

Community Reinforcement Approach: Werkbegeleiding & Supervisie

H.G. Roozen

R.J. Meyers

J.E. Smith

© Roozen & Meyers Consultancy (RMC), 2010, 2014.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door printouts, kopieën, of op welke andere manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
1. Inleiding	4
2. Monitoring.....	4
3. Therapeutverschillen	5
4. CRA procedures	5
5. CRA Scorehandleiding	7
6. Structuur en proces van de CRA werkbegeleidingen (supervisie)	7
7. Groepswerkbegeleidingen/supervisie.....	8
8. Bespreking van DSRs	9
9. Oefenen in rollenspelen	10
10. Boostertrainingen.....	10
11. Opleidingsstructuur	11
12. Tot besluit.....	12
Referenties	14
Bijlage 1	16

1. Inleiding

Wanneer een CRA behandeling wordt toegepast is het van belang dat CRA therapeuten de afzonderlijke CRA componenten zo authentiek mogelijk inzetten.^{1,2} Dit omdat een goede behandelintegriteit doorgaans geassocieerd wordt met betere behandelresultaten.³ Recentelijk is het in het Nederlands vertaalde CRA handboek beschikbaar gekomen voor hulpverleners. Het boek gaat uitgebreid en gedetailleerd in op belangrijke CRA procedures en biedt het vele voorbeelden van praktijkgesprekken die de procedures van deze methodiek illustreren.⁴ Desondanks blijkt sturing in het therapieproces vaak noodzakelijk. Therapeuten hebben doorgaans behoefte aan werkbegeleiding en supervisie om adequate feedback te krijgen op hun handelen. Desalniettemin zijn vele gebruikelijke supervisiemethoden vaak subjectief en geven zij geen helder inzicht wat er vis-à-vis zich afspeelt. Het blijkt dat zelfrapportages over de voortgang van een behandeling (bv. behandelbespreking) zelfs op individueel niveau doorgaans inadequaat en onvolledig zijn.^{5,6,7}

2. Monitoring

Therapeuten krijgen zelden feedback op hun handelen en er vindt in de dagelijkse praktijk nauwelijks correctie van onjuiste diagnoses of van behandel fouten plaats.^{8,9,10} Om een adequate en betrouwbare programma evaluatie te verkrijgen is het monitoren van de therapiekwaliteit, duur en frequentie van groot belang. Doordat het CRA protocol wordt aangepast op de wensen van de individuele patiënt is het van belang om saillante parameters te monitoren, zoals het aantal gemaakte en nagekomen afspraken (frequentie), de therapietijd (duur) en het type behandelonderdelen (inhoud). Om daadwerkelijk zicht te krijgen op de inhoud van de behandeling lijkt een audio/video registratie noodzakelijk (zgn. Digital Session Recordings; DSRs). Deze vorm van ‘monitoring’ geeft een exacte weergave en biedt tal van mogelijkheden om feedback te geven met als doel de therapeutische vaardigheden te verbeteren. Het verkrijgen en verbeteren van vaardigheden is een continue proces. In belangrijke mate hangt de ontwikkeling van de CRA competentie af van de kwaliteit en frequentie van supervisie in termen van duurzame werkbegeleiding en feedback op behandelregistraties.

¹ Sechrest et al., 1979.

² Bear et al., 2007.

³ Garner et al., 2009.

⁴ Meyers & Smith, 1995.

⁵ Meyers & Slesnick, 2002.

⁶ Miller et al., 2006.

⁷ Chevron & Rounsaville, 1983.

⁸ Dawes et al., 1989.

⁹ Garb & Boyle, 2003.

¹⁰ Kihlstrom, 2005.

3. Therapeutverschillen

De literatuur geeft aan dat een van de belangrijkste determinanten van therapiesucces afhangt van de toegekende therapeut.¹¹ Er dient onmiddellijk te worden opgemerkt dat ervaring en opleiding van therapeuten geen garantie geven over de bekwaamheid^{12,13} en dat de (zelf)beschrijving van competenties veelal ontoereikend is.¹⁴ Veel therapeuten overschatten namelijk de accuratesse van hun eigen beroepsoordeel en het succes van hun eigen behandelingen.^{15,16,17} Er is bovendien weinig bewijs dat de meer ervaren therapeuten ook zorgvuldiger zijn dan minder ervaren therapeuten of dat het aantal ervaringsjaren als therapeut positief samenhangt met een beter behandelresultaat.^{18,19,20,21} Voorspellingen op basis van wetenschappelijk verkregen gegevens uit onderzoek zijn vrijwel altijd beter dan die op basis van een klinisch oordeel.^{22,23} Uit diverse studies is naar voren gekomen dat therapeuten – zelfs op dezelfde werklocatie – onderling enorm kunnen verschillen in termen van therapiesucces.^{24,25} Een van de oorzaken is dat sommige therapeuten bijvoorbeeld confronterende technieken gebruiken, in plaats van het tonen van empathie²⁶ en betrokkenheid,²⁷ waardoor het behandel-effect wordt gereduceerd.²⁸ Het zichtbaar maken van verschillen tussen de behandel-effecten van de afzonderlijke therapeuten geeft weer aangrijpingspunten voor het optimaliseren van individueel gerichte supervisie en kwaliteitsborging.

4. CRA procedures

De keuze om specifieke CRA onderdelen te selecteren uit het brede pallet van CRA interventies, kan het best worden omschreven als "procedure gestuurd". Hiermee wordt bedoeld dat de therapeut telkens vaststelt welke "CRA gereedschappen" het meest doelmatig zijn om de patiënt succes te laten hebben. De keuze wordt in samenspraak met de patiënt gemaakt en hangt af van de ingebrachte onderwerpen die "vertaald" dienen te worden naar behandel-doelen. De

¹¹ Najavitis & Weiss, 1994.

¹² Erickson-Pritchard, 1999.

¹³ Berman & Norton, 1985.

¹⁴ Miller et al., 2004.

¹⁵ Arbuthnott et al., 2006.

¹⁶ Garb, 1998.

¹⁷ Wilson, 1996.

¹⁸ Christensen & Jacobson, 1994.

¹⁹ Dawes, Faust & Meehl, 1989.

²⁰ Garb & Boyle, 2003.

²¹ Lambert & Bergin, 1994.

²² Aegisdottir et al., 2006.

²³ Garb & Boyle, 2003.

²⁴ Luborsky et al., 1985.

²⁵ McLellan et al., 1988.

²⁶ Miller & Baca, 1983.

²⁷ Valle, 1981.

²⁸ Miller et al., 1993.

CRA-werkset omvat een reeks van CRA procedures die recentelijk vervat zijn in een Nederlandstalige manual²⁹, zoals: (a) uitleg geven wat de doelstellingen zijn van de behandeling, (b) de functie analyse van middelengebruik of pro-sociaal gedrag; (c) de tevredenheidslijst (TVL); (d) het opmaken van een behandelplan met daarin verankerd de behandeldoelen; (e) sobriety sampling om een periode van abstinentie of mindering van gebruik te realiseren; (f) communicatieve vaardigheden; (g) middelen weigeren; (h) probleemoplossende vaardigheden; (i) arbeidsbegeleiding en toeleiding; (j) pro-sociale en recreatieve tijdsinvulling; (k) terugvalmanagement; (l) monitoring van medicatie-inname; (m) relatietherapie; (n) het geven van huiswerk; (o) en als laatste, het doorspreken en evalueren van huiswerk.

Om CRA integer uit te voeren, is het nodig dat de therapeut de opgesomde CRA procedures uitgebreid heeft bestudeerd en heeft geoefend zodat deze ingepast kunnen worden in de CRA behandeling. Dat betekent dat de afzonderlijke CRA behandelcomponenten zorgvuldig uitgevoerd worden en dat daaraan niet zomaar geheel andere of nieuwe procedures worden toegevoegd. De CRA onderdelen, bijbehorende huiswerkopdrachten en adviezen, behoren zo flexibel mogelijk en telkens 'op maat' aan individuele patiënten en hun omstandigheden te worden aangepast.^{30,31,32,33}

Het blijkt ongegrond te zijn dat een behandeling met een protocollair karakter een ongunstig effect heeft op de kwaliteit van de therapeutische relatie.^{34,35} Bovendien kenmerkt de CRA stijl zich juist door het tonen van warmte, empathie, inzet, flexibiliteit en beheersing van vele methodieken en een actiegericht, structurerende, enthousiasmerende, energieke attitude.³⁶ Kortom, de attitude van de hulpverlener is zeer belangrijk en zal een gunstige bijdrage leveren aan de behandelrelatie. Deze attitude wordt geflankeerd door aan die doelen te werken waaraan de patiënt wil werken; die voor de patiënt een beloning inhouden én een verschuiving van ongewenst gedrag naar gewenst gedrag opleveren. Naast het beoordelen van specifieke CRA onderdelen wordt het effect van deze algemene gespreksvaardigheden ook beluisterd en meegewogen in termen van klinische vaardigheden.

²⁹ Rozen et al., 2012

³⁰ Addis & Cardemil, 2005.

³¹ Eifert et al., 1997.

³² Iwamasa & Orsillo, 1997.

³³ Kendall et al., 1998.

³⁴ Addis & Cardemil, 2005.

³⁵ Keijsers et al., 2004.

³⁶ Meyers & Squires, 2001.

5. CRA Scorehandleiding

Om zicht te krijgen op de behandeluitvoering kan men gebruik maken van checklists³⁷, zoals de CRA Procedure Checklist (zie bijlage 1). Deze checklist is volledig uitgewerkt en opgenomen in de CRA scorehandleiding en beschrijft hoe scores toe te kennen³⁸. Deze werkwijze is specifiek ontwikkeld om de kwaliteit van de behandelrelatie én de behandelintegriteit van afzonderlijke CRA behandelonderdelen te meten. Het meet dus algemene therapeutische vaardigheden en specifieke CRA vaardigheden. Het geeft een beoordelaar (codeerder) de mogelijkheid om vast te leggen welke CRA procedures toegepast zijn, alsmede welke gebruikt hadden kunnen of moeten worden. Na de sessie dient door de therapeut een formulier te worden ingevuld en aan de beoordelaar te worden overhandigd. De supervisor kan de scorehandleiding ook gebruiken wanneer hij/zij DSRs nabespreekt, om na te gaan of de aangegeven procedures ook daadwerkelijk zijn ingezet en of ze op de juiste manier zijn toegepast. De CRA scorehandleiding wordt voorts gebruikt om te bepalen of de gebruikte CRA interventies een afspiegeling vormen van “goed” werk. Dit document wordt gebruikt om richting en feedback te geven bij supervisie en werkbegeleiding. De mate waarin de behandeling wordt uitgevoerd zoals beschreven verwijst naar ‘treatment integrity’. Er kunnen twee verwante constructen worden gedefinieerd: (1) ‘adherence’ verwijst naar het doen wat in het protocol beschreven staat en (2) ‘competence’ de vaardigheden bij het uitvoeren.³⁹ Als men zich onvoldoende of helemaal niet aan het CRA protocol houdt, kan dit een bedreiging vormen voor de interne validiteit van de behandeluitkomsten, omdat veranderingen in het gedrag niet uitsluitend toegeschreven kunnen worden aan de behandeling.^{40,41,42} Om de behandelkwaliteit te kunnen vaststellen zal over een periode die doorgaans 3 tot 6 maanden duurt gemeten moeten worden. In deze periode zal de therapeut een arrangement van [CRA procedures](#) aanbieden voor beoordeling via de webapplicatie [TxIntegrity](#). De metingen kunnen tevens benut worden om vast te stellen of aanvullende training of ondersteuning nodig is. Een overzicht van de CRA procedures en uit welke componenten deze bestaan is bijgevoegd in bijlage 1.

6. Structuur en proces van de CRA werkbegeleidingen (supervisie)

De CRA werkbegeleiding is in de beginfase gericht op het creëren van een open, eerlijke, laagdrempelige en ondersteunende samenwerking. Werkbegeleidingen worden gegeven door gecertificeerde CRA supervisoren. Een supervisie moet de therapeut een klimaat bieden om zich

³⁷ Luborsky et al., 1985.

³⁸ Smith, et al., 2007.

³⁹ Waltz et al., 1993.

⁴⁰ Moncher & Prinz, 1991.

⁴¹ Gresham et al., 2000.

⁴² Arkoosh et al., 2007.

verder te ontwikkelen, te leren en te groeien. Het is tevens reflecteren op de eigen werkstijl. Dit is lastig als de therapeut zich bekeken of benadeeld voelt. Net zoals CRA zelf moet werkbegeleiding/supervisie een positief karakter hebben om zo een positieve samenwerking te bewerkstelligen. De CRA supervisor moet optreden als leraar, vaardighedenontwikkelaar, vraagbaak, vertrouwenspersoon, coach, teamleider en motivator. De supervisor moet beschikken over uitstekende therapeutische vaardigheden alsmede over de capaciteiten om zijn kennis op een ondersteunende en invoelende manier over te brengen. Individuele CRA werkbegeleiding moet idealiter wekelijks plaatsvinden, gedurende één tot anderhalf uur. De werkbegeleider richt zijn aandacht op in hoeverre de therapeut de patiënt centraal stelt, om vervolgens pas inspelen op de wensen van de therapeut. De werkbegeleider dient laagdrempelig te zijn. Dat wil zeggen dat een therapeut in tijden van onzekerheid of een crisis gemakkelijk toegang tot de CRA supervisor moet hebben. Casuïstiekbespreking is een van de instrumenten die de CRA supervisor en de therapeut informatie kan verschaffen op grond waarvan zij kunnen bepalen hoe ze hun supervisietijd het beste kunnen besteden. Andere informatie die behulpzaam kan zijn bij het vaststellen van supervisiebehoeften is de bespreking van DSRs door de CRA supervisor. De therapeut moet de inzet van iedere bijeenkomst bepalen, en ervoor zorgen dat de doelen aan bod komen. De supervisiebijeenkomsten horen gebruikt te worden om te bespreken welke CRA benadering het best past bij specifieke klinische onderwerpen en problemen, of specifieke behandeldoelen en wensen van de patiënt. Verantwoordelijkheden van de CRA supervisor omvatten het nabespreken van de beoordeelde DSRs, het geven van feedback op de behandeling, het oefenen van rollenspelen, het vervullen van een voorbeeldfunctie, het geven van (booster)trainingen, en educatieve instructies. Een goede CRA supervisor moet tijdens de werkbegeleidingen CRA procedures kunnen demonstreren. Voor meer informatie wordt verwezen naar de [richtlijn](#) Werkbegeleiding CRA op werklocaties op de [supervisie](#) pagina van de RMC [website](#).

7. Groepswerkbegeleidingen/supervisie

CRA werkbegeleidingen kunnen zowel individueel als in een groep plaatsvinden. Groepssupervisie is efficiënt omdat bijvoorbeeld alle medewerkers van een behandelteam tegelijkertijd dezelfde informatie krijgen. Een groepssupervisie zal doorgaans met dezelfde frequentie plaatsvinden als een individuele sessie, maar zal – afhankelijk van de groepsgrootte – vaak iets langer duren. De groep kan zorgen voor een gevoel van saamhorigheid, groepscohesie, professionele identiteit, waardering en ondersteuning. De inhoud van een groepsbenadering kan worden ingevuld door bij toerbeurten een registratie van een sessie voor de hele groep af te spelen. In eerste instantie moet een DSR gekozen worden die een voorbeeld vormt van een goede sessie of een onderdeel daarvan zoals bijvoorbeeld een goede functie analyse. Op deze manier kunnen alle therapeuten meeluisteren en van elkaar leren. Aanwezige deelnemers worden geacht om suggesties te doen ten aanzien van verbeteringen.

Onderlinge feedback, onderlinge interactie, rollenspelen, instructie en discussie worden, ongeacht of het casuspresentaties of een DSR betreft, tijdens de werkbegeleiding ingezet. De CRA supervisor wordt geacht, als hij met meerdere therapeuten tegelijkertijd werkt, een meer gestructureerde agenda aan te houden om er zeker van te zijn dat alle agendapunten aan bod komen. Het “supervisie team” moet de wekelijkse bijeenkomsten gebruiken om kennis te vergaren over de vraag hoe ze een betere CRA therapeut kunnen worden en een band op te bouwen met de andere teamleden⁴³.

8. Bespreking van DSRs

De bespreking van DSRs verschaft de CRA supervisor waardevolle informatie. Het draagt bij om de therapeut te trainen en nieuwe procedures aan te leren. Therapeuten voelen zich in eerste instantie wellicht onzeker, maar het nabespreken van zulke DSRs biedt ze een uitgelezen mogelijkheid om hun vaardigheden te verbeteren. Luisteren naar stukjes opname, om dat wat naar voren gekomen is te bespreken, vormt een goede strategie. De CRA supervisor kan vervolgens een procedure aanvullen of demonstreren of de therapeut vragen een procedure in een rollenspel na te spelen, zodat hij/zij de gelegenheid heeft om te leren en een specifieke techniek te verbeteren. Als een CRA supervisor feedback geeft op een registratie of een rollenspel, is het belangrijk om iedere poging van de therapeut aan te moedigen en om veel aandacht te besteden aan datgene wat goed gaat. Het is namelijk aangetoond dat het gedrag van therapeuten sterk beïnvloedbaar is door positieve bekrachtiging toe te passen.⁴⁴ Kennelijk is het aanleren van nieuwe vaardigheden en het gebruik ervan op de werkplek motivationeel van aard. De supervisor wordt geacht de therapeut te attenderen op de juiste CRA procedures die toegepast zijn en de mate van effectiviteit van elk van deze procedures te bespreken. Het is evenzeer van belang om procedures die over het hoofd gezien zijn te bespreken, evenals technieken die juist gebruikt hadden moeten worden in het gesprek met de patiënt. CRA supervisors moeten extra bedacht zijn op algemene problemen die een therapeut kan ervaren bij het implementeren van de CRA behandeling:

- het zicht verliezen op de bekrachtigers;
- nalaten een belangrijke ander bij de behandeling te betrekken;
- het niet onderkennen van het belang van een bevredigende sociale omgeving/vrijtijdsbesteding;
- het niet benadrukken van de noodzaak om deel te nemen aan betekenisvolle activiteiten (school, werk, gezin, familie, sociaal netwerk);
- onvoldoende attent zijn op ‘triggers’ die te maken hebben met gebruik;

⁴³ Zie ook notitie Richtlijn Werkbegeleidingen CRA op werklocaties.

⁴⁴ Andrzejewski et al., 2001.

- het niet definiëren van positieve bekrachtigers (motivatie).

9. Oefenen in rollenspelen

Gedurende de CRA werkbegeleiding is het belangrijk niet alleen over rollenspelen te praten maar ze ook te oefenen. Rollenspelen geven de therapeut de gelegenheid om procedures te oefenen in de veiligheid van een leersituatie en geven de supervisor de gelegenheid om feedback te geven op de uitvoering ervan. Net zoals patiënten kunnen therapeuten zich in dergelijke situaties zich ongemakkelijk voelen. Het is noodzakelijk dat de supervisor aangeeft dat hij/zij geen perfectie verwacht, maar slechts het gewenste gedrag ondersteunt en aanmoedigt. De supervisor kan de therapeut complimenteren voor elke inspanning. De CRA supervisor is een coach en een motivator, niet iemand die zich negatief opstelt. De supervisor behoort het voorbeeld te kunnen geven van een positieve benadering.

10. Boostertrainingen

Gezien de beperkingen van eenmalige workshops, ter ondersteuning van de training en het op peil houden van CRA therapievaardigheden,^{45,46} wordt, naast het deelnemen aan CRA werkbegeleidingen, deelname aan boostertrainingen sterk aanbevolen. Het regelmatig trainen en het bijsturen van hulpverleners lijkt belangrijk om de behandelintegriteit te waarborgen. Vandaar dat ook een geregelde supervisie of werkbegeleiding onmisbaar is om de opgebouwde CRA kennis te borgen.^{47,48,49} Uit onderzoek blijkt dan ook dat dan de behandeluitkomsten verbeteren.^{50,51} Daarnaast kan worden opgemerkt dat de rol van objectieve feedback van de progressie die patiënten in de loop van de behandeling boeken, belangrijk lijkt te zijn. Uit onderzoek is gebleken dat therapeuten die deze vorm van feedback kregen tweemaal zo effectief waren in hun behandeluitkomsten dan therapeuten die deze feedback niet kregen.⁵² CRA biedt de mogelijkheid om aan de hand van bijvoorbeeld de CRA tevredenheidslijst (TVL) de progressie van de patiënt te volgen.

⁴⁵ Miller et al., 2006.

⁴⁶ Najavits et al., 2000.

⁴⁷ Backer et al., 1986.

⁴⁸ McCarty et al., 2004.

⁴⁹ Simpson, 2002.

⁵⁰ C.f. Devilly & Spence, 1999.

⁵¹ C.f. Sterling-Turner & Watson, 2002.

⁵² Lambert et al., 2001

11. Opleidingsstructuur

De opleidingsstructuur is weergegeven op de [supervisie pagina](#) en omvat een aantal stappen:

1. In de eerste stap wordt deelgenomen aan een 2½ -daagse CRA workshop (16 uur). RMC verzorgt deze trainingen. Zie hiertoe de [workshops](#) en de bijbehorende subpagina's. In deze workshop wordt de CRA theorie, de wetenschappelijke evidentie, alsmede de belangrijkste behandelonderdelen behandeld en geoefend door middel van simulaties. Het CRA handboek⁵³ en het boek Klinische procedures⁵⁴ dienen als ondersteuning en naslagwerk. Deelnemers kunnen vervolgens de CRA procedures in de praktijk gaan toepassen.
2. Om de volgende stap te maken in de opleidingshiërarchie dient men DSRs aan te bieden via de webapplicatie [TxIntegrity](#). Via deze internet applicatie worden de DSRs aangeboden en beoordeeld. Een codeerder is een onafhankelijke CRA therapeut/supervisor die gesprekken beoordeeld aan de hand van de CRA scorehandleiding. Codeerders zijn hiervoor specifiek door RMC opgeleid en hebben een associatie met RMC. Het onderwerp van de DSR wordt – in eerste instantie – zelf geselecteerd door de therapeut, die ook zelf het CRA arrangement aan behandelonderdelen vaststelt⁵⁵. Tevens vult de therapeut zelf een checklist in om de gebruikte procedures aan te kruisen. Deze procedures zullen door de codeerder worden beoordeeld. Als (idealiter) alle behandelonderdelen adequaat worden uitgevoerd, zullen er per individuele therapeut ongeveer 6-8 DSRs nodig zijn om te voldoen aan de eisen om gecertificeerd te worden als CRA therapeut/codeerder. Gebruikelijk vindt de certificering in een tijdsbestek van 3-6 maanden plaats.
3. De derde stap omvat het acteren als een CRA supervisor. Supervisoren werken vanuit RMC of er is een sublicentie door RMC afgeven aan de desbetreffende instelling, waardoor deze eigen opgeleide medewerkers kunnen acteren als CRA supervisor. Gewoonlijk bestaan de supervisiegesprekken uit een mix van individuele gesprekken met een therapeut en groepen. Uiteindelijk dienen tenminste 4 registraties (aan de hand van DSRs) als voldoende te worden beoordeeld om gecertificeerd te worden als supervisor. Beoordelingscriteria behelzen: a) bekrachtiging wanneer CRA procedures adequaat worden toegepast, b) constructieve en opbouwende feedback om CRA technieken te verbeteren, c) het toepassen van de CRA-filosofie tijdens de supervisie, en d) het gebruik maken van rollenspelen tijdens de supervisie. Om voldoende ondersteuning te bieden zullen er geregeld bijeenkomsten worden georganiseerd met de supervisor(en) om ook hen te coachen. De supervisor wordt geacht om op werklocaties

⁵³ Meyers R.J. & Smith J.E. (2008). Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving: Community Reinforcement Approach. Bohn Stafleu van Loghum [Dutch].

⁵⁴ Roozen H.G., Meyers R.J. & Smith J.E. (2012). Community Reinforcement Approach: klinische procedures voor de behandeling van alcohol- en drugverslaving. Bohn Stafleu van Loghum [Dutch]

⁵⁵ Zie hiertoe www.communityreinforcement.com

supervisie/werkbegeleiding te verzorgen en daarnaast bespreekt hij/zij (beoordeelde) DSRs na met de therapeut of in de groep. Goed beoordeelde DSRs kunnen worden ingezet als voorbeeld om specifieke procedures nog eens te laten beluisteren/herbeoordelen door andere therapeuten. De supervisor dient idealiter betrokken te zijn bij de CRA training om de deelnemer(s) al te leren kennen die door hem/haar supervisie/werkbegeleiding gaan ontvangen. Daarnaast worden supervisors geacht om zelf geregeld DSRs te beoordelen. Om aan deze eis te voldoen acteren supervisors ook als codeerder. DSRs worden in het kader van de opleiding tot CRA supervisor tevens door een andere onafhankelijke codeerder/supervisor beoordeeld om vervolgens de zogenaamde 'inter-beoordelaars betrouwbaarheid' vast te stellen. Er dient een overeenstemming te zijn van tenminste 80% per DSR. In totaal dienen er minimaal 5 DSRs te worden ingeleverd voor dit onderdeel.

4. In de laatste stap wordt de supervisor tevens een expert in het geven van CRA trainingen. In eerste instantie volgen zij in samenspraak met RMC een aantal CRA trainingen om vervolgens onderdelen zelf te presenteren. Deze trainingen kunnen in binnen- en buitenland plaatsvinden. Nadere informatie omtrent deze certificering en het doen van zelfstandige trainingen in eigen instelling (sublicentie) volgt in 2014.

12. Tot besluit

Naarmate het CRA proces vordert, worden clinici steeds vaardiger in het uitvoeren van CRA procedures en wanneer welke CRA onderdelen in te zetten in de behandeling. Het gevoel voor de juiste timing ontwikkelt zich ook, naarmate het onderscheidingsvermogen en de competenties groter worden. Wanneer de afzonderlijke CRA technieken eenmaal worden beheerst zijn nabesprekingen van DSRs en casus conceptualisaties cruciaal om behulpzaam te zijn bij de timing van de procedures. Enkele van de permanente taken van bijvoorbeeld supervisors zijn het trainen in het conceptualiseren van casuïstiek, het nemen van behandelbeslissingen en het bepalen van de timing van de procedures. Met nabesprekingen gedurende het supervisieproces van DSRs, casus conceptualisaties, andere (assessment) instrumenten, wordt voorzien in een heldere methodiek voor het meten en verbeteren van de competenties van de therapeut en het behandelresultaat. Naast de beoogde effectieve zorg, heeft CRA een belangrijk voordeel in het transparant en eenduidig werken. Toch zijn er helaas hulpverleners die blijven vasthouden aan de hun bekende behandelpraktijk, alhoewel er over het algemeen een ruime meerderheid aan hulpverleners is die wel openstaat voor nieuwe en betere behandelmethodieken.^{56,57,58} Wetenschappelijk onderzoek heeft voorts aangetoond dat als de organisatie buiten beschouwing

⁵⁶ Erickson-Pritchard, 1999.

⁵⁷ Forman et al., 2001.

⁵⁸ McGovern et al., 2004.

blijft, de implementatie negatief wordt beïnvloed.^{59,60,61} Het wordt aanbevolen om teamleiders en managers zoveel mogelijk bij de opleidingen te betrekken en eventueel deel te laten nemen aan onderdelen van trainingen en supervisie. Dit om hen inzage en betrokkenheid te geven in de bijbehorende processen.

⁵⁹ Martin et al., 1998.

⁶⁰ Simpson, 2002.

⁶¹ Stirman et al., 2004.

Referenties

- Addis, M.E., & Cardemil, E.V. (2005). Does manualization improve therapy outcomes? In J.C. Norcross, L.E. Beutler, & R.F. Levant (red), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 131-140).
- Aegisdottir, S., White, M.J., Spengler, P.M., Maugherman, A.S., Anderson, L.A., Cook, R.S., Nichols, C.N., Lampropoulos, G.K., Walker, B.S., Cohen, G., Rush, en J.D. (2006). The Meta-Analysis of Clinical Judgement Project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist*, 34, 341-382.
- Andrzejewski, M. E., Kirby, K. C., Morral, A. R., & Iguchi, M. Y. (2001). Technology transfer through performance management: The effects of graphical feedback and positive reinforcement on drug treatment counselors' behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 179–186.
- Arbuthnott, K.D., Arbuthnott, D.W., & Thompson, V.A. (2006). *The mind in therapy: Cognitive science for practice*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Arkoosh, M. K., Derby, K. M., Wacker, D. P., Berg, W., McLaughlin, T. F., & Barretto, A. (2007). A descriptive evaluation of long-term treatment integrity. *Behavior Modification*, 31, 880–895.
- Backer TE, Liberman RP, Kuehnel TG. (1986). Dissemination and adoption of innovative psychosocial interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 111-118.
- Baer, J. S., Ball, S. A., Campbell, B. K., Miele, G. M., Schoener, E. P., & Tracy, K. (2007). Training and fidelity monitoring of behavioral interventions in multi-site addictions research. *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 107-118.
- Berman, J. S., & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin* , 98, 401–407.
- Chevron, E.S. & Rounsaville, B.J. (1983). Evaluating the Clinical Skills of Psychotherapists: A Comparison of Techniques *Arch Gen Psychiatry* 40(10): 1129 - 1132.
- Christensen, A., & Jacobson, N.S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological Science*, 5, 8-14.
- Dawes, R.M., Faust, D., & Meehl, P.E. (1989). Clinical versus actuarial judgement. *Science*, 243, 1668-1674.
- Devilley, G. J., & Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavioral trauma treatment protocol in the amelioration of post traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.
- Eifert, G.H., Schulte, D., Zvolensky, M.J., Lejuez, C.W., & Lau, A.W. (1997). Manualized behavior therapy: Merits and challenges. *Behavior Therapy*, 28, 499-509.
- Erickson-Pritchard, H. (1999). Models and modalities: Diffusion of ideas in alcohol and drug abuse treatment. Unpublished master's thesis. University of New Mexico, Albuquerque.
- Forman, R. F., Bovasso, G., & Woody, G. (2001). Staff beliefs about addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 1–9.
- Garb, H.N. (1998). *Studying the clinician: Judgement research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Garb, H.N., & Boyle, P.A. (2003). Understanding why some clinicians use pseudoscientific methods: Findings from research on clinical judgement. In S.O. Lilieneld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 17-38). New York: Guilford Press.
- Garner, B. R., Godley, S. H., Funk, R. R., Dennis, M. L., Smith, J. E., & Godley, M. D. (2009). Exposure to A-CRA treatment procedures as a mediator of the relationship between adolescent substance abuse treatment retention and outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 252-264.
- Gresham, F. M., Macmillan, D. L., Beebe-Frankenberger, M. E., & Bocian, K. M. (2000). Treatment integrity in learning disabilities intervention research: Do we really know how treatments are implemented? *Learning Disabilities Research & Practice*, 15, 198-205.
- Iwamasa, G.Y., & Orsillo, S.M. (1997). Individualizing treatment manuals as a challenge for the next generation. *Behavior Therapy*, 28, 511-515.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (2004). Protocollaire behandelingen in de ambulante GGZ. In G.P.J. Keijsers, A. Van Minnen & C.A.L. Hoogduin (Eds.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deel 1 (2^e herz. druk)* (pp. 1-31). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kendall, P.C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 177-198.
- Kihlstrom, J.F. (2005). Scientific research. In J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (Eds), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 23-31, 43-45). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4e druk, pp. 143-189). New York: Wiley.
- Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42:602-611.
- Martin, G. W., Herie, M. A., Turner, B. J., & Cunningham, J. A. (1998). A social marketing model for disseminating research-based treatments to addictions treatment providers. *Addiction*, 93, 1703– 1715.
- McCarty, D., Rieckmann, T., Green, C., Gallon, S., & Knudsen, J. (2004). Training rural practitioners to use buprenorphine: Using the Change Book to facilitate technology transfer. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 203– 208.
- McGovern, M. P., Fox, T. S., Xie, H., & Drake, R. E. (2004). A survey of clinical practices and readiness to adopt evidence-based practices: Dissemination research in an addiction treatment system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 305– 312.
- McLellan, A.T., Woody, G.E., Luborsky, L, and Goehl, L. (1988). Is the counselor an 'active ingredient' in substance abuse rehabilitation? An examination of treatment success among four counselors," *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176: 423-430, 1988.
- Meyers, R.J. & Slesnick, N. (2002). Establishing and Maintaining Empirically Based Alcohol Treatment in Community Programs. In (Eds.)
- Miller, W. R., & Weisner, C. (2002). *Changing Substance Abuse Through Health and Social Systems*. New York: Kluwer/Plenum.
- Meyers, R.J. & Smith, J.E. (2008). *Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving: de Community Reinforcement Approach*. Nederlandse bewerking door P. Greeven, L. De Fuentes-Merillas, & H. Roozen. Utrecht: Bohn Stafleu & van Loghum.
- Meyers, R.J., & Squires, D.D. (2001). *The Community Reinforcement Approach*, (Available from the Behavioral Health Recovery Management Project c/o Fayette Companies, P.O. Box 1346, Peoria, IL 61654-1346; or at <http://www.bhrm.org>).
- Miller, W. R., & Baca, L. M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441 – 448.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455–461.
- Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J. A., & Brigham, G. S. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25–39.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050-1062.
- Moncher, F. G., & Prinz, R. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 11, 247-266.
- Najavits, L.M., Crits-Christoph, P., & Dierberger, A.(2000). Clinicians' impact on the quality of substance use disorder treatment. *Substance Use and Misuse*. 35(1214): 2161–2190.
- Najavits, L.M., & Weiss, R.D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction*. 89: 679-688.
- Roozen, H.G., Meyers, R.J., Smith, J.E. (2012) *Community Reinforcement Approach: Klinische procedures voor de behandeling van alcohol- en drugverslaving*. Bohn Stafleu van Loghum: Houten [Dutch].
- Sechrest, L., West, S. G., Phillips, M. A., Redner, R., & Yeaton, W. (1979). Introduction. Some neglected problems in evaluation research: Strength and integrity of treatments. *Evaluation Review Studies Annual*, 4, 15-38.
- Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 171– 182.
- Smith, J.E., Lundy, S.L., & Gianini, L. (2007). *Community Reinforcement Approach (CRA) en Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) Scorehandleiding voor Codeerders*. University of New Mexico, Albuquerque, NM. Delft, RMC [Dutch]
- Sterling-Turner, H.E., & Watson, T.S (2002). An Analog Investigation of the Relationship Between Treatment Acceptability and Treatment Integrity. *Journal of Behavioral Education*, 11(1), 39-50.
- Stirman, S. W., Crits-Christoph, P., & DeRubeis, R. J. (2004). Achieving successful dissemination of empirically supported psychotherapies: A synthesis of dissemination theory. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 343– 359.
- Valle, S.K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 783-790.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobsen, N. S. (1993). Testing the integrity of psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- Wilson, G.T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour, Research and Therapy*, 34, 295-314.

Bijlage 1

CRA Procedurechecklist

Hulpverlener:	Beoordelaar:	Datum:	Patiënt:	Sessie nr./datum:
1	2	3	4	5

onvoldoende	kan beter	goed	zeer goed	uitmuntend

Overzicht van CRA

1. ____ Gaf uitlef over de algemene doelstelling (ontwikkelen van een gezond en bekrachtigend leefpatroon)
2. ____ Nam een aantal procedures door (Communicatievaardigheden, Probleemoplossing)
3. ____ Stelde positieve verwachtingen vast (beschreef de wetenschappelijke basis)
4. ____ Omschreef de duur van de behandeling (tijdsgebonden)
5. ____ Begon met het identificeren van bekrachtigers

Functieanalyse van Gebruiksgedrag

6. ____ Gaf rationale
7. ____ Begon door een beschrijving te vragen van een alledaags/representatief incident/gedrag
8. ____ Nam triggers door (interne/externe)
9. ____ Stelde het gebruiksgedrag vast
10. ____ Zette positieve/negatieve consequenties van gedrag uiteen
11. ____ Gaf voorbeelden van de wijze waarop informatie wordt gebruikt (samenvatting en behandelopties)

Functieanalyse van Prosociaal Gedrag

12. ____ Gaf rationale
13. ____ Begon door een beschrijving te vragen van een alledaags/representatief prosociaal gedrag
14. ____ Nam triggers door (interne/externe)
15. ____ Stelde het prosociaal gedrag vast
16. ____ Zette positieve/negatieve consequenties van de activiteit uiteen
17. ____ Gaf voorbeelden van de wijze waarop informatie wordt gebruikt (samenvatting en behandelopties)

Tevredenheidslijst (TVL)

18. ____ Gaf rationale
19. ____ Gaf instructies hoe in te vullen
20. ____ Besprak enkele scores

Behandeldoelen/Behandelplan

21. ____ Selecteerde een leefgebied m.b.v. de Tevredenheidslijst
22. ____ Stelde een doel op m.b.v. de richtlijnen (kort, positief geformuleerd, en specifiek/meetbaar)
23. ____ Controleerde de voortgang van de doelen

Uitbreiden van prosociaal/recreatief gedrag

24. ____ Besprak het belang van een bevredigend sociaal/recreatief leven
25. ____ Identificeerde haalbare activiteit (bv. via Probleemoplossing. F.A. Prosociaal Gedrag, Plezierige Activiteiten Lijst)
26. ____ Maakte een gedetailleerd plan voor het 'samplen' van de plezierige activiteit

Sociaal Netwerk (Cirkel diagram)

- 26a ___ ___ Gaf introductie om het sociale netwerk in kaart te brengen m.b.v. cirkeldiagram
- 26b ___ ___ Verschillende individuen werden besproken (assessment)
- 26c ___ ___ Vanuit cirkeldiagram werd tenminste een persoon geselecteerd en werd plan bedacht om contact te verbeteren
- 26d ___ ___ Maakte een gedetailleerd plan voor het 'samplen' van de sociale opdracht

Systematisch Aanmoedigen

- 27 ___ ___ Identificeerde behoeftes en liet patiënt tijdens sessie eerste stap zetten (bv. contactpersoon opzoeken, bellen)
- 28 ___ ___ Besprak de ervaring tijdens de navolgende sessie

Vaardigheden voor het weigeren van middelen (slechts 2 van de 3 genoemde subprocedures zijn nodig)

- 29 ___ ___ Bracht sociaal netwerk in kaart (sociale steun ontwikkelen)
- 30 ___ ___ Nam hoge risicosituaties door
- 31 ___ ___ Besprak mogelijkheden voor het assertief weigeren van middelen (bv. van onderwerp veranderd)
- 32 ___ ___ Voerde rollenspellen uit (hield het kort, bekrachtigde, gaf specifieke feedback, herhaalde)

Terugvalmanagement (slechts 2 van de 3 genoemde subprocedures zijn nodig)

- 33 ___ ___ Deed een Functieanalyse voor Terugval
- 34 ___ ___ Besprak de gedragsketen en bedacht alternatieve reacties
- 35 ___ ___ Besprak het Vroegtijdig Waarschuwingssysteem en zette het op

Sobriety Sampling

- 36 ___ ___ Gaf een rationale voor Sobriety Sampling (bv. promoot andere copingstrategieën)
- 37 ___ ___ Onderhandelde over een redelijke en haalbare periode van abstinentie/verandering van middelengebruik
- 38 ___ ___ Maakte een specifiek plan om ten minste tot de volgende sessie de afgesproken doelstelling te realiseren
- 39 ___ ___ Stelde tevens een back-up plan op
- 40 ___ ___ Herinnerde de patiënt aan bekrachtigers voor abstinentie/verandering van middelengebruik

Communicatievaardigheden

- 41 ___ ___ Besprak het belang van positieve communicatie
- 42 ___ ___ Beschreef de zeven elementen van positieve communicatie (of een geschikte subset)
- 43 ___ ___ Gaf voorbeelden van goede communicatie/gesprekken
- 44 ___ ___ Deed een rollenspel (bekrachtigde, gaf specifieke feedback, herhaalde)
- 45 ___ ___ Deed een omgekeerd rollenspel

Probleemoplossende Vaardigheden

- 46 ___ ___ Beschreef/besprak de procedurestappen
- 47 ___ ___ Voerde de CRA-procedure Probleemoplossing uit (bv. probleemdefinitie, brainstormen)

Medicatierouw en Monitoring

- 47a ___ ___ Besprak voordelen (baat bij de behandeling, bereiken van doelen) en nadelen (bijwerkingen) van de medicatie
- 47b ___ ___ Koos een monitor en speelde een rollenspel over hoe die te benaderen
- 47c ___ ___ Stelde een monitoringprocedure op
- 47d ___ ___ Oefende met de toediening van de medicatie

Relatietherapie voor koppels

- 57a1____ *Gaf introductie en rationale CRA relatietherapie*
- 57a2____ Voerde procedure Drie Positieve Dingen uit (idem als #53, maar vervang 'ouder/verzorger' door 'partner')
- 57b____ Reikte Relatietevredenheidslijst (R-TvL) voor koppels uit (gemiddelde van #18-#20, zie scorehandleiding)
- 57c____ Gebruikte de R-TvL om doelcategorieën te selecteren (voor formulier 'Een Ideale Relatie')
- 57d____ Voerde de procedure Communicatievaardigheden binnen een relatie uit (gemiddelde van #41-#44)
- 57e1____ *Paste een onderhandelingsprocedure toe*
- 57e2____ Stelde doelen volgens de richtlijnen en noteerde ze op formulier 'Relatie behandeldoelen'
- 57f____ Voerde procedure Probleemoplossende Vaardigheden uit (gemiddelde van #46-#47)
- 57g____ Legde registratieformulier 'Om dagelijks aardig te zijn' uit en gaf het mee als huiswerk

Huiswerk

- 58____ Gaf huiswerk op (specifiek, anticipeerde op mogelijke obstakels)
- 59____ Besprak huiswerk (bekeek resultaat, paste plan zo nodig aan, bekrachtigde de inzet)

Algemeen

- 60____ Algemeen: Hield zich aan het CRA-protocol (qua filosofie en doelstellingen)
- 61____ Algemeen: Introduceerde CRA-procedures op passende momenten

Algemeen Klinische Vaardigheden

- 74____ Warm en begripvol
- 75____ Niet-veroordelend
- 76____ Bewaakte de focus van de sessie
- 77____ Voldoende actief