drugs- en alcoholcounseling, farmacotherapie, klinische detoxificatie, residentiële rehabilitatie, groepstherapie of een 12-stappen- of vergelijkbaar programma. Er zijn ook andere behandelingsopties beschikbaar, afhankelijk van de beschikbaarheid in het land of de cultuur van de cliënt. Bovendien kunnen er onderliggende redenen zijn voor het middelengebruik van een cliënt die mogelijk moeten worden besproken, zoals chronische pijn, geestelijke gezondheidsproblemen, relatieproblemen, beroepsmatige verplichtingen of dakloosheid. Alle cliënten moeten opnieuw worden bekeken en gecontroleerd wanneer zij terugkeren naar de zorginstelling, of zij nu instemmen met een intensievere behandeling of niet. Zij moeten worden uitgenodigd om een afspraak te maken om op een later tijdstip terug te komen en over hun middelengebruik te praten.

Het is ook van groot belang dat risicogroepen en injecterende cliënten de nodige lichamelijke onderzoeken ondergaan, waaronder bloedonderzoek en andere biologische onderzoeken. Cliënten die veel drinken moeten bijvoorbeeld hun leverenzymen laten controleren en injecterende cliënten moeten worden gescreend op hepatitis en HIV/AIDS en informatie krijgen over het beperken van de problemen die gepaard gaat met injecteren, zoals aangegeven op de Informatiekaart over de risico's van intraveneus drugsgebruik.

Cliënten moeten zich ervan bewust zijn dat het injecteren van drugs gepaard gaat met een verhoogde kans op afhankelijkheid, overdosis (vooral bij het injecteren van opioïden), psychose (vooral bij het injecteren van stimulerende middelen), plaatselijke en systemische infecties, abcessen en zweren, ingeklapte aders en overdraagbare ziekten zoals hepatitis B en C en HIV/AIDS.

Cliënten die ervoor kiezen te blijven injecteren, moeten worden geïnformeerd over passende strategieën om de problemen zoveel mogelijk te beperken. Deze strategieën kunnen het volgende omvatten: injectiemateriaal niet delen, hygiëne bij het injecteren, gelijktijdig gebruik van andere middelen (met name alcohol en kalmerende middelen) vermijden, een vriend laten weten wanneer ze gaan gebruiken in geval van een overdosis, aanleren van eerste hulp en reanimatietechnieken en eerst een kleine hoeveelheid gebruiken om de zuiverheid van het gebruikte middel te controleren.

Cliënten moeten ook worden geïnformeerd over waar zij schone naalden kunnen krijgen (of hoe zij bestaande naalden kunnen schoonmaken als die niet beschikbaar zijn) en hoe zij hun gebruikte naalden veilig kunnen weggooiden.

Bij vraag 8 van de ASSIST wordt gevraagd hoe vaak de cliënt drugs spuit. Hoewel de score op vraag 8 niet wordt meegenomen in de berekening van de specifieke ASSIST-score voor middelengebruik, is het waarschijnlijk dat cliënten die gemiddeld meer dan vier keer per maand injecteren een intensievere behandeling nodig hebben. Dit zijn richtlijnen op basis van intraveneuze gebruikspatronen die zouden wijzen op een ontwikkeling in de richting van afhankelijk gebruik voor heroïnegebruikers (meer dan wekelijks) en amfetamine-/cocaïnegebruikers (meer dan drie dagen achter elkaar). Gezondheidswerkers zullen echter een klinisch oordeel moeten vellen over de beste handelwijze op basis van de informatie waarover zij op dat moment beschikken. Meer informatie over de beoordeling van injecterende drugsgebruikers is te vinden in *'De Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): handleiding eerstelijnsgezondheidszorg'*<sup>1</sup>.

## 9 Voorbeeld van een korte interventie

Hieronder vindt u een voorbeeldscript van een aan ASSIST gekoppelde korte interventie in tien stappen voor een 22-jarige vrouwelijke cliënt die zojuist de ASSIST-vragenlijst heeft ingevuld met een gezondheidswerker. Dit voorbeeld is ontleend aan een echte klinische situatie waarin de ASSIST en de korte interventie zijn uitgevoerd bij de cliënt van een Australische SOA-kliniek. De gezondheidswerker heeft de scores voor de cliënt berekend en deze op de ASSIST feedbackkaart genoteerd. De cliënt scoorde in de middelmatige risicogroep voor amfetamineachtige stimulerende middelen, tabak en cannabis. Alle andere middelen vallen in de laagrisicogroep. In dit voorbeeld richt de gezondheidswerker zich alleen op het gebruik van amfetamineachtige stimulerende middelen door de cliënt,

in dit voorbeeld speed (een amfetamine in poedervorm). Bij een langere interventie zou ook het gebruik van andere middelen van de cliënt (cannabis en tabak) aan de orde kunnen komen.

Het onderstaande voorbeeld bestaat uit twee delen. Deel 1 bevat het script voor een kortere interventie van 3 tot 5 minuten. Deel 2 is het tweede deel van het script, dat resulteert in een langere interventie van 10 tot 15 minuten.

Elke stap van de korte interventie [stappen 1 t/m 10] wordt aan het eind van elk tekstdeel van de gezondheidswerker tussen vierkante haken aangegeven.

**DEEL 1 | KORTE INTERVENTIE (3 TOT 5 MINUTEN)**

**Gezondheidswerker:** *Wil je de resultaten zien van de vragenlijst die je net hebt ingevuld?* [Stap 1. Vragen]

**Cliënt:** *Ja graag.*

**Gezondheidswerker** (wijst naar de scores op de voorpagina van de ASSIST feedbackkaart): *Dit zijn je scores voor elk middel waarover we het hebben gehad. Je scoorde een 21 voor tabak, d.w.z. de middelmatige risicogroep voor dat middel, een 6 voor cannabis, ook in de middelmatige risicogroep, en een 14 voor amfetamineachtige stimulerende middelen, ook in de middelmatige risicogroep. Voor alle andere middelen zat je in de laagste risicogroep. Een score in de middelmatige risicogroep betekent dat je risico loopt op gezondheids- en andere problemen als gevolg van je huidige gebruikspatroon. Zelfs als je nu geen problemen ondervindt, betekent een middelmatige score dat je in de toekomst het risico loopt om gezondheids- en andere problemen te ontwikkelen.* [Stap 2. Feedback]

**Gezondheidswerker** (opent boekje en wijst op kader met amfetamineachtige stimulerende middelen): *Risico's in het middelmatige risicobereik voor amfetaminen zijn de dingen die te maken hebben met je huidige gebruikspatroon, zoals slaapproblemen, geen eetlust, uitdroging, kaakklemmen, hoofdpijn en spierpijn. Maar ook stemmingswisselingen, zoals gevoelens van angst, depressie, paniek of paranoia, vooral de dag na gebruik – die je noemde toen we de vragenlijst invulden. Omdat speed een stimulerend middel voor het centrale zenuwstelsel is, word je erdoor gestimuleerd, zodat je last kunt krijgen van trillingen, een onregelmatige hartslag en kortademigheid. Sommige mensen worden agressief en gewelddadig als ze amfetaminen gebruiken, en sommige mensen krijgen een psychose. In het ergste geval kunnen amfetamineachtige stimulerende middelen ook permanente schade aan hersencellen, leverschade en een beroerte veroorzaken.* [Stap 2. Feedback - vervolg]

**Gezondheidswerker:** *De beste manier om die risico's te beperken (wijst op de risico's in het kader), is om het gebruik van amfetaminen te minderen of stoppen.* [Stap 3. Advies]

**Gezondheidswerker:** *Wat je met deze informatie doet, is aan jou. Ik laat je alleen weten wat het verband is tussen je huidige gebruikspatroon en de risico's die daarmee gepaard gaan.* [Stap 4. Verantwoordelijkheid].

**Gezondheidswerker** (gaat terug naar de voorkant van het boekje en wijst op de amfetaminescore): *Maak je je zorgen over je score voor amfetaminen? Hoe?* [Stap 5. Bezorgdheid].

**Cliënt:** *Nou, ja het baart me wel een beetje zorgen. Ik wist niet dat ik zo hoog zou scoren op amfetaminen en dat ik risico zou lopen op dat soort gezondheidsproblemen. Ik denk dat ik er al een tijdje over nadenk om te minderen, omdat ik me er echt depressief en humeurig van voel een paar dagen nadat ik ze gebruikt heb, en dan is het uiteindelijk misschien gewoon niet meer de moeite waard is om ze te gebruiken. Maar ze geven je zo'n goed gevoel als je ze gebruikt - dus ik weet het eigenlijk niet ...*

Sluit de korte interventie af door de cliënt het informatiemateriaal van Stap 10 mee naar huis te geven.

**DEEL 2 | VERVOLG KORTE INTERVENTIE (10 TOT 15 MINUTEN)**

**Gezondheidswerker:** *Nou, wat zijn voor jou persoonlijk de goede kanten van het gebruik van amfetaminen?* [Stap 6. Goede kanten]

**Cliënt:** *Ik vind het fijn dat ik de hele nacht op kan blijven en met mijn vrienden kan feesten als ik speed heb gebruikt en dat je je er gewoon levendiger en vrolijker door voelt. We hebben zo'n lol, en het is een echt een geweldige roes.*

**Gezondheidswerker:** *En de minder goede kanten van het gebruik van amfetaminen, wat zijn die?* [Stap 7. Minder goede kanten]

**Cliënt:** *Absoluut het gevoel achteraf. Ik voel me dan echt heel depressief en ik word heel prikkelbaar op het werk en tegen mijn vriend. Hij houdt er niet echt van dat ik ze gebruik en dat veroorzaakt wat problemen tussen ons. Ik maak me ook zorgen over het effect dat het op de lange termijn op mijn stemming heeft, want ik denk dat ik nu prikkelbaarder ben dan vroeger.*

**Gezondheidswerker:** *De goede kanten van speedgebruik zijn dat je je er wakker en actief door voelt en dat je de hele nacht kunt feesten met vrienden en veel lol hebt, maar de keerzijde is dat je er behoorlijk depressief van wordt en je hebt gemerkt dat je je in het algemeen humeuriger en prikkelbaarder voelt dan in het verleden, en dat het een paar problemen met je vriend heeft veroorzaakt, vooral vanwege je prikkelbaarheid en stemmingswisselingen.* [Stap 8. Samenvatten en reflecteren].

**Gezondheidswerker:** *Maak je je zorgen over de minder goede kanten van het gebruik van amfetaminen? Hoe dan?* [Stap 9. Bezorgdheid]

**Cliënt:** *Ja, ik maak me zorgen over het effect dat het heeft op mijn stemming in het algemeen en ook over die andere dingen die op het scoreformulier werden genoemd; daar was ik me niet van bewust en die klinken inderdaad eng. Het baart me ook zorgen of dit effect op mijn stemming een blijvend iets kan zijn, want ik voel me echt niet graag depressief.*

**Gezondheidswerker:** *Je kunt deze feedbackkaart mee naar huis nemen en ik zal je ook dit informatieblad over amfetaminen geven. Ik geef je ook dit boekje mee (Zelfhulpstrategieën om middelengebruik te minderen of stoppen: een gids<sup>30</sup>) dat mensen vaak nuttig vinden om ze te helpen beslissen of ze al dan niet willen stoppen met het gebruik van middelen. Als je besluit dat je wilt minderen of stoppen met gebruiken, dan staan er een aantal strategieën in die je misschien nuttig vindt. Je kunt ook gerust een andere afspraak maken om erover te praten als je dat wilt, maar dat is helemaal aan jou.* [Stap 10. Meeneemmateriaal].



# 10 Langere interventies Aanpak voor meerdere middelen

Gezondheidswerkers willen wellicht meer tijd met hun cliënten doorbrengen als ze willen praten over meerdere middelen. Enkele van de vaardigheden en technieken die nodig zijn voor langere interventies, worden beschreven in Hoofdstuk 11 van deze handleiding.

Meervoudig middelengebruik, met name van tabak, alcohol en cannabis, komt vrij vaak voor bij cliënten die illegale middelen gebruiken, zoals amfetamineachtige stimulerende middelen, cocaïne of opioïden. Hieronder volgt een voorgestelde variatie op de tien hoofdstappen voor meervoudig middelengebruik. Hoewel feedback zou worden gegeven over alle middelen die in de middelmatige of hoogrisicogroep scoren, moet de nadruk van de interventie liggen op het middel of de middelen die de cliënt de meeste problemen opleveren of waarover de cliënt zich het meest zorgen maakt. Het is ook vermeldenswaard dat, hoewel een interventie zich kan richten op één overheersend middel, de cliënten informatie kunnen krijgen over de risico's van het gebruik van de andere middelen in het materiaal dat aan het einde van de interventie wordt meegegeven.

## Voorgestelde variatie op de tien stappen bij meervoudig middelengebruik

1. Cliënten **vragen** of zij hun scores op de vragenlijst willen zien.
2. Cliënten **feedback** op maat geven over hun scores met behulp van de ASSIST feedbackkaart:
  - | algemene feedback op basis van de scores op de voorpagina;
  - | specifieke feedback voor middel 1 (het middel met de hoogste score of het meest problematische middel), op basis van de afzonderlijke vakjes op de feedbackkaart;
  - | specifieke feedback voor middel 2;
  - | specifieke feedback voor middel 3 enz.
3. **Advies** geven over hoe de risico's van het middelengebruik kunnen worden beperkt:
  - | algemeen advies waarin alle middelen aan bod komen.
4. Cliënten de **eindverantwoordelijkheid** voor hun keuzes geven:
  - | de algemene verantwoordelijkheid voor alle middelen noemen.
5. Cliënten vragen hoe **bezorgd** ze zijn over hun scores:
  - | gebruik het standpunt van de cliënt over het middel of de middelen die hem het meest zorgen baren en neem die mee naar de stappen 6, 7, 8 en 9.
6. Afwegen van de **goede kanten** van het gebruik van het middel tegen de
7. **minder goede kanten** van het gebruik van het middel.
8. **Samenvatten en reflecteren** op de uitspraken van cliënten over hun middelengebruik met de nadruk op de 'minder goede kanten'.
9. Cliënten vragen hoe **bezorgd** ze zijn over de 'minder goede kanten':
  - | herhaal de stappen 5, 6, 7, 8 en 9 met het middel waarover daarna de meeste bezorgdheid bestaat.
10. Cliënten **materiaal meegeven** als onderdeel van de korte interventie.

# 1 1 Langere of meerdere interventies: informatie, vaardigheden en technieken

Alle cliënten die met de ASSIST gescreend zijn, moeten feedback krijgen over hun scores en risiconiveau en moeten informatie of advies aangeboden krijgen over de middelen die zij gebruiken, volgens het bovenstaande voorbeeld van een korte interventie van 3-5 minuten. Dit is het minimale interventieniveau voor alle cliënten. Er zullen echter gevallen zijn dat de gezondheidswerker langere of meerdere interventies met een cliënt wil uitvoeren. In dat geval zullen ze waarschijnlijk een bepaalde mate van bijscholing nodig hebben over de beste praktijken voor de behandeling van alcohol- en drugsgebruikers. Deze handleiding geeft een overzicht van **enkele** van de motiverende gesprekstechnieken en FRAMES-technieken die nodig zijn om langere interventies te doen, of om cliënten te helpen die willen veranderen, maar niet voldoende zelfvertrouwen of kennis hebben, of cliënten die in de actiefase van verandering zijn gekomen en hun gebruiksgedrag willen veranderen.

Technieken en vaardigheden voor verandering worden ook beschreven in de *'Zelfhulpstrategieën om middelengebruik te minderen of stoppen: een gids'*<sup>30</sup>, die weliswaar voor cliënten is bedoeld, maar ook voor gezondheidswerkers een nuttig hulpmiddel is om meer inzicht te krijgen in de reeks strategieën die kunnen worden gebruikt.

## Voorgeschiedenis van middelengebruik noteren

Het wordt aanbevolen om de voorgeschiedenis van het middelengebruik van de cliënt te noteren bij langere of doorlopende sessies. Hoewel er variabiliteit tussen cliënten zal zijn, zijn frequentie en hoeveelheid over het algemeen een goede indicator van de ernst van gezondheids- en andere problemen die cliënten ervaren. De

frequentie van het gebruik in de afgelopen drie maanden wordt bepaald in V2 van de ASSIST en draagt bij tot de resulterende ASSIST-risicoscore. Een meer gedetailleerde voorgeschiedenis zou het volgende kunnen omvatten:

- ▮ **Hoeveelheid:** hoeveel de cliënt gebruikt, in standaard of vergelijkbare eenheden.
- ▮ **Frequentie van gebruik:** specificatie van de frequentie in de afgelopen drie tot zes maanden.
- ▮ **Gebruikspatroon:** is dit consistent, gebruikt de cliënt op sommige momenten excessief of is er sprake van periodes van onthouding, en waarom?
- ▮ **Duur van het gebruik:** hoe lang gebruikt de cliënt het middel al, waaronder de leeftijd waarop hij voor het eerst gebruikte.
- ▮ **Wijze van toediening:** wordt het middel geslikt, gerookt, gesnoven, geïnjecteerd, geïnhaleerd enz.?
- ▮ **Vorm van het middel:** wordt het middel gebruikt in de vorm van pillen, siroop, kristallen, poeder, plantaardig product (blad, knop, sap enz.) en alle preparaten daarvan?

Het bepalen van de voorgeschiedenis van het middelengebruik is een andere manier om het middelengebruik van een cliënt over een bepaalde periode te volgen en versterkt de informatie die door de ASSIST-vragenlijst wordt verstrekt. De informatie kan worden gebruikt om te communiceren met andere zorgverleners en om de beste behandeling voor de cliënt te bepalen, met name voor risicovolle en verslaafde gebruikers.

## Meer over veranderingsfases Contemplatie

Een groot deel van deze handleiding geeft informatie en technieken voor de omgang met vooral cliënten in de precontemplatiefase en

sommige cliënten in de contemplatiefase. Zoals in Hoofdstuk 4 wordt beschreven, zijn sommige mensen wel bereid om hun gedrag te veranderen, maar ze weten niet hoe of hebben niet genoeg zelfvertrouwen om het te doen. Belangrijkheid, bereidheid en zelfvertrouwen moeten worden beoordeeld in interventies om cliënten aan te moedigen hun gedrag te veranderen; de hieronder beschreven bereidheidsliniaal (figuur 2) en vertrouwensliniaal (figuur 3) kunnen een nuttig visueel hulpmiddel zijn om cliënten te helpen.

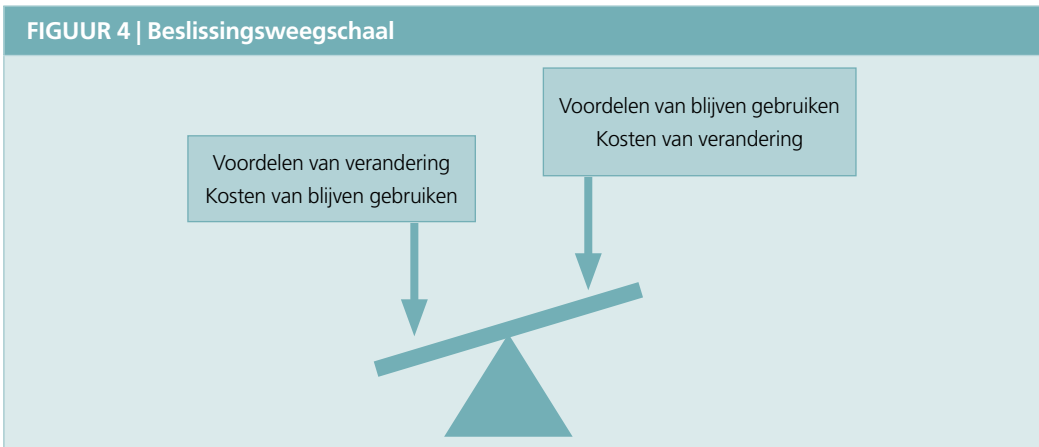
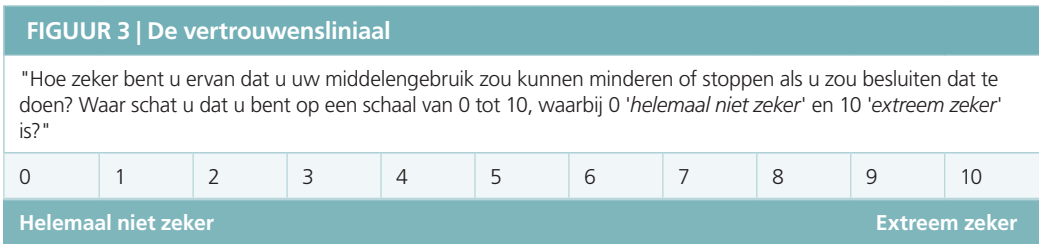
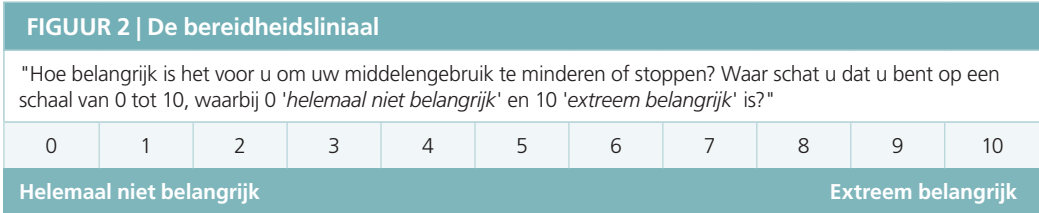
Cliënten helpen om hun ambivalentie over middelengebruik als een weegschaal te zien, kan in deze fase een ander nuttig hulpmiddel zijn. Aan de ene kant van de weegschaal staan de voordelen van het huidige middelengebruik en de kosten die gepaard gaan met verandering (redenen om te blijven gebruiken), terwijl aan de andere kant de kosten van het huidige middelengebruik en de voordelen van verandering staan (redenen om te veranderen). Verandering is onwaarschijnlijk zolang de redenen voor verandering niet opwegen tegen de redenen om te blijven gebruiken. Een beslissingsweegschaal (figuur 4) is een nuttig visueel hulpmiddel voor de gezondheidswerker om de voor- en nadelen van middelengebruik nader met de cliënt te bespreken en om discrepantie (of ambivalentie) te creëren. Een andere manier om cliënten aan het denken te zetten over de voor- en nadelen van hun huidige middelengebruik, is hen te helpen een tabel zoals hieronder (tabel 2) in te vullen. Het kan nuttig zijn cliënten te vragen eerst over de goede kanten van hun middelengebruik te praten, wat ze er fijn aan vinden, en daarna over de minder goede kanten. Deze strategieën staan ook in de meeneemhandleiding voor cliënten, *'Zelfhulpstrategieën om middelengebruik te minderen of stoppen: een gids'*<sup>30</sup>.

Willen mensen hun gedrag daadwerkelijk veranderen, dan moeten ze er klaar voor zijn en bereid en in staat zijn om te veranderen<sup>7</sup>. Het eerder besproken veranderingsmodel is een manier om te begrijpen in hoeverre een cliënt bereid is om veranderingen in zijn middelengebruik aan te brengen.

Klaar en bereid zijn om het middelengebruik te minderen of te stoppen, hangt samen met hoe belangrijk de cliënt het vindt om te veranderen. Maar vinden dat een verandering belangrijk is, is niet altijd voldoende voor een cliënt om op de actiefase over te gaan. Soms is een cliënt wel bereid om te veranderen, maar is hij er niet zeker van of hij dat wel kan. Zowel de belangrijkheid als het zelfvertrouwen moet aan bod komen in interventies om cliënten aan te moedigen hun gedrag te veranderen.

Een eenvoudige manier om erachter te komen hoe belangrijk de cliënt het vindt om zijn middelengebruik te verminderen, is het gebruik van de bereidheidsliniaal<sup>7</sup> (figuur 2). Dit is een schaal, of meetlat, met gradaties van 0 tot 10, waarbij 0 'helemaal niet belangrijk' en 10 'extreem belangrijk' is. Aan cliënten kan worden gevraagd aan te geven hoe belangrijk het voor hen is om hun middelengebruik te veranderen.

De bereidheidsliniaal kan aan het begin van een korte interventie worden gebruikt om de interventie op de juiste veranderingsfase te richten, of kan tijdens de interventie worden gebruikt. Hij kan ook worden gebruikt in geval van meerdere sessies als een manier om de cliënt aan te moedigen te praten over redenen voor verandering.



**TABEL 2: Beslissingstabel**

	Voordelen	Nadelen
Korte termijn		
Lange termijn		

Miller en Rollnick<sup>7</sup> stellen voor de liniaal te gebruiken om de situatie van de cliënt te beoordelen en vervolgens de volgende twee vragen te stellen.

- *"Waarom bent u op een (b.v. 3) en niet op een 0?"* Dit zorgt ervoor dat de cliënt zijn positie verbaal rechtvaardigt of verdedigt, wat de cliënt kan motiveren om te veranderen.
- *"Wat zou ervoor nodig zijn om van een (b.v. 3) naar een (b.v. 6) (een hoger getal) te gaan?"* Dit zet cliënten ertoe aan mogelijke strategieën voor verandering te verwoorden en meer na te denken over verandering.

Eenzelfde soort schaal kan ook worden gebruikt om na te gaan hoeveel vertrouwen cliënten in zichzelf hebben om hun middelengebruik te kunnen minderen of stoppen<sup>7</sup>. De vertrouwensliniaal kan worden gebruikt voor cliënten die hebben aangegeven dat het belangrijk voor hen is om te veranderen, of kan worden gebruikt als hypothetische vraag om cliënten aan te moedigen te praten over hoe zij verandering zouden aanpakken.

Het is niet nodig om de cliënt daadwerkelijk een liniaal te laten zien, maar het kan nuttig zijn, vooral voor laaggeletterde en laagopgeleide cliënten. Voor sommige cliënten kan het voldoende zijn om de schaal alleen te beschrijven met woorden zoals in de voorbeelden hierboven.

### Actie

Zoals eerder besproken, hebben cliënten in de actiefase besloten dat hun middelengebruik moet veranderen, of ze zijn al begonnen met minderen of stoppen. Cliënten in deze fase kunnen zich ambivalent blijven voelen

over hun middelengebruik, en hebben aanmoediging en steun nodig om hun beslissing vol te houden. Voortbouwend op de eerder geschetste interventie in tien stappen kunnen technieken worden gebruikt die nuttig zijn voor cliënten die actie willen ondernemen:

- samen doelen afspreken voor het veranderen van het middelengebruik;
- meerdere strategieën voorstellen waaruit de cliënten kunnen kiezen om hen te helpen hun middelengebruik te minderen of te stoppen (keuzemogelijkheden);
- cliënten helpen situaties te herkennen waarin ze het risico lopen terug te vallen;
- met cliënten een actieplan maken om hun middelengebruik te minderen of stoppen.

Deze strategieën worden hieronder nader toegelicht in 'Meer over FRAMES'.

### Volharding

Cliënten in deze fase proberen de doorgevoerde gedragsveranderingen vol te houden en succes op lange termijn betekent dat zij in deze fase blijven. Hoewel cliënten in deze fase veel hebben veranderd, zullen zij nog steeds ambivalentie ervaren en de wens hebben om terug te vallen op middelengebruik. Daarom hebben cliënten die gedragsveranderingen proberen vol te houden, behoefte aan de bevestiging dat ze goed bezig zijn en aanmoediging om door te gaan. Eerstelijnsgezondheidswerkers kunnen mensen in deze fase helpen door successen te prijzen en de strategieën van de cliënt aan te scherpen om situaties met een risico op terugval te vermijden of hem te helpen verder te gaan na een kleine terugval.

## Meer over motiverende gespreksvoering

### Feedback

Zoals besproken in Hoofdstuk 6 over motiverende gespreksvoering, is het geven van feedback aan cliënten een belangrijk onderdeel van het interventieproces. De manier waarop de feedback wordt gegeven, kan echter van invloed zijn op de vraag of de cliënt de feedback echt hoort en in zich opneemt. Feedback moet worden gegeven op een manier die rekening houdt met wat de cliënt bereid is te horen en wat hij al weet. Het gebruik van empathie en specifieke vaardigheden die eerder in de handleiding zijn beschreven, kan een groot effect hebben op hoe goed cliënten het gevoel hebben dat ze de feedback hebben begrepen.

Een eenvoudige en doeltreffende manier om feedback te geven die rekening houdt met de bestaande kennis en belangstelling van de klant en die het recht van de cliënt respecteert om te kiezen wat hij met de informatie doet, bestaat uit drie stappen:

- | bereidheid/belangstelling uitlokken;
- | feedback geven;
- | een persoonlijke interpretatie uitlokken.

**1. Lok bereidheid/belangstelling van de cliënt voor informatie uit. Dat wil zeggen, vraag cliënten wat ze weten en wat ze graag willen weten. Het kan ook nuttig zijn cliënten eraan te herinneren dat ze zelf kunnen beslissen wat ze met de informatie doen. Bijvoorbeeld:**

- | *"Wilt u de resultaten zien van de vragenlijst die u hebt ingevuld?"*

- | *"Wat weet u over de effecten van amfetaminen op uw stemming?"*

**2. Geef feedback op een neutrale en niet-oordelende manier. Bijvoorbeeld:**

- | *"Uw score voor opioïden was 18, wat betekent dat u door uw huidige gebruiksniveau het risico loopt gezondheids- en andere problemen te krijgen."*

- | *Amfetaminen hebben invloed op de chemische stoffen in de hersenen die de stemming reguleren, en regelmatig gebruik kan u depressief en angstig maken en sommige mensen boos en gewelddadig."*

**3. Lok een persoonlijke interpretatie uit. Dat wil zeggen, vraag cliënten wat ze van de informatie vinden en wat ze zouden willen doen. U kunt dit doen door vragen te stellen als:**

- | *"Hoe bezorgd bent u over uw score voor opioïden?"*

- | *"Hoe bezorgd bent u over het effect van amfetaminen op uw stemming en geestelijke gezondheid?"*

- | *"Wat vindt u daarvan?"*

- | *"Hoe gaan we verder?"*

- | *"Wat zou u daaraan willen doen?"*

- | *"Waar maakt u zich het meest zorgen om?"*

### Specifieke vaardigheden

Motiverende gespreksvoering maakt gebruik van vijf specifieke vaardigheden. Deze vaardigheden worden samen gebruikt om cliënten aan te moedigen om te praten, om hun ambivalentie over hun middelengebruik te onderzoeken en om hun redenen om hun middelengebruik te

minderen of te stoppen te verduidelijken<sup>7</sup>. De eerste vier vaardigheden staan vaak bekend onder het acroniem OARS: Open-ended questions (Open vragen), Affirmation (Bevestiging), Reflective listening (Reflectief luisteren) en Summarizing (Samenvatten). De vijfde vaardigheid is het 'uitlokken van veranderingsgesprekken' en houdt in dat de OARS wordt gebruikt om de cliënt te begeleiden bij het aanvoeren van de argumenten om zijn middelengebruik te veranderen.

### Open vragen

Open vragen zijn vragen die een langer antwoord vereisen en de deur openen voor de cliënt om te praten. Voorbeelden van open vragen zijn:

- *"Wat zijn de goede kanten van uw middelengebruik?"*
- *"Vertel me eens iets over de minder goede kanten van het gebruik van ... (middel)?"*
- *"U lijkt zich zorgen te maken over uw middelengebruik; vertel daar eens wat meer over."*
- *"Waarom bent u daar bezorgd over?"*
- *"Wat vindt u van ...?"*
- *"Wat wilt u daaraan doen?"*
- *"Wat weet u over ...?"*

### Bevestiging

Waardering en begrip tonen helpen om een meer ondersteunende sfeer te scheppen en een goede verstandhouding met de cliënt op te bouwen. Bevestiging van de sterke kanten van de cliënt en zijn inspanningen om te veranderen, helpt zelfvertrouwen op te bouwen. Bevestiging van zelfmotiverende uitspraken (of praten

over verandering) moedigt de bereidheid tot verandering aan. Voorbeelden van bevestiging zijn:

- *"Fijn dat u vandaag bent gekomen."*
- *"Ik waardeer het dat u bereid bent om met mij over uw middelengebruik te praten."*
- *"U bent blijkbaar vindingrijk dat u zo met die problemen kunt omgaan."*
- *"Ik kan zien dat u een erg sterke persoon bent."*
- *"Dat is een goed idee."*
- *"Het is moeilijk om over .... te praten. Ik waardeer het echt dat u hiermee doorgaat."*

### Reflectief luisteren

Een reflectieve luisterreactie is een verklaring die gist naar wat de cliënt bedoelt. Het is belangrijk om de onderliggende betekenissen en gevoelens die de cliënt heeft uitgedrukt, terug te koppelen, evenals de woorden die hij heeft gebruikt. Reflectief luisteren is een spiegel voorhouden aan de cliënt, zodat hij de therapeut kan horen zeggen wat hij heeft gezegd.

Reflectief luisteren laat de cliënt zien dat de gezondheidswerker begrijpt wat er gezegd is, of kan gebruikt worden om te verduidelijken wat de cliënt bedoelt. Effectief reflectief luisteren moedigt de cliënt aan om te blijven praten en de gezondheidswerker moet de cliënt daarvoor voldoende tijd geven.

In motiverende gespreksvoering wordt actief gebruik gemaakt van reflectief luisteren om de ambivalentie van de cliënt over zijn middelengebruik te benadrukken, om de cliënt te sturen in de richting van meer erkenning van zijn problemen en zorgen, en om uitspraken te benadrukken die erop wijzen dat de cliënt

aan verandering denkt. Voorbeelden zijn:

- *"U bent verbaasd dat uw score aangeeft dat u risico loopt op problemen."*
- *"Het is echt belangrijk voor u om uw relatie met uw vriend te behouden."*
- *"U vindt het ongemakkelijk om hierover te praten."*
- *"U bent boos omdat uw vrouw blijft zeuren over uw middelengebruik."*
- *"U zou minder middelen willen gebruiken op feestjes."*
- *"U geniet echt van uw middelengebruik en zou het vreselijk vinden om het op te geven, maar u ziet ook dat het financiële en gerechtelijke problemen veroorzaakt."*

### Samenvatten

Samenvatten is een belangrijke manier om te herhalen wat er gezegd is en de cliënt voor te bereiden om verder te gaan. Samenvatten versterkt reflectief luisteren, vooral bij zorgen en in veranderingsgesprekken. Eerst horen cliënten het zichzelf zeggen, dan horen ze hoe de therapeut het verwoordt en dan horen ze het opnieuw in de samenvatting. De therapeut kiest wat hij of zij in de samenvatting opneemt, en kan de aandacht verleggen door sommige dingen te benadrukken en andere niet. Het is belangrijk de samenvatting beknopt te houden. Een voorbeeld van een samenvatting:

*"Dus u vindt het heel leuk om speed en ecstasy te gebruiken op feestjes en u denkt niet dat u meer gebruikt dan uw vrienden. Aan de andere kant hebt u veel meer geld uitgegeven aan drugs dan u zich kunt veroorloven, en dat baart u echt zorgen. U hebt moeite om uw rekeningen te betalen en uw creditcards zijn geannuleerd. Uw partner is*

*boos en u hebt er een hekel aan hem van streek te maken. U merkt ook dat u slaapproblemen hebt en dat u moeite hebt om dingen te onthouden."*

### Uitlokken van een veranderingsgesprek

De vijfde vaardigheid, 'uitlokken van een veranderingsgesprek', is een strategie om de cliënt te helpen ambivalentie op te lossen en is erop gericht de cliënt in staat te stellen de argumenten voor verandering naar voren te brengen. Er zijn vier hoofdcategorieën in een veranderingsgesprek:

- de nadelen van blijven gebruiken erkennen;
- de voordelen van verandering erkennen;
- optimisme over verandering uiten;
- de intentie uitdrukken om te veranderen.

Er zijn een aantal manieren om een veranderingsgesprek uit te lokken. Het stellen van directe open vragen is een goed voorbeeld:

- *"Wat baart u zorgen over uw middelengebruik?"*
- *"Wat denkt u dat er gebeurt als u niets verandert?"*
- *"Wat zijn de goede kanten van het minderen van uw middelengebruik?"*
- *"Hoe zou u willen dat uw leven er over vijf jaar uitziet?"*
- *"Wat denkt u wat de positieve gevolgen zullen zijn als u besluit te veranderen?"*
- *"Hoe zeker bent u ervan dat u deze verandering kunt realiseren?"*
- *"Hoe belangrijk is het voor u om uw middelengebruik te minderen?"*
- *"Wat denkt u nu over uw middelengebruik?"*



## Meer over FRAMES

Uit klinische ervaring en onderzoek naar korte interventies voor middelengebruik is gebleken dat effectieve korte interventies een aantal consistente en steeds terugkerende kenmerken hebben. Deze kenmerken zijn samengevat met het acroniem FRAMES: Feedback, Responsibility (Verantwoordelijkheid), Advice (Advies), Menu of options (Keuzemogelijkheden), Empathy (Empathie) en Self-efficacy (Zelfeffectiviteit)<sup>8, 9, 10</sup>. Feedback, Verantwoordelijkheid en Advies werden besproken in Hoofdstuk 5 van deze handleiding, en empathie werd besproken in Hoofdstuk 6 van deze handleiding over *motiverende gespreksvoering*. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op Keuzemogelijkheden en Zelfeffectiviteit.

### Alternatieve veranderingsopties

Effectieve korte interventies en zelfhulpmiddelen bieden de cliënt een scala aan alternatieve strategieën om zijn middelengebruik te minderen of stoppen. Hierdoor kan de cliënt de strategieën kiezen die het best bij zijn situatie passen en die hem het meest aanspreken. Het bieden van keuzes versterkt het gevoel van persoonlijke controle en verantwoordelijkheid voor verandering en kan de motivatie van de cliënt om te veranderen versterken. Cliënten '*Zelfhulpstrategieën om middelengebruik te minderen of stoppen: een gids*'<sup>30</sup> geven, is een goede manier om te beginnen, omdat de gids strategieën biedt om cliënten te helpen hun gedrag te veranderen, en alleen of in combinatie met andere opties kan worden gebruikt. Voorbeelden van opties die cliënten kunnen kiezen, zijn:

- een dagboek bijhouden over middelengebruik (waar, wanneer, hoeveel gebruikt, hoeveel uitgegeven, met wie, waarom);

- cliënten helpen om voor zichzelf regels voor middelengebruik op te stellen;
- risicovolle situaties identificeren alsmede strategieën om deze te vermijden;
- andere activiteiten vinden in plaats van middelengebruik: hobby's, sporten, clubs, sportschool enz.;
- de cliënt aanmoedigen om mensen te vinden die steun en hulp kunnen bieden bij de veranderingen die ze willen doorvoeren;
- informatie verstrekken over andere zelfhulpbronnen en schriftelijke informatie;
- de cliënt uitnodigen om regelmatig terug te komen om zijn middelengebruik te bespreken en samen de gebruikersgids voor minderen of stoppen door te nemen;
- informatie verstrekken over andere groepen of gezondheidswerkers die gespecialiseerd zijn in drugs- en alcoholproblemen;
- Whet geld dat ze normaal aan middelen zouden uitgeven, voor iets anders opzij zetten.

### Zelfeffectiviteit (vertrouwen in eigen kunnen)

Het laatste element van effectieve korte interventies is het stimuleren van het vertrouwen van cliënten dat zij in staat zijn hun middelengebruik te veranderen. Mensen die geloven dat ze in staat zijn veranderingen door te voeren, zullen dat veel eerder doen dan degenen die zich machteloos of hulpeloos voelen als het om een gedragsverandering gaat<sup>7</sup>. Het is bijzonder nuttig om uitspraken aan cliënten te ontlokken over hun zelfeffectiviteit, aangezien zij waarschijnlijk geloven wat zij zichzelf horen zeggen.

## Voorbeeld van een langer durende korte interventie

Hieronder vindt u een voorbeeld van een langere interventie die voortbouwt op de aan ASSIST gekoppelde korte interventie in tien stappen en die gebruik maakt van enkele van de specifieke vaardigheden en technieken die hierboven zijn beschreven. De gebruikte FRAMES- en

motiverende gesprekstechnieken staan tussen vierkante haken na elk tekstdeel. De cliënt is een 33-jarige man die samenwoont met zijn vriendin en hun jonge kind en fulltime werkzaam is in een fabriek. Hij rookt cannabis na het werk en in het weekend en heeft ASSIST-scores in de laagrisicogroep voor alle middelen behalve cannabis, waarvoor hij een score van 23 heeft, waarmee hij in de middelmatige risicogroep valt.

### Voorbeeld: een langer durende korte interventie

**Gezondheidswerker:** *Oké, fijn dat je deze vragenlijst met me door wilt nemen. Kan ik aannemen dat marihuana de drug is die je op dit moment het meest gebruikt?* [Bevestiging]

**Cliënt:** *Ja, dat klopt.*

**Gezondheidswerker:** *Hoeveel rook je, zeg, op een gemiddelde dag na het werk?* [Korte voorgeschiedenis]

**Cliënt:** *Meestal 1 of 2 joints op een avond.*

**Gezondheidswerker:** *Is dat ook de hoeveelheid die je in het weekend rookt?* [Korte voorgeschiedenis]

**Cliënt:** *Ja ... Waarschijnlijk zelfs een beetje meer ... misschien 3 of 4, ik weet het niet, soms raak ik de tel kwijt.*

**Gezondheidswerker:** *En hoe lang rook je al marihuana, ik bedoel, hoeveel jaar?* [Korte voorgeschiedenis]

**Cliënt:** *Ik begon toen ik eind twintig was, dus zo'n 5 jaar in totaal.*

**Gezondheidswerker:** *Oké. Wil je de resultaten zien van de vragenlijst die je hebt ingevuld?* [Gesprek uitlokken]

**Cliënt:** *Ja zeker.*

**Gezondheidswerker:** *Ter herinnering, er werd gevraagd naar je alcohol- en drugsgebruik en of je problemen hebt of hebt gehad door je middelengebruik (toont de cliënt de voorpagina van de ASSIST feedbackkaart). Je score voor marihuana was 23, dat is in de middelmatige risicogroep. Je score voor alle andere middelen was in de laagrisicogroep. Een middelmatig risico betekent dat je risico loopt op gezondheids- en andere problemen als gevolg van je huidige patroon van marihuana-gebruik, niet alleen nu, maar ook in de toekomst als je op je huidige niveau blijft roken (opent de ASSIST feedbackkaart en wijst op kader C, waarin de risico's van cannabis staan beschreven). Omdat je risico op problemen door cannabis tot de middelmatige risicogroep behoort, zijn de problemen die te maken hebben met je huidige gebruikspatroon problemen met aandacht, concentratie en motivatie, angst, depressie, paniek, paranoia, verminderd geheugen en probleemoplossend vermogen, hoge bloeddruk, astma en bronchitis, hart- en longaandoeningen. [Feedback geven]*

**Gezondheidswerker:** *De beste manier om deze risico's te beperken (wijst op de risico's in het kader), is door te minderen of stoppen met het gebruik van marihuana. [Advies geven]*

**Gezondheidswerker:** *Wat je met deze informatie doet, is aan jou. Ik laat je alleen weten wat het verband is tussen je huidige gebruikspatroon en de gezondheidsproblemen die je zou kunnen krijgen. [Verantwoordelijkheid]*

**Gezondheidswerker:** *Hoe bezorgd ben je over je score voor marihuana?* [Open vraag, zelfmotiverende verklaring van bezorgdheid uitlokken].

**Cliënt:** *Tja ... Ik weet het niet ... Ik bedoel ... Ik denk dat het een beetje verontrustend is dat het dit doet met mijn hersenen ... Ik weet het niet. [Dissonantie]*

**Gezondheidswerker:** *Wat vind je fijn aan marihuana roken - wat zijn de goede kanten ervan?* [Open vraag - verkennen van de voor- en nadelen]

**Clïënt:** *Nou, het ontspant me, vooral na mijn werk. Het helpt me echt om te ontspannen en de dag te vergeten. Het is ook goed als je uit bent met vrienden of op een feestje in het weekend omdat je dan meer lol hebt.*

**Gezondheidswerker:** *Wat zijn de minder goede kanten van het roken van marihuana?* [Open vraag – verkennen van de voor- en nadelen]

**Clïënt:** *Vraag maar aan mijn vriendin, die klaagt er altijd over. Ik denk dat het ergste voor mij is dat het mijn geheugen en concentratie op het werk lijkt aan te tasten. Soms als ik de avond ervoor veel heb gebruikt, ben ik de volgende dag op het werk een beetje wazig en voel ik me heel moe. Als ik me echt slecht voel, ga ik die dag soms niet naar het werk.*

**Gezondheidswerker:** *Dus het roken van marihuana helpt je om te ontspannen en tot rust te komen na het werk, maar het maakt je ook vergeetachtig en moe en soms mis je daardoor werk. Je zei ook dat je vriendin het niet leuk vindt dat je marihuana rookt - waarom denk je dat dat zo is?* [Reflectief luisteren, aandacht verleggen, open vraag]

**Clïënt:** *Ze houdt er niet van dat ik de hele tijd stoned ben, omdat ze zegt dat ik niets doe behalve TV kijken en dat ik altijd dingen vergeet te doen. Ze zegt dat ik niet genoeg doe in huis en dat zij altijd al het werk moet doen en voor de baby moet zorgen. Maar, ik bedoel, ik werk en breng elke week een salaris mee naar huis ...*

**Gezondheidswerker:** *En het is moeilijk voor je, want marihuana roken helpt je ontspannen, maar tegelijkertijd help je niet in huis omdat je stoned wordt, en dat tast je geheugen en concentratie aan en soms vergeet je dingen te doen waar je vriendin op rekt. [Reflectie, samenvatting, empathie]*

**Clïënt:** *Ja, maar dat kan komen omdat ik altijd moe ben omdat ik niet altijd goed slaap als de baby 's nachts huult. [Weerstand]*

**Gezondheidswerker:** *Dus de reden dat je dingen vergeet en het moeilijk vindt om je te concentreren en je vriendin te helpen na het werk is omdat je niet genoeg slaap krijgt?* [Omgaan met weerstand - versterkte reflectie]

**Clïënt:** *Nou, deels wel in ieder geval. Deels ook misschien omdat ik te veel rook. [Ambivalentie]*

**Gezondheidswerker:** *Hoe beïnvloedt te veel roken je concentratievermogen en je vermogen om dingen te onthouden op het werk? Heb je een specifiek voorbeeld?* [Open vraag]

**Clïënt:** *Laatst had ik bijna een ongeluk met een van de vorkheftrucks op het werk. Het was maandagochtend vroeg en ik was niet echt geconcentreerd omdat ik in het weekend nogal wat had gerookt. Ik knalde bijna tegen een van mijn collega's op - hij was er behoorlijk van overstuur, en ik ook.*

**Gezondheidswerker:** *Wat zou er gebeuren als je een ongeluk op het werk zou krijgen omdat je niet goed oplette?* [Open vraag, veranderingsgesprek uitlokken].

**Clïënt:** *Dat is een vreselijke gedachte. Nou, ik zou waarschijnlijk mijn baan kwijtraken en dat zou zeker enorme problemen thuis veroorzaken, want ik ben de enige die werkt op het moment, dus we zouden geen inkomen hebben. Ik zou ook moeten leven met de wetenschap dat ik iemand had verwond, en ik zou me daar erg schuldig over voelen. Ik denk dat ik ook in grote problemen zou komen als ze erachter zouden komen dat ik voor het ongeluk marihuana had gerookt.*

**Gezondheidswerker:** *Als je op het werk een ongeluk krijgt omdat je je niet concentreert, kan dat gevolgen op lange termijn hebben voor je collega's, maar ook voor jezelf, financieel en voor je gezinsleven, en misschien zelfs met justitie? Maak je je daar zorgen over?* [Reflectie, samenvatten, open vraag]

**Clïënt:** *Ja, als ik er zo over nadenk, maak ik me daar natuurlijk zorgen over. Maar ik weet gewoon niet of ik echt zou kunnen minderen, ik weet eigenlijk niet waar ik moet beginnen.*

**Gezondheidswerker:** *Oké - hoe belangrijk is het voor je om te minderen of stoppen met roken? Waar schat je dat je bent op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 'helemaal niet belangrijk om te stoppen' en 10 'extreem belangrijk om te stoppen' is? [Bereidheidsmeter, uitlokken van veranderingsgesprek].*

**Gezondheidswerker:** *Oké - denk nog eens aan dezelfde schaal, maar geef nu aan waar je schat dat je bent met je zelfvertrouwen, waarbij 0 'helemaal niet zeker dat ik zou kunnen minderen' en 10 'extreem zeker dat ik zou kunnen minderen' is? [Vertrouwensliniaal]*

**Cliënt:** *Waarschijnlijk zo'n beetje een 3.*

**Gezondheidswerker:** *Het lijkt erop dat minder marihuana gebruiken op dit moment belangrijk voor je is, maar dat je niet goed weet hoe je dat zou moeten doen. Is het goed als ik je iets vertel over dit boekje dat we soms aan mensen geven om ze te helpen minderen? [Samenvatten, uitlokken]*

**Cliënt:** *Zeker.*

**Gezondheidswerker:** *Dit is een boekje (toont cliënt 'Zelfhulpstrategieën om middelengebruik te minderen of stoppen: een gids'<sup>39</sup>) dat mensen vaak handig vinden om te besluiten of ze minder middelen willen gaan gebruiken. Als je besluit dat je je marihuana-gebruik wilt minderen of stoppen, vind je in deze gids een aantal strategieën die je misschien nuttig vindt. Dit zijn strategieën waarvan bewezen is dat ze zeer effectief zijn voor mensen die willen minderen. Een manier om je te helpen je middelengebruik in de gaten te houden, is bijvoorbeeld een dagboek bijhouden. Zo krijg je een goed idee van hoeveel je gebruikt, wanneer de kans het grootst is dat je gebruikt en hoeveel je uitgeeft. Je kunt dit dagboek ook gebruiken om te kijken in welke situaties je vaak marihuana rookt, en vervolgens strategieën uit te stippelen om die situaties te vermijden. Het helpt je ook om de voor- en nadelen van je marihuana-gebruik tegen elkaar af te wegen en hoe het past bij de andere doelen in je leven. Ik geef je dit boekje mee naar huis en als je wilt, kun je ook terugkomen voor een andere afspraak, dan kunnen we er nog wat verder over praten. [Keuzemogelijkheden]*

**Gezondheidswerker:** *Denk je dat een van deze dingen zou kunnen werken, of is er een andere manier die beter voor je zou kunnen zijn? Misschien heb je in het verleden een andere strategie gebruikt om je leven te helpen veranderen? [Uitlokken, zelfeffectiviteit aanmoedigen].*

**Cliënt:** *Mijn vriendin hield een eetdagboek bij toen ze op dieet was en het leek haar erg te helpen. Ze viel behoorlijk af. Ik heb zoiets nog nooit gedaan, maar als het voor haar werkte, kan het waarschijnlijk ook voor mij werken. Dat geeft me het gevoel dat ik op zijn minst minder marihuana zou kunnen roken als ik dat boekje lees en een dagboek bijhoud.*

**Gezondheidswerker:** *Heel goed dat je iets hebt gevonden wat voor jou zou kunnen werken en hebt geleerd van de ervaringen van anderen. Veel succes ermee en als je over een paar weken nog eens wilt bijpraten, maak dan gerust een nieuwe afspraak. [Bevestiging]*

# 12 De aan ASSIST gekoppelde korte interventie in de dagelijkse praktijk opnemen

Gedetailleerde informatie over het invoeren van de ASSIST-screening in de dagelijkse praktijk wordt beschreven in *'De Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): handleiding eerstelijnsgezondheidszorg'*<sup>1</sup>. De procedures die in de ASSIST-handleiding worden beschreven onder de vier hoofdrubrieken 'Planning', 'Training', 'Controle' en 'Feedback', zijn ook relevant voor de implementatie van een aan ASSIST gekoppelde korte interventie. Met name het soort implementatievragen dat moet worden beantwoord, heeft betrekking op de toegang tot bronnen en diensten voor cliënten die een middelmatig of hoog risico scoren op de ASSIST. Deze cliënten moeten toegang hebben tot het materiaal dat zij mee naar huis kunnen nemen, waaronder de handleiding *'Zelfhulpstrategieën om middelengebruik te minderen of stoppen: een gids'*<sup>30</sup> en de zorginstellingen moeten ervoor zorgen dat dit materiaal direct beschikbaar is.

Een andere belangrijke overweging is de follow-up van cliënten met betrekking tot verdere hulpverlening bij problemen met middelengebruik. Gezondheidswerkers en cliënten moeten op de hoogte worden gebracht van de opties die

cliënten hebben voor ondersteuning, zoals verdere beoordeling en begeleiding (binnen de praktijk of in een gespecialiseerde praktijk), zelfhulpgroepen, farmacotherapie (bijv. methadon, buprenorfine, acamprosaat enz.), praatgroepen en diensten voor lotgenoten, intramurale en extramurale detoxificatie en residentiële rehabilitatie. Er moet ook aandacht worden besteed aan de toegang tot schone naalden en injectiemateriaal (afhankelijk van het beleid in het betreffende land en rechtsgebied), en aan de toegang tot tests op overdraagbare ziekten.

Ten slotte is het ook belangrijk gezondheidswerkers uit te rusten met de vaardigheden om regelmatig met drugsgebruikers om te gaan. Dit kan inhouden dat zij zo nodig toegang hebben tot een zekere mate van counseling of debriefing. Ook een adequate opleiding voor gezondheidswerkers is uitermate belangrijk, en naast het lezen van de twee handleidingen moeten gezondheidswerkers worden aangemoedigd om, indien beschikbaar, de ASSIST-opleiding en de opleiding motiverende gespreksvoering te volgen.

# Referenties

- 1 Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V and Monteiro M (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. Geneva, World Health Organization.
- 2 Henry-Edwards S, Humeniuk RE, Ali RL, Monteiro M and Poznyak V (2003). *Brief Intervention for Substance Use: Guidelines for Use in Primary Care. Draft Version 1.1 for Field Testing*. Geneva, World Health Organization.
- 3 WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*, 97:1183-1194.
- 4 Humeniuk RE, Ali RA, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, Boerngen de Larcerda R, Ling W, Marsden J, Monteiro M, Nhiwhatiwa S, Pal H, Poznyak V and Simon S (2008). Validation of the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*, 103(6):1039-1047.
- 5 Humeniuk RE, Dennington V and Ali RL (2008). *The effectiveness of a Brief Intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial*. Geneva, World Health Organization.
- 6 Babor TF and Higgins-Biddle JC (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care*. Geneva, World Health Organization (WHO/MSD/MSB/01.6b).
- 7 Miller W and Rollnick S (2002). *Motivational Interviewing*. 2nd ed. New York and London, Guilford Press.
- 8 Bien TH, Miller WR and Tonigan S (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88:315–336.
- 9 Miller W and Sanchez V (1993). *Motivating young adults for treatment and lifestyle change*. In Howard G, ed. *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame IN. University of Notre Dame Press.
- 10 Miller W, Zweben A, Di Clemente C and Rychtarik R (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. (Project MATCH Monograph Series Vol 2). Rockville Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- 11 Barry K L, Blow FC, Willenbring M, McCormack R, Brockmann LM and Visnic S (2004). Use of alcohol screening and brief interventions in primary care settings: Implementation and barriers. *Substance Abuse*, 25(1):27-36.
- 12 World Health Organization (2009). *Global health Risks*. Geneva, WHO.
- 13 Cordoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, Frisas O and Lopez del Val A (1998). Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multicentre study. *Family Practice*, 15(6):562-588.

- 14 Heather N (1996). The Public Health and Brief Intervention for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive Behaviours*, 21:857-868.
- 15 Maisto SE, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Conigliaro RL and Kelley ME (2001). Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *Journal of Studies on Alcohol* 62(5):605-614.
- 16 Miller WR and Wilbourne PL (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders (review). *Addiction*, 97(3):265-277.
- 17 Senft RA, Polen MR, Freeborn DK and Hollis JF (1997). Brief Intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(6):464-470.
- 18 WHO Brief Intervention Study Group (1996). A randomised cross-national clinical trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86 (7):948-955.
- 19 Wutzke SE, Shiell A, Gomel MK and Conigrave KM (2001). Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science & Medicine*, 52 (6):863-870.
- 20 Copeland J, Swift W, Roffman R and Stephens R (2001). A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21:55-64.
- 21 Lang E, Engelder M and Brook T (2000). Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19:111-116.
- 22 Stephens RS, Roffman RA and Curtin L (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5):898-908.
- 23 Bashir K, King M and Ashworth M (1994). Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *British Journal of General Practice*, 44:408-412.
- 24 Baker A, Boggs TG and Lewin TJ (2001). Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96:1279-1287.
- 25 Saunders B, Wilkinson C and Phillips M (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90: 415-424.
- 26 Stotts AL, Schmitz JM, Rhoades HM and Grabowski J (2001). Motivational Interviewing with cocaine-dependent clients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5):858-862.
- 27 Humeniuk RE, Henry-Edwards S and Ali RL (2003). *Self-help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A guide. Draft version 1.1 for Field Testing*. Geneva, World Health Organization.
- 28 Prochaska JA, DiClemente CC and Norcross JC (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47:1102-1114.
- 29 Miller W (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11:147-172.
- 30 Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL and Meena S (2010). *Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide*. Geneva, World Health Organization.

De Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) werd voor de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) ontwikkeld door een internationale groep onderzoekers en klinici als een technisch instrument om te helpen bij de vroegtijdige identificatie van gezondheidsrisico's en stoornissen in verband met middelengebruik in de eerstelijnsgezondheidszorg, de algemene medische zorg en andere omgevingen.

Het WHO ASSIST-project is gericht op de ondersteuning en bevordering van screening en korte interventies door gezondheidswerkers ten aanzien van het gebruik van psychoactieve middelen om stoornissen door middelengebruik te voorkomen, bijtijds te herkennen en te beheersen in de gezondheidszorg, met als uiteindelijk doel de ziektelast die wereldwijd aan het gebruik van psychoactieve middelen kan worden toegeschreven, te verminderen.

**Management of Substance Abuse**  
**Department of Mental Health and Substance Abuse**  
20, Avenue Appia  
1211 Genève 27  
Zwitserland  
Tel: +41 22 791 21 11  
Email: [msb@who.int](mailto:msb@who.int)  
[www.who.int/substance\\_abuse](http://www.who.int/substance_abuse)

**PAHO**



Pan American  
Health  
Organization



World Health  
Organization  
REGIÃO ORIENTAL DO AMÉRICA

