

ZORGSTANDAARD

Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving

Oktober 2017

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ
Helling 12
3523 CC UTRECHT
030 737 04 70
secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl



Kwaliteits-
ontwikkeling
GGZ

Netwerk voor goede zorg

Inhoudsopgave

1	Visie op zorg: Gezondheid als perspectief	3
2	Inleiding zorgstandaard	5
2.1	Zorgstandaard, generieke module, richtlijn	5
2.2	Participatie van patiënten en naasten	6
2.3	Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules	6
2.4	Betrokken organisaties	6
2.5	Uitgangspunten	7
2.6	Leeswijzer	7
3	Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving	9
3.1	Inleiding	9
3.1.1	Wat is problematisch alcoholgebruik?	9
3.1.2	Wat is een alcoholverslaving?	10
3.1.3	Hoe vaak komen alcoholproblemen voor?	11
3.1.4	Comorbiditeit	11
3.1.5	Maatschappelijke gevolgen	12
3.2	Doelstelling	12
3.3	Doelgroep	12
4	Zorg rondom problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving	13
4.1	Inleiding	13
4.2	Vroege onderkenning en preventie	14
4.2.1	Vroege herkenning	15
4.2.2	Geïndiceerde preventie	16
4.3	Diagnostiek en monitoring	16
4.3.1	Diagnostiek	17
4.3.2	Onderscheid	21
4.3.3	Monitoring	21
5	Individueel zorgplan en behandeling	23
5.1	Zelfmanagement	23
5.2	Behandeling en begeleiding	25
5.2.1	Psycho-educatie	27
5.2.2	Eerste stap interventies	28
5.2.3	Psychosociale behandeling	29
5.2.4	Psychologische en psychotherapeutische behandeling	30
5.2.5	Medicamenteuze behandeling	32
5.2.6	Combinatiebehandeling	33
5.2.7	Biologische behandeling	34
5.2.8	Vaktherapieën	34
5.2.9	Complementaire en aanvullende behandelwijzen	34



6	Herstel, participatie & re-integratie	35
6.1	Herstel	35
6.1.1	Wat is herstel?	35
6.1.2	Herstelondersteunende zorg bij verslaving	35
6.1.3	Herstelondersteunende interventies	36
6.2	Participatie	36
6.2.1	Verbetering van de leefsituatie	37
6.2.2	Methoden om participatie te bevorderen	38
6.2.3	Inzet ervaringsdeskundigheid	38
6.3	Re-integratie	38
6.3.1	Re-integratie naar arbeid	38
6.3.2	Stigma	38
7	Generieke modules	40
7.1	Generieke module Drang en dwang	40
7.2	Generieke module Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (LVB)	41
8	Organisatie van zorg	43
8.1	Zorgstandaardafhankelijke aspecten	43
8.1.1	Echelonnering en gepast gebruik	43
8.1.2	Regiebehandelaar	45
8.1.3	Overdracht en consultatie	45
8.1.4	Informatie-uitwisseling	45
8.1.5	Toegankelijkheid	46
8.1.6	Keuzevrijheid	46
8.1.7	Onafhankelijke patiëntondersteuning	46
8.1.8	Privacy	47
8.2	Zorgstandaardafhankelijke aspecten	47
8.2.1	Regie binnen de zorg	47
8.2.2	Samenwerking binnen de zorgketen	49
8.2.3	Samenwerking met andere domeinen	50
8.2.4	Benodigde competenties	52
8.3	Kwaliteitsbeleid	53
8.3.1	Kwaliteitsstatuut	53
8.3.2	Deskundigheidsbevordering	54
8.4	Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	54
8.5	Financiering	55
9	Kwaliteitsindicatoren	57
9.1	Uitkomstindicatoren	57
9.2	Procesindicatoren	57
9.3	Structuurindicatoren	57

1 Visie op zorg: Gezondheid als perspectief

Psychische problemen kunnen enorm ontwrichtend zijn. Mensen die hiermee worden geconfronteerd, weten dat als geen ander. Wanneer zij in al hun kwetsbaarheid een beroep doen op professionele hulp, moeten zij kunnen rekenen op de grootst mogelijke deskundigheid van beroepsbeoefenaren. Om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) verder te verbeteren, zijn beroepsbeoefenaren, patiënten en hun naaste(n) op zoek gegaan naar interventies en zorg- en organisatievormen, waarvan vanuit wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis vaststaat dat ze het meest effectief en het minst belastend zijn. In de zorgstandaarden en generieke modules beschrijven we met elkaar kwalitatieve goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Dit is zorg die op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig, in goede samenhang en rondom de patiënt en zijn naaste(n) wordt verleend.

Inzet op gezondheid: niet persé een doel op zich

In de zorg ligt de focus op gezondheid. Op herstel van het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven¹. Het herwinnen van fysiek en geestelijk welzijn is niet persé een doel op zich, maar een middel om een volwaardig en zinvol leven te leiden. Vanuit dit perspectief draagt de ggz bij aan herstel, ontwikkeling en meer kwaliteit van leven. Aansluitend bij de eigen kracht van patiënten en bij de onmisbare steun van hun naaste(n). Eigen regie, zelfmanagement en gelijkwaardig contact zijn hierbij essentieel. Uiteraard zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. Soms zal de regie tijdelijk door anderen overgenomen moeten worden. Professionals zullen samen met patiënten en naasten een evenwicht moeten vinden tussen hun draaglast en draagkracht om de meest passende weg richting herstel en ontwikkeling te vinden.

Professionele nabijheid betekent werkelijk contact

Wie aangewezen is op zorg krijgt te maken met professionals. Goede diagnostiek gaat over het persoonlijk verhaal van een patiënt, over zijn of haar leven, met alle kwetsbaarheden en weerbaarheden die daarbij horen. Wat is je probleem? En hoe kan je daarbij het beste geholpen worden? De patiënt blijft aan het roer van zijn eigen leven staan, terwijl samen met de professional wordt gezocht naar antwoorden. Zorgstandaarden geven sturing aan alle onderdelen van het zorgproces - van diagnose en indicatie, tot zorgtoewijzing en uitvoering. Maar deze standaarden 'vangen' niet alles. Neem bijvoorbeeld de continuïteit van zorg en zorgverlener; die is essentieel maar komt in de standaarden niet vanzelfsprekend naar voren. Hetzelfde geldt voor het contact en de match met een professional. Werkelijk contact maakt een relatie wederkerig en gelijkwaardig. Niet voor niets is de 'klik' tussen de zorgverlener en de patiënt en hun naaste(n) een van de meest genoemde kwaliteitseisen. Dat blijkt ook uit onderzoek. Veel patiënten en naasten zien de 'klik' als hét meest werkzame ingrediënt van de behandeling. Zij vragen van professionals dat zij er voor hen zijn, dat zij oog hebben voor hun leefwereld en voor wat er voor hen op het spel staat. Dit vergt geen professionele distantie, maar verdere verankering van professionele nabijheid in de ggz.

Gepast gebruik van labels

Mensen hebben allemaal hun persoonlijke geschiedenis. Iedereen functioneert in zijn of haar eigen sociale omgeving op basis van eigen kracht. Onze identiteit ontleen we daarbij aan wie wij zijn - niet aan klachten die we hebben. Daarom is het van belang om in de ggz gepast gebruik te maken van diagnostische labels.

Daarnaast dient er nadrukkelijk ruimte te zijn voor verschillende verklaringsmodellen over oorzaak, beloop, veerkracht en herstel van disbalans. Een belangrijke oproep in de zorgstandaarden luidt dan ook: staar je niet blind op diagnostische labels, maar houd altijd oog voor de mensen om wie het gaat.

Patiënten zijn het meest geholpen bij eigen keuzes maken

Bij verdergaande langdurige, intensieve en eventueel verplichte zorg blijven de principes van mens-, herstel- en ontwikkelingsgerichte zorg onverminderd van kracht. Behandeling en ondersteuning moet altijd beschikbaar zijn om de patiënt zoveel als mogelijk zijn leven naar eigen inzicht in te richten. Dit is een toepassing van het principe van gepast gebruik. Niet met de intentie autonomie af te nemen, maar juist gericht op het vergroten van zelfstandigheid zodra dat kan. Een en ander vergt voortdurend passen en meten, luisteren en doorvragen. Want ook in de zwaarste tijden zijn mensen er het meest mee geholpen wanneer zij zelf keuzes kunnen maken. In slechts enkele gevallen is dit door de omstandigheden niet of heel beperkt mogelijk. Dan moet worden uitgeweken naar een uitzonderingsscenario. Het overnemen van keuzes kan in deze gevallen als 'verantwoorde zorgzaamheid' gezien worden.

Samenwerken aan zorg en herstel

Over het functioneren van de menselijke psyche is veel bekend maar nog veel meer onbekend. Daarom hebben we alle beschikbare kennis vanuit de wetenschap, praktijk en de eigen ervaring van patiënten en naasten nodig om stappen vooruit te zetten om kwaliteitsverbetering in de ggz te kunnen realiseren.

Ook is het van groot belang dat de nu ontwikkelde zorgstandaarden door een breed scala van ggz-professionals gebruikt gaan worden, zowel in huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basis-ggz, gespecialiseerde ggz (en topzorg). Alle betrokkenen dienen zich hierbij te realiseren dat er via gezamenlijke besluitvorming altijd meerdere opties zijn bij herstel van psychische ziekten. Uiteindelijk is het aan patiënten om eventueel in overleg met hun naasten en zorgverleners te bepalen of en hoe het aanbod past in hun eigen leven en levensweg. De zorgstandaarden geven hierbij mogelijke richtingen aan (en dit geldt voor 80 procent van de patiënten), maar ze bieden ook de ruimte om op individueel niveau af te wijken, mits goed beargumenteerd en in overleg.

En natuurlijk helpt het als patiënten en hun naasten zich informeren over deze standaarden, zodat zij weten wat de ggz te bieden heeft en wat de voor- en nadelen van verschillende opties zijn. zorgstandaarden zijn er dus niet alleen voor professionals, maar evenzeer voor patiënten en hun naasten.² Daarom zal alle informatie uit de standaarden voor hen concreet, toegankelijk en herkenbaar beschikbaar komen en digitaal ontsloten worden.

2 Inleiding zorgstandaard

2.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn

Zorgstandaard

Een zorgstandaard beschrijft in algemene termen vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg is voor mensen met een bepaalde psychische aandoening gedurende het complete zorgcontinuüm, de patient journey. Een zorgstandaard geeft de (landelijke) norm waaraan multidisciplinaire, integrale zorg bij psychische aandoeningen moet voldoen. Daarbij staat in de zorgstandaard wat de patiënt kan verwachten, niet alleen op het gebied van medicatie en behandeling, maar ook met aandacht voor participatie, de omgeving en de organisatie van zorg.

Generieke module

Waar een zorgstandaard één specifieke psychische aandoening behandelt, worden in een generieke module zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschreven die voor meerdere psychische aandoeningen relevant zijn. Denk bijvoorbeeld aan onderwerpen als zelfmanagement, ondersteuning van naasten, dagbesteding en arbeidsparticipatie. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Richtlijnen

Richtlijnen zijn aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Ze berusten op wetenschappelijk onderzoek en zijn aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Richtlijnen maken deel uit van de professionele standaard, bevatten normatieve uitspraken en hebben mede daardoor een juridische betekenis.

Kwaliteitsstandaarden

Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'. Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt.

Zorgstandaard Problematische alcoholgebruik en alcoholverslaving

Mensen met alcoholproblemen kunnen proberen om deze te verminderen en hun kwaliteit van leven te verbeteren. Zo nodig kunnen zij hulp krijgen van de huisarts, zelfhulporganisaties, verslavingszorg en ggz. Deze zorgstandaard beschrijft hoe in de regel de zorgvraag van mensen met alcoholproblemen dient te worden beantwoord. Het doel is dat mensen hun leven - met of zonder alcoholproblemen – naar behoefte als volwaardig burger kunnen inrichten met alle (maatschappelijke) verplichtingen en mogelijkheden die daarbij horen. Uitgangspunt is dat de patiënt zoveel mogelijk eigen keuzes maakt en zelf de regie heeft over zijn herstel. Daar horen ook eigen verantwoordelijkheden bij.

De zorgstandaard beschrijft waaraan goede ondersteuning en zorg voor mensen met (beginnende) alcoholproblemen minimaal moet voldoen. Hij maakt voor alle partijen in de zorg duidelijk wat zij kunnen en mogen verwachten van zorg en hulp bij alcoholproblematiek. De zorgstandaard biedt een leidraad voor symptomatisch herstel (verminderen van de alcoholproblemen) en voor herstel van psychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren.³ Bij het verminderen van de alcoholproblemen gaat het om goede signalering en vroege interventie, diagnostiek, behandeling en nazorg, waarbij altijd de bredere context (de persoon en diens omgeving) wordt betrokken. Bij het herstel van psychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren gaat het om

het bieden van hoop en perspectief, het herkennen en stimuleren van eigen kracht en het vergroten van de autonomie (zie [hoofdstuk 6 Herstel, participatie & re-integratie]).

Via thuisart.nl is de inhoud van deze zorgstandaard beschikbaar voor patiënten en naasten [link]. Zo kunnen patiënten, zorgverleners en naasten samen het best passende herstelproces uitstippelen. Herstel is een proces dat voor iedereen anders kan verlopen en waarin informele zorg en zelfhulpgroepen ook een belangrijke rol hebben (zie verder [6.1 Herstel]). Bestaande richtlijnen, regelgeving en kwaliteitsindicatoren zijn de basis voor deze zorgstandaard. Om de belangrijkste punten hieruit in goede samenhang te kunnen beschrijven is gebruik gemaakt van actuele wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van zorgverleners en ervaringskennis van ervaringsdeskundigen.

2.2 Participatie van patiënten en naasten

Patiëntparticipatie werd in de ontwikkeling van deze zorgstandaard structureel gewaarborgd. De zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving is gezamenlijk ontworpen door veldpartijen (ervaringsdeskundigen, professionals en onderzoekers) in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Deze partijen waren zowel vertegenwoordigd in de projectgroep als in de werkgroep (zie [2.4 Betrokken organisaties]). De projectgroep coördineerde het project en schreef conceptteksten voor de zorgstandaard.

Daarnaast hebben bijeenkomsten plaatsgevonden met een klankbordgroep bestaande uit patiënten en naasten. De leden van de klankbordgroep traden op als adviseur en waren een informatiebron voor de weergave van het patiëntenperspectief. De vertegenwoordigers van patiënten en naasten in de projectgroep, werkgroep en klankbordgroep waren merendeels mannen en enkele vrouwen, van Nederlandse afkomst. Zij vertegenwoordigden nadrukkelijk ook andere patiëntengroepen zoals migranten en mensen met een verstandelijke beperking.

In 3 bijeenkomsten zijn de aandachtspunten voor de zorg vanuit het perspectief van patiënten en naasten in kaart gebracht en is met de klankbordgroepleden gesproken over vroege herkenning, behandeling en herstel/nazorg en over de patiëntenversie van deze zorgstandaard. De belangrijkste ervaringen, aandachts- en verbeterpunten uit deze bijeenkomsten zijn in verslagen vastgelegd. Bij het opstellen van deze zorgstandaard is daarnaast de [Basisset Kwaliteitscriteria ggz van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid](#) (voorheen LPGGz) leidend geweest.

2.3 Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules

De inhoud van de zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving is afgestemd op de [generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken GGZ (LGA)]. Waar mogelijk is het afgestemd met andere zorgstandaarden en relevante generieke modules.

2.4 Betrokken organisaties

De projectgroep (zie [2.2 Perspectief van patiënten en naasten]) is in de ontwikkeling van deze zorgstandaard ondersteund door een werkgroep. De werkgroep bestond zowel uit vertegenwoordigers van partijen uit het veld van preventie en zorg voor mensen met alcoholproblemen (behandelaars, managers, patiënten) als uit experts werkzaam bij kennisinstituten. Voor de samenstelling zie [Bijlage 2 Samenstelling projectgroep, werkgroep en adviesgroep].

Onafhankelijke voorzitter was prof. dr. Henk Garretsen, hoogleraar gezondheidsbeleid van Tranzo, Universiteit van Tilburg. De werkgroep beoordeelde conceptteksten en gaf haar goedkeuring aan deze zorgstandaard.

2.5 Uitgangspunten

De zorgstandaard is samengesteld met behulp van bouwstenen afkomstig uit de meest recente richtlijnen en protocollen, regelgeving en bestaande kwaliteitsindicatoren.⁴ Vanuit het perspectief van herstelondersteunende zorg (zie [1. Visie op zorg] en [6. Herstel, participatie en re-integratie]) zijn deze bouwstenen verwerkt tot een zorgstandaard die uitgaat van een integrale, patiëntgerichte werkwijze. Dit perspectief is verwoord op basis van enkele door de verslavingssector gedragen documenten over herstel en herstelondersteunende zorg.⁵ De kennis uit bestaande richtlijnen en documenten is op onderdelen aangevuld met goede voorbeelden en kennis uit de praktijk ('practice based evidence'). Daarnaast wordt, waar relevant of van toepassing, verwezen naar producten van onder andere Resultaten Scoren.

Algemeen

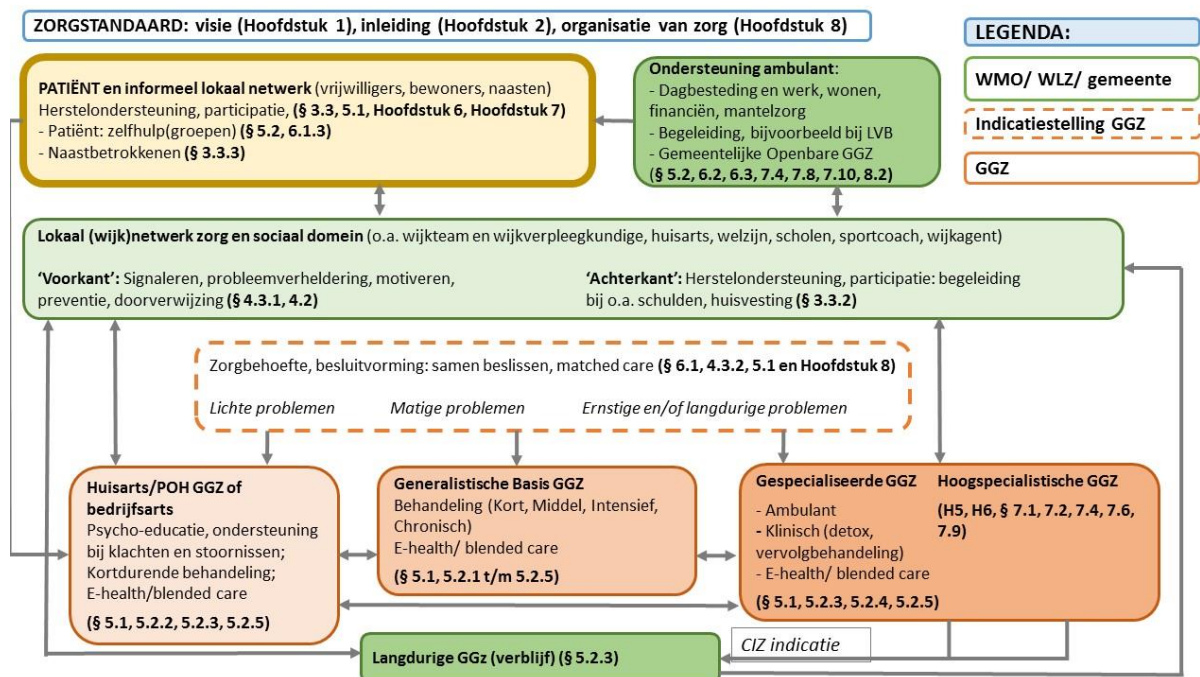
Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

2.6 Leeswijzer

In de ggz wordt wisselend gebruik gemaakt van de term cliënt of patiënt. Voor dit document is voor de benaming patiënt gekozen in situaties waarin sprake is van een behandelrelatie. In andere situaties wordt gesproken van 'mensen met alcoholproblemen'. Voor de leesbaarheid is voor 'hij' gekozen, waar ook zij kan worden gelezen. Waar naasten staat, kan ook naastbetrokkenen worden gelezen. Hier kan het zowel om familie en vrienden gaan als bijvoorbeeld een goede buur/ vertrouwenspersoon.

Het volgende schema geeft weer welke thema's in welk hoofdstuk terug te vinden zijn. Het schema geeft ook weer hoe de zorg is gestructureerd en hoe de verwijzing⁶ verloopt.



3 Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving

3.1 Inleiding

Met de verzamelterm ‘alcoholproblemen’ worden zowel problematisch alcoholgebruik als alcoholverslaving bedoeld. De zorgstandaard betreft de hulpverlening en zorg bij alle soorten alcoholproblemen: van beginnend problematisch alcoholgebruik tot aan mensen met een langdurige alcoholverslaving. Alcoholgebruik is heel gewoon in onze samenleving en overmatig gebruik ervan komt veel voor. Dit hoofdstuk gaat in op wanneer we spreken van problematisch alcoholgebruik of van alcoholverslaving, hoe vaak dit in Nederland voorkomt, en welke individuele lichamelijke en psychische problemen vaak samengaan met alcoholproblemen (comorbiditeit) en ten slotte welke bredere maatschappelijke gevolgen dit heeft.

3.1.1 Wat is problematisch alcoholgebruik?

Problematisch alcoholgebruik is het drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen. Zodra dit problematische patroon van alcoholgebruik leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk spreken we van een verslaving [3.1.2 Wat is een alcoholverslaving?]. Niet alleen de hoeveelheid alcohol die iemand drinkt geeft hierbij de doorslag: kenmerkend is ook dat de persoon grip verliest op zaken als gezondheid, werk en gezin.

Oorzaken

Eén van de oorzaken van problematisch alcoholgebruik is een zekere aanleg voor het ontwikkelen van een alcoholverslaving. Deze aanleg kan uitmonden in een alcoholverslaving door diverse factoren,⁷ bijvoorbeeld:

- ingrijpende gebeurtenissen (bijvoorbeeld echtscheiding of het overlijden van een dierbare);
- traumatisering tijdens de (vroege) jeugd;
- ruime beschikbaarheid van alcohol;
- het hebben van andere aandoeningen (waaronder ADHD, angst en depressie);
- alcoholproblemen in de familie;
- omgaan met vrienden die alcohol gebruiken;
- bepaalde karaktereigenschappen (zoals impulsiviteit en ‘sensation seeking’).⁸

Onder mannen komt problematisch alcoholgebruik bovendien vaker voor. Een problematisch patroon van alcoholgebruik kan ook ontstaan doordat lange tijd veel positieve effecten worden ervaren van alcoholgebruik, zoals ontspanning, gezelligheid of gemakkelijker kunnen omgaan met sociale situaties.

Jongeren

Bij jongeren is het moeilijk om aan te geven wanneer sprake is van problematisch alcoholgebruik. Liever spreken we van risicovol alcoholgebruik: die mate van gebruik (gerelateerd aan leeftijd en andere factoren) waarbij een jongere het risico loopt te gaan disfunctioneren in zijn dagelijks leven, een verslaving te ontwikkelen of in zijn algehele ontwikkeling gestoord te raken. Ook ‘binge drinken’ (bij mannen 6 glazen in 2 uur, bij vrouwen op 4 glazen in 2 uur) geldt als risicovol en lijkt een nadelig effect te hebben op de ontwikkeling van de hersenen.⁹ Alcoholgebruik komt regelmatig voor onder Nederlandse jongeren. Uit recente cijfers blijkt dat 27 procent van de jongeren tussen 12 en 16 jaar in de afgelopen maand alcohol heeft gedronken.¹⁰ Met name onder kwetsbare jongeren is een sterke samenhang te zien tussen problematisch gebruik van middelen en verslavingsgedrag en

problemen op andere leefgebieden: psychische problemen, delinquent gedrag en sociaaleconomische omstandigheden (dak- en thuisloosheid).¹¹

Ouderen

Ouderen (55-plussers) drinken gemiddeld op meer dagen in de week, en vaker dagelijks, dan volwassenen jonger dan 55 jaar. Ouderen hebben vaak meer vrije tijd en geld en komen vaker in situaties waarin het drinken van alcohol normaal is. Ze kunnen eerder problemen krijgen met alcoholgebruik, doordat bepaalde problemen bij ouderen vaker voorkomen. Denk aan: eenzaamheid, isolement, problemen met zingeving en invulling van tijd, stress, financiële problemen, lichamelijke problemen, slaap- en pijnklachten en ingrijpende gebeurtenissen zoals het overlijden van de partner of een gedwongen verhuizing.¹² Op oudere leeftijd zijn steeds minder eenheden alcohol per dag nodig om toch een alcoholprobleem te hebben. Omdat het metabolisme bij ouderen langzamer is, is dezelfde hoeveelheid alcohol schadelijker op hogere leeftijd. Uit gegevens van het CBS blijkt dat 10 % van de 55- tot 65-jarige drinkers tot de zware drinkers behoort (CBS StatLine, 2016).¹³ Omdat ouderen alcohol minder goed verdragen, is dit probleem in werkelijkheid waarschijnlijk omvangrijker (zie 4.2.2 Geïndiceerde preventie).

3.1.2 Wat is een alcoholverslaving?

In de DSM-5 wordt alcoholverslaving (in de DSM een {stoornis in het gebruik van alcohol}) gedefinieerd als {een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk}. Een alcoholverslaving voldoet aan de DSM-criteria wanneer minstens 2 van in totaal 11 criteria in het afgelopen jaar aanwezig waren.¹⁴

DSM-criteria voor alcoholverslaving

- Alcohol wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
- Er is een blijvende wens, of er zijn vergeefse pogingen gedaan, om het alcoholgebruik te minderen of in de hand te houden.
- Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan alcohol te komen, alcohol te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan.
- De persoon voelt een hunkering, sterke wens of drang tot alcoholgebruik.
- Er is sprake van terugkerend alcoholgebruik met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
- Er is aanhoudend alcoholgebruik ondanks blijvende of terugkerende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van alcohol.
- Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het alcoholgebruik.
- Er is sprake van terugkerend alcoholgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
- De persoon blijft alcohol gebruiken terwijl men weet dat er een blijvend of terugkerend lichamenlijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de alcohol.
- Tolerantie, zoals gedefinieerd door één van de volgende kenmerken:
 - behoefte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid alcohol om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken;
 - een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol.
- Ontwenningssverschijnselen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
 - het kenmerkende onthoudingssyndroom van alcohol;
 - alcohol wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

De DSM-5 onderscheidt de volgende gradaties in ernst van de alcoholverslaving:

- licht (2 tot 3 symptomen aanwezig)
- matig (4 tot 5 symptomen aanwezig)
- ernstig (6 of meer symptomen aanwezig)

Een alcoholverslaving kan goed worden behandeld, maar het risico op terugval is groot. Daarom wordt verslaving ook wel een 'tot chroniciteit neigende aandoening' genoemd.

Ook kan een onderscheid worden gemaakt tussen beginnende of kortdurende alcoholproblemen en chronische alcoholproblemen. Ernstige alcoholproblemen hebben een chronisch karakter en een hoog risico op terugval.

3.1.3 Hoe vaak komen alcoholproblemen voor?

Een huisartsenpraktijk (normpraktijk van 2168 patiënten) telt ongeveer 100 tot 150 patiënten met problematisch alcoholgebruik, van wie slechts een minderheid als zodanig bij de huisarts bekend is. Een deel van de patiënten met problematisch alcoholgebruik consulteert de huisarts frequent, vaak zonder duidelijke hulpvraag of zonder dat de arts een duidelijke diagnose kan stellen. Anderen vermijden juist de huisarts.¹⁵

Ongeveer 4 procent van de algemene Nederlandse bevolking heeft een alcoholverslaving; 6,6% van de mannen versus 2,3% van de vrouwen.¹⁶ Het verschil tussen mannen en vrouwen lijkt de laatste jaren af te nemen: mannen zijn de laatste 10 jaar iets minder gaan drinken en vrouwen juist meer.¹⁷ Voor een overzicht van onderzoek¹⁸ over man-vrouwverschillen in onder meer prevalentie, risicofactoren en gevolgen zie het [Factsheet Alcohol- en opiaatverslaving](#).

Beloop

Veel mensen zullen al na een korte periode van alcoholproblemen zelf besluiten dat ze met hun overmatige gebruik op moeten houden. Een groot deel doet dat zonder hulp. Een kleinere groep heeft hulp nodig en ook stimulering tot het vragen of accepteren daarvan.¹⁹ Wanneer een patiënt bij de gespecialiseerde verslavingszorg terechtkomt voor alcoholproblemen bestaan deze vaak al langer dan 10 jaar en gaan vaak samen met andere lichamelijke, psychische problemen en/of sociale problemen (zie [3.1.4 Comorbiditeit]). De aanwezigheid van een psychische aandoening - naast de alcoholproblemen - heeft gevolgen voor het behandelplan en de kans op slagen van de behandeling.²⁰ De groep patiënten met een ernstige, chronische alcoholverslaving valt onder de EPA-doelgroep (mensen met een ernstige psychische aandoening) (zie [generieke module Ernstige psychische aandoeningen]).

3.1.4 Comorbiditeit

Comorbiditeit is het tegelijkertijd hebben van 2 of meer aandoeningen. Veelvoorkomende andere klachten of aandoeningen naast alcoholproblemen zijn:

- lichamelijke problematiek²¹
- psychische problematiek²²
- verslaving aan andere middelen²³

Zie verder [4.3.1 Diagnostiek] en [5.2 Comorbide problematiek] voor meer informatie over wat comorbiditeit betekent voor diagnostiek en behandeling.

3.1.5 Maatschappelijke gevolgen

Problematisch alcoholgebruik kan leiden tot psychosociale en maatschappelijke problemen zoals scheiding, geweld in het gezin, kindermishandeling, problemen op het werk en school, overlast, verkeersongevallen en overtredingen of misdrijven.²⁴ Naar schatting hangt 20-25% van de bedrijfsongevallen samen met alcoholgebruik. Een derde van de werkgevers voert een actief alcoholbeleid.²⁵ In 2013 waren de kosten van alcoholgebruik voor de maatschappij naar schatting 2,3 tot 2,9 miljard euro. Hieronder vallen de kosten van onder meer een lagere arbeidsproductiviteit, inzet van politie en justitie en van verkeersongevallen.²⁶

Kinderen van ouders met alcoholproblemen

De gevolgen voor de kinderen van ouders met alcoholproblemen zijn aanzienlijk. Bij deze ouders kunnen de opvoeding en het welzijn van kinderen onder ernstige druk komen te staan, wanneer bijvoorbeeld kinderen worden verwaarloosd.²⁷ Daarbij spelen verschillende factoren²⁸ een rol, waaronder alcoholgebruik tijdens de zwangerschap.²⁹ Kinderen van ouders die overmatig alcohol en/of drugs gebruiken vormen om deze redenen een belangrijke risicogroep, bij wie vroegtijdige signalering en interventie nodig is om psychische en verslavingsproblemen bij kinderen te voorkomen.³⁰ Meer informatie op: [www.koppkvo.nl] en [kindcheck-ggz.nl]. Ook familie (bijvoorbeeld ouders) en andere naasten vormen een risicogroep.

3.2 Doelstelling

De zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving wil een helder en beknopt raamwerk bieden voor vroege onderkenning, geïndiceerde preventie, screening en diagnostiek, behandeling en zorg voor problematische drinkers en mensen met een alcoholverslaving. De zorgstandaard geeft richting aan de manier waarop de zorgvraag van mensen met een alcoholprobleem of een alcoholverslaving (of een verhoogd risico daarop) wordt beantwoord, in samenhang met de klinische behandelrichtlijnen. De informatie ondersteunt de patiënt en behandelaar bij het opstellen van een behandelplan en het behandelproces. Behandeling is hierbij altijd dienend aan het herstelproces, waaronder het weer verwerven van maatschappelijke rollen en het wegnemen van de symptomen van de alcoholproblemen. Werken aan herstel kan ook tijdens (een periode van) gebruik, niet uitsluitend wanneer iemand is gestopt met gebruik. Hierbij zijn de 4 vormen of dimensies van herstel leidend: symptomatisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel.^{31 32}

3.3 Doelgroep

Deze zorgstandaard beschrijft zorg voor mensen met een alcoholprobleem (problematisch alcoholgebruik of alcoholverslaving) of met een verhoogd risico daarop. Het gaat hierbij om jongeren, volwassenen en ouderen. Onder de doelgroep 'jongeren' verstaan we de groep tussen 12 tot 23 jaar. Onder de doelgroep 'ouderen' verstaan we mensen van 55 jaar en ouder.³³ De kwetsbaarheid van een patiënt is bij inzet van een leeftijdsspecifieke benadering echter belangrijker dan de leeftijd. Zorginstellingen hanteren verschillende leeftijdsgrenzen.

Andere subgroepen waarop deze zorgstandaard betrekking heeft zijn:

- mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) (zie ook [generieke module Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (LVB)]);
- mensen met jonge kinderen ([zie 4.2.1 Vroege onderkenning] en [5.2 Behandeling en begeleiding – Patiënten met minderjarige kinderen]); en
- forensische patiënten met alcoholproblemen (zie [5.2 Behandeling en begeleiding]).

Tot de doelgroep van deze zorgstandaard behoren ook de naasten van patiënten.³⁴

4 Zorg rondom problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving

4.1 Inleiding

Ondersteuning bij herstel

Behandeling kan een onderdeel zijn van een herstelproces bij patiënten die dit niet op eigen kracht kunnen realiseren. Daarnaast kunnen informele zorg en zelfhulp(groepen) de zorg aanvullen en de patiënt ondersteunen. De zorg moet patiënten 'empoweren', dat wil zeggen dat deze het door een patiënt zelf ingezette herstelproces ondersteunt.³⁵ Het wegnemen of stabiliseren van symptomen is niet het enige of hoogste doel: het gaat ook om het ondersteunen van ieders persoonlijke en maatschappelijke herstel. De hulpverlening stimuleert daarom zoveel mogelijk activiteiten die uitgaan van de eigen kracht van mensen met alcoholproblemen.

Samenwerking en integratie van psychische en somatische zorg

Goede behandeling, begeleiding en ondersteuning (inclusief informele zorg en zelfhulpgroepen) richten zich behalve op individuele patiënten ook op hun omgeving. Randvoorwaarde voor een goede ondersteuning van mensen met een alcoholprobleem is een samenspel van de verslavingszorg en ggz met andere sectoren, zoals de algemene gezondheidszorg (huisartsenzorg, ziekenhuizen), het sociale domein en met informele zorg. Steeds vaker gaan behandeling en rehabilitatie hand in hand. Ook vraagt goede preventie en zorg voor de lichamelijke gezondheid bij patiënten met alcoholproblemen om een integratie van psychische en somatische zorg.

Uitgangspunt is het werken volgens het principe van matched care.³⁶ Bij matched care wordt in de keuze van behandeling rekening gehouden met het verloop en de ernst van de klachten en met prognostische factoren, zoals bijvoorbeeld socio-economische omstandigheden, cognitie, persoonlijkheid en somatische comorbiditeit. Zorg wordt niet pas geïntensiveerd als eerste stap interventies onvoldoende resultaat opleveren, maar de patiënt komt zo snel mogelijk bij de juiste zorgverlener en krijgt zo snel mogelijk de juiste behandeling ('niet minder zorg dan noodzakelijk en niet meer dan nodig en gewenst'). Lichte of niet-complexe problematiek wordt snel en doeltreffend door huisarts en praktijkondersteuner (POH GGZ) of in de generalistische basis ggz opgepakt, en complexe problematiek kan veilig en adequaat in de gespecialiseerde ggz worden behandeld.

Gezamenlijke besluitvorming

De zorgverlener legt zoveel mogelijk beslissingen, keuzes en regie bij de patiënt en, indien mogelijk, zijn naasten. De patiënt, zijn naasten en de zorgverlener stellen de behandeldoelen vast en bespreken de wederzijdse verwachtingen. Zij overleggen en werken samen om de afgesproken behandeldoelen te bereiken. De zorgverlener brengt de patiënt en zijn naasten op de hoogte van de verschillende mogelijkheden van zelfhulp/informele zorg, behandeling en/of begeleiding (inclusief de optie om niet behandelen en/of begeleiden). De patiënt en zijn naasten dienen alle informatie te ontvangen die zij nodig hebben om zelf weloverwogen keuzes over de zorg te kunnen maken. De patiënt moet, als hij of zij dat wil, zelf bij de behandelbespreking (multidisciplinair overleg) aanwezig kunnen zijn.

Eigen regie, motivatie en verantwoordelijkheid

De patiënt en naasten moeten in staat zijn om keuzes (goed) af te wegen. De eigen regie van de patiënt serieus nemen betekent dat de zorgverlener de patiënt en naasten hierbij ondersteunt. Zorgverlener, patiënt en naasten hebben in situaties waarin de patiënt verminderd in staat is tot eigen regie te maken met het spanningsveld om (toch) zoveel mogelijk in gezamenlijkheid de juiste keuzes te maken. In sommige gevallen is de patiënt (tijdelijk)

niet in staat tot eigen regie. Externe motivatie is dan nodig om tot eigen regie te kunnen komen. Externe steun en hulp bij de ontwikkeling van motivatie tot verandering is belangrijk, en op veel momenten in het herstelproces vaak onmisbaar. Het gebruikmaken van de extrinsieke motivatie van een patiënt (zoals beloning van gewenst gedrag (zie [5.2 Behandeling en begeleiding]) of zo nodig toepassen van drang of dwang [zie 7.1 Generieke module Drang en dwang] kan in een crisissituatie of bij een ernstige verslaving levens redden. Bij crisis of wanneer iemand te veel onder invloed is zal het advies van de zorgverlener (in samenspraak met naasten) de doorslag moeten geven. Indien een patiënt zelf aan de zorgverlener vraagt om de regie (tijdelijk) over te nemen, dient de zorgverlener dit verzoek in sommige gevallen in te willigen.

Eigen regie gaat ook samen met verantwoordelijkheden. Patiënten dienen de algemene omgangsvormen in acht te nemen, bijvoorbeeld door zich constructief op te stellen in de behandelrelatie en zich niet agressief te gedragen naar zorgverleners.

4.2 Vroege onderkenning en preventie

Vaak hebben mensen al erg lang alcoholproblemen voordat zij bij de verslavingszorg terechtkomen. Hoe langer de alcoholproblemen niet worden aangepakt, hoe groter de kans op een chronisch beloop. Vroege herkenning van alcoholproblemen is daarom van groot belang.

Alcoholproblemen ontstaan vaak geleidelijk en worden door de persoon zelf vaak lange tijd niet herkend en onderkend. Omdat alcohol drinken sociaal geaccepteerd gedrag is, signaleert zowel de persoon zelf als de (sociale en professionele) omgeving problematisch gebruik minder snel. Daarnaast kunnen alcoholproblemen met schaamte gepaard gaan en kan iemand deze ervaren als stigmatiserend, waardoor hulp zoeken lastig is. Daarnaast herkennen ook professionals alcoholproblematiek niet altijd.³⁷

Om alcoholproblemen en daarmee samenhangende persoonlijke, sociale en maatschappelijke problemen te voorkomen is het nodig om:

- problemen in een vroeg stadium te herkennen (vroege herkenning of vroegdetectie);
- zo nodig gebruik te maken van preventie of behandeling (vroege interventies).

Onder vroegdetectie en vroege interventies verstaan we individuele, proactieve zorg. Daarbij worden mensen met hoog risico en bij eerste indicaties van een aandoening opgespoord en wordt de prognose in gunstige zin beïnvloed.³⁸

Alertheid op signalen

Een alerte houding van zorgprofessionals op de aanwezigheid van risicofactoren en signalen is noodzakelijk, zowel in de openbare gezondheidszorg (inclusief preventie) en algemene gezondheidszorg zoals ziekenhuizen, als in huisartsenpraktijken en in de generalistische basis ggz. Ook in het sociale domein (zoals sportverenigingen, leefomgeving, school, buurt- en jongerenwerk) is letten op signalen belangrijk. Iemand met alcoholproblemen benoemt dit meestal niet zelf als een probleem, bijvoorbeeld vanwege schaamte. Uit eigen ervaringen van patiënten weten we dat zij vaak 'hopen' dat hun huisarts het onderwerp alcoholgebruik aankaart wanneer zij voor (vaak vele) andere klachten de huisarts bezoeken. Zorgverleners moeten daarom alert zijn op signalen, ze kunnen herkennen en het vermoeden van problematisch alcoholgebruik bij de patiënt bespreekbaar kunnen maken. Hoewel er geen specifieke symptomen of klachten voor de diagnose problematisch alcoholgebruik zijn, bestaan er wel signalen die erop kunnen wijzen.³⁹

4.2.1 Vroege herkenning

Alcoholproblemen herkennen: wiens taak?

In huisartsenpraktijken, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz, door bedrijfs- en verzekeringsartsen en in de algemene gezondheidszorg [zie 8.1.1 Echelonnering en gepast gebruik] dient altijd het gesprek te worden aangegaan over gebruik van alcohol wanneer daar aanleiding voor is (zie [4.2.1 Vroege herkenning – Signalen]). Het gebruik van screeningsinstrumenten zoals de AUDIT kan hierbij goede diensten bewijzen. Zo'n vragenlijst kan ook mee naar huis worden gegeven als er voor het invullen geen tijd is binnen het reguliere patiëntcontact.

Werkomgeving

Werkgevers en bedrijfsartsen hebben een taak bij het in een vroeg stadium opmerken van alcoholproblemen. Van belang is dat werkgevers voorlichting en een passend alcoholbeleid⁴⁰ op de agenda zetten. Verzekeringsartsen hebben dezelfde taak bij de grote groep patiënten met een alcoholverslaving die (tijdelijk) zonder werk zitten.⁴¹

Zorgverleners in het ziekenhuis

Ook zorgverleners in ziekenhuizen (zie [generieke module Ziekenhuispsychiatrie]) hebben een belangrijke taak in de signalering van alcoholproblemen en het in gang zetten van zorg. Met name de spoedeisende hulp kan een belangrijke rol spelen. Bij signalering van alcoholproblemen is het van belang dat het ziekenhuis samenwerking zoekt met de lokale of regionale verslavingszorg. Zorgverleners moeten bij deze patiënten bovendien alert zijn op het ontstaan van een onttrekkingsdelier (zie [5.2.5 Medicamenteuze behandeling – Thiaminesuppletie (vitamine B1)]). Ontslag van patiënten met een alcoholverslaving mag niet gebeuren zonder thiaminesuppletie.

Signalen

Veel en uiteenlopende signalen kunnen aanleiding zijn om iemand te vragen naar zijn of haar alcoholgebruik. Deze signalen zijn:

- psychische of sociale problemen, vaak gecombineerd met slaapproblemen;
- de aanwezigheid van een alcoholgeur of sterke geuren ter maskering;
- frequent gebruik van en verzoek om slaap- en kalmerende middelen;
- klachten over moeheid, malaise, tremoren, hartkloppingen of overmatig transpireren en maag-darmklachten zoals refluxklachten en diarree;
- frequente spreekuurbezoeken en een wisselend, onduidelijk klachtenpatroon of onverklaarbare lichamelijke klachten of frequente bezoeken aan de eerste hulp van een ziekenhuis;
- collaps, black-outs, regelmatige ongevallen of fracturen;
- seksuele problemen;
- aanwijzingen voor huiselijk geweld;
- spider naevi of een erythemateus en oedemateus (rood en gezwollen) gezicht;
- afwijkende bloedwaarden.⁴²

Gesprek aangaan

Bij aanwezigheid van een of meer van deze signalen dient altijd het alcoholgebruik besproken te worden. Zie ook de [Handreiking Psychische klachten en alcohol, voor huisarts en POH-GGZ](#). De zorgverlener legt uit dat de klachten bij alcoholproblemen kunnen passen, bespreekt een mogelijk verband ([zie 4.3.1 Diagnostiek]) en geeft aan hier graag verder op te willen ingaan (zie [4.2.2 Geïndiceerde preventie]). Wanneer sprake is van mogelijk problematisch alcoholgebruik of alcoholverslaving legt de zorgverlener uit dat screening op alcoholproblemen en eventueel diagnostiek van belang is. Bij gebleken alcoholproblemen dient ook te worden gevraagd naar ander middelengebruik en medicijngebruik.

In korte interventies getrainde zorgverleners kunnen deze zelf uitvoeren (zie [5.2.2 Eerste stappen interventies]). Zij kunnen ook verwijzen naar andere bekwame en bevoegde professionals (zie [4.3.2 Diagnostiek]). Afhankelijk van de ernst van de alcoholproblemen kan worden overwogen om in dit stadium te wijzen op zelfhulp via eHealth en/of de AA.

In de eerste contacten dient te worden besproken of en hoe naasten in het contact te betrekken. Dit is wenselijk, omdat gebleken is dat betrokkenheid van naasten de kans op slagen van een behandeling vergroot (zie [de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek]).

Wanneer een patiënt kinderen heeft dient de hulpverlener na te gaan of een kind wordt verwaarloosd of mishandeld. Dit kan worden gedaan met een zogeheten [kindcheck](#).⁴³

4.2.2 Geïndiceerde preventie

Kernwoorden bij geïndiceerde preventie⁴⁴ zijn het beperken van kwetsbaarheid en het vergroten van de veerkracht, in combinatie met het versterken van externe steun voor mensen die niet op eigen kracht (zelfhulp of anderszins) in staat zijn hun kansen op een kwalitatief goed leven te benutten.⁴⁵ Uitleg over de aandoening (psycho-educatie) is hierbij van belang (zie [5.2.1 Psycho-educatie]).

In [5.2.2 Eerste stap interventies] worden de verschillende mogelijkheden voor geïndiceerde preventie bij alcoholproblemen besproken.

4.3 Diagnostiek en monitoring

Een brede inventarisatie van de problemen en de persoonlijke situatie (ook sterke kanten en mogelijkheden) is noodzakelijk: problemen met alcoholgebruik gaan vaak samen met andere problemen, zoals angstklachten, depressieve klachten, lichamelijke problemen of een verslaving aan andere middelen. Zorgverlener en zorgvrager bespreken het functioneren (persoonlijk, sociaal en beroepsmatig), de mate waarin iemand lijdt onder zijn of haar problemen (lijdensdruk), gevaarsrisico (zoals risico op suïcide), ernst van de verslaving en eventuele andere psychische en lichamelijke problemen.

Het tijdig signaleren van een lichte verstandelijke beperking is van belang (zie de [generieke module Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (LVB)]). Vanaf het eerste contact kiest de zorgverlener een bij de beperking passende communicatie en benadering.⁴⁶ Behandelaars hebben de mogelijkheid om consultatie en advies in te roepen bij een expert (bijvoorbeeld een arts voor verstandelijk gehandicapten - AVG) en worden geacht zo nodig hiervan gebruik te maken.

Aandachtspunten

Binnen de diagnostiek is het belangrijk dat:

- de patiënt ruimte en ondersteuning ervaart bij het doen van zijn eigen verhaal;
- de herstelwens van patiënt op tafel komt met daarbij – in samenspraak met patiënt – de probleemgebieden, de kracht en kwetsbaarheid van patiënt;
- in dialoog wordt besproken welke doelen de patiënt stelt om zijn herstelwens te realiseren, wat hijzelf daarin gaat betekenen en wat een ander en/of de hulpverlening kan betekenen.

Herstelondersteuning als uitgangspunt van deze zorgstandaard heeft als consequentie dat zorgbehoefte en zelfredzaamheid vanuit het perspectief van de patiënt onderdeel zijn van de inventarisatie. Voor het verwoorden

van de problemen zoeken zorgverlener en patiënt een gezamenlijke taal en een gezamenlijk vertrekpunt voor samenwerking. Vragen als: 'Wat ben je kwijtgeraakt? Wat wil je hiervan terug? Wat wil je perse niet terug? Wat kun je hier zelf aan doen? Welke ondersteuning kunnen wij je bieden?' zijn hierbij van belang. In het begin ziet een patiënt niet altijd zijn sterke kanten. Belangrijk is daarom niet eenmalig te vragen naar zijn sterke kanten, maar om dit te blijven doen of in latere instantie te doen en zo het persoonlijk en maatschappelijk herstel te stimuleren.

Diagnostiek in kader van rijbewijskeuringen

Diagnostiek van alcoholproblemen kan ook plaatsvinden in het kader van rijbewijskeuringen op verzoek van het CBR wegens een vorderingsprocedure. Zie hiervoor de [\[Richtlijn diagnostiek van stoornissen in het gebruik van alcohol\]](#) in het kader van CBR-keuringen (2011).

4.3.1 Diagnostiek

In een eerste gesprek (anamnese) over (mogelijke) alcoholproblemen tussen een patiënt en een zorgverlener worden de volgende onderdelen onderscheiden:

1. signalering van alcoholproblemen en bijkomende problemen (zie ook [4.2.1 Vroege herkenning]);
2. inventariseren van het alcoholgebruik en de omstandigheden van de patiënt;
3. nagaan welke plaats het alcoholgebruik in iemands leven heeft en inschatten van de ernst van de problemen;
4. motivatie voor (zelf)hulp bij verandering van het drinkgedrag;
5. diagnostiek bij volwassenen in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz.

1. Signalering van alcoholproblemen en bijkomende problemen

Bij aanwezigheid van een of meer signalen (zie [4.2.1 Vroege herkenning – Signalen]) die wijzen op een mogelijk alcoholprobleem dient altijd het alcoholgebruik besproken te worden. Screeningsvragenlijsten (zoals de AUDIT⁴⁷ of de Five-shottest⁴⁸) kunnen behulpzaam zijn bij het bepalen van de ernst van de problematiek en bij de verwijzing. Een andere mogelijkheid is om bij onbegrepen klachten van de patiënt te vragen naar problemen bij werk en vrijetijdsbesteding, omgaan met ziekte en stress, lichaamsbeweging, roken, eetgewoonten en alcohol- en ander genotmiddelengebruik. De vragen over het alcoholgebruik worden ingebed in deze zogenoemde leefstijlanamnese.⁴⁹

Soms meldt de patiënt zichzelf met alcoholproblemen bij een zorgverlener, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk. Alcoholproblemen kunnen ook boven tafel komen als de zorgverlener een open vraag stelt, zoals: 'Hoe gaat het nu echt met u?'. Deze vraag is ook van belang bij naasten van patiënten met alcoholproblemen, omdat een substantieel deel van hen zelf (ook) psychische klachten heeft. Na toestemming van de patiënt kan met naasten contact worden opgenomen om samen de situatie te bespreken en om na te gaan of zij ondersteuning nodig hebben.

Jongeren

Het tijdig signaleren van risicovol alcoholgebruik en ander middelengebruik (bijvoorbeeld: nicotine, cannabis en partydrugs) bij jongeren die een verhoogd risico lopen is van groot belang om verslaving te voorkomen. Een zeer jonge aanvangsleeftijd van het middelengebruik en al op jonge leeftijd beginnen met roken zijn signalen die niet mogen worden genegeerd.^{50 51}

Om vast te stellen of het middelengebruik van een *jongere* dermate risicovol is dat verdere diagnostiek en monitoring nodig is, kijkt de zorgverlener naar:⁵²

1. de hoeveelheid alcohol en frequentie van het gebruik (rekening houdend met de leeftijd). Zie de [\[werkkartaat 1a\]](#) van de Richtlijn middelengebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming;
2. de motieven, omstandigheden en gevolgen van het alcoholgebruik;
3. de leeftijd waarop de jongere begonnen is met alcoholgebruik. Een leeftijd van 12 jaar of jonger wijst vaak op problemen. In combinatie met schooluitval of schoolproblemen is dit een vroeg teken van een verstoorde ontwikkeling.

Voor het screenen op risicovol middelengebruik bij adolescenten zijn verschillende instrumenten⁵³ beschikbaar. Vroege onderkenning van alcoholproblemen bij jongeren dient in elk geval plaats te vinden:

- op school en in de vrije tijd;⁵⁴
- in huisartsenpraktijken en algemene gezondheidszorg;⁵⁵
- in de jeugdhulp en jeugdbescherming.⁵⁶

Ouderen

Voor ouderen zijn thuiszorgmedewerkers, huisartsen, wijkteams en medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen belangrijke signaleerders. Verschillende sociale, psychische, lichamelijke klachten, maar ook zingevingsvragen kunnen aanleiding zijn het alcoholgebruik van een patiënt in kaart te brengen.⁵⁷ Wanneer daar aanleiding voor is dient het alcoholgebruik (zie [3.1.1 Wat is problematisch alcoholgebruik?]) besproken te worden. Een screeningsinstrument zoals de AUDIT⁵⁸ kan behulpzaam zijn als er signalen zijn die wijzen op alcoholproblemen.⁵⁹

2. Inventariseren van het alcoholgebruik en de omstandigheden van de patiënt

De patiënt en de zorgverlener bespreken het gebruik, de klachten en omstandigheden (lichamelijk, psychisch, sociaal en maatschappelijk). Als de patiënt hiermee instemt, vraagt de zorgverlener op een niet-veroordelende wijze naar het alcoholgebruik:

- 'Hoe vaak drinkt u alcohol per week?'
- Hoeveel alcohol drinkt u gemiddeld (per dag, per week, per keer, 'bingedrinken')? Of: hoeveel dronk u in de voorafgaande week (gebruik in de loop van de dag, op het werk, bij het eten en 's avonds).

In de huisartsenpraktijk is het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten zoals de AUDIT in veel gevallen ondersteunend. Via een screeningsinstrument kunnen (mogelijk) ook andere problemen worden gedetecteerd die anders over het hoofd waren gezien.

3. Nagaan welke plaats het alcoholgebruik in iemands leven heeft en inschatten van de ernst van de problemen

Voor het nagaan van de functie van alcohol in het leven van de patiënt dient de zorgverlener tijdens het gesprek met de patiënt gebruik te maken van de principes van motiverende gespreksvoering. Met name de (huis)arts en POH-GGZ⁶⁰ dienen hierin voldoende deskundig en vaardig te zijn (zie ook [8.3.2 Deskundigheidsbevordering]). Motiverende gespreksvoering biedt een handvat voor een zorgverlener en patiënt om samen de nadelen van het drinken te verkennen, de voordelen van stoppen of minderen en om de risicosituaties door te nemen.

Classificatie via DSM-5

Om vast te stellen of en in welke mate er sprake is van alcoholverslaving inventariseren patiënt en zorgverlener samen de problematiek. Het classificatiesysteem DSM-5 beschrijft een aantal symptomen (d.w.z. klachten of

verschijnselen) die wijzen op een alcoholverslaving (zie [3.1.2 Wat is een alcoholverslaving?]). Deze kan licht, matig of ernstig zijn. Ook bij ontwenningssverschijnselen wordt onderscheid gemaakt tussen lichte, matig ernstige en ernstige ontwenningssverschijnselen. De arts gaat na of de patiënt ook andere middelen dan alcohol gebruikt.⁶¹

Individuele situatie en factoren

Behalve de DSM-classificatie zijn de volgende factoren van belang voor de diagnostiek en de te kiezen aanpak:

- Historie: de duur van de alcoholproblemen en de beginleeftijd van het problematisch alcoholgebruik, in het bijzonder of dit al voor het 25e jaar begon; eerdere ervaringen met behandeling, begeleiding en zelfhulpgroepen; is er al een zorgverlener betrokken?
- Psychische problemen, relaties en gedrag: (de aard van) een eventueel trauma en/of een doorgemaakte ingrijpende gebeurtenis (zoals scheiding, overlijden van een dierbare, werkloosheid); aanwezigheid van bijvoorbeeld een depressie of een angststoornis (zie [\[de NHG-Standaarden Depressie\]](#) en [\[Angst\]](#)); problemen in de relationele sfeer (denk ook aan huiselijk geweld en kindermishandeling, zie [\[de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken \(LESA\) Kindermishandeling\]](#)); agressie/ geweld buitenshuis (mogelijk in aanraking met justitie of sprake van een justitieel hulpverleningskader).
- Sociaal-maatschappelijk: hoe is het sociale netwerk; kan de patiënt hulp uit de omgeving krijgen? Hoe is de maatschappelijke situatie (werk, financiën, wonen); zelfredzaamheid: wat is de belasting voor de patiënt en kan deze beperkt worden?
- De eigen kijk van de patiënt op de situatie en de houding en rol van een eventuele partner; de sterke kanten van de patiënt en beschikbare steun (draagkracht). Wat heeft hem eerder geholpen, hoe kan hij de eigen sterke kanten inzetten om tot herstel te komen? Het benutten van deze sterke kanten kan een opening zijn voor een patiënt om zijn of haar problemen het hoofd te bieden.

Somatische screening

Bij elke patiënt dient een somatische screening te worden uitgevoerd, zowel in de generalistische basis ggz als in de gespecialiseerde ggz. Een arts meet bij (vermoeden van) alcoholproblemen de bloeddruk (deze kan verhoogd zijn), let op tekenen van ondervoeding (zie de [\[LESA Ondervoeding\]](#)) en doet verder gericht lichamelijk onderzoek als daar aanleiding toe is.⁶² De arts let op het risico op ernstige onthoudingsverschijnselen en op een mogelijk tekort aan vitamine B1. Als dit risico aanwezig is moet onder begeleiding worden gestopt met drinken; bij een tekort aan vitamine B1 adviseert de arts over gebruik van vitamine B1. (zie [5.2.5 Medicamenteuze behandeling – Thiaminesuppletie])– link naar 5.2.5].

4. Motivatie voor (zelf)hulp bij verandering van het drinkgedrag

De zorgverlener gaat na of en in hoeverre de patiënt gemotiveerd is om zijn drinkgedrag te veranderen en om eventuele bijkomende psychische of lichamelijke aandoeningen te behandelen. Als dat het geval is vraagt de zorgverlener of de patiënt hulp zou willen hebben en hoe de patiënt zijn behandeling ziet. Zodra duidelijk is dat er sprake is van een alcoholverslaving dient met de patiënt verwijzing naar de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz te worden overwogen. De zorgverlener dient zich hierbij wel te realiseren dat de motivatie voor gedragsverandering vaak niet constant is en dat gedragsverandering niet wordt bevorderd door de patiënt onder druk te zetten. De zorgverlener ondersteunt het zelfmanagement [zie 5.1.2 Zelfmanagement] van de patiënt. Samen gaan ze na welk de patiënt met de behandeling voor ogen heeft ([zie 5.2 Behandeling en begeleiding]).

Als de patiënt ervoor kiest zijn alcoholgebruik nu niet te minderen, geeft de zorgverlener aan dat dit altijd opnieuw aan de orde kan worden gesteld,⁶³ en adviseert over het gebruik van vitamine B1.

5. Diagnostiek bij volwassenen in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz

In de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz vindt een brede inventarisatie van de problematiek en (verdiepende) diagnostiek plaats. Zie ook de [generieke module Generalistische diagnostiek en behandeling in de GB GGZ]. Van het begin af aan wordt de werkwijze afgestemd op de behoeften van de patiënt. Patiënten hebben zoveel mogelijk de regie over het proces. De zorgverlener geeft de patiënt telkens goede uitleg over de noodzaak van diagnostiek als zodanig, op welk gebied en hoe diagnostiek bij voorkeur plaatsvindt en over de relatie tussen hulpvraag en diagnostiek.

Gebruik gestandaardiseerde vragenlijsten

Alle richtlijnen in de gespecialiseerde ggz op het gebied van verslaving benadrukken het belang van het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten voor diagnostiek. De (verkorte) MATE (Measurement of Addiction for Triage and Evaluation) is in Nederland het meest gangbaar samen met de European Addiction Severity Index (Europ-ASI).⁶⁴ De lijsten moeten met een voor de patiënt en de zorgverlener duidelijk doel⁶⁵ worden gebruikt.⁶⁶ Voor eHealth en generalistische basis ggz zijn verkorte versies van de MATE beschikbaar: de MATE-S(Selectie) en de MATE-Q(Questionnaire). Dit zijn zelfrapportagevragenlijsten. Goede screening en inventarisatie van problematiek zijn altijd van belang; de MATE 2.1 kan behulpzaam zijn wanneer er een vermoeden bestaat van ernstige alcoholproblemen.

Comorbiditeit

Er dient bij alcoholproblemen altijd in kaart te worden gebracht of er sprake is van andere psychische of lichamelijke aandoeningen of een verslaving aan andere middelen (zie ook [3.1.4 Comorbiditeit]). Voor een eerste globale inventarisatie van psychische comorbiditeit kan de MATE worden gebruikt. De MATE geeft (o.a. aan de hand van Module 2) aan of bij de intake een consult met een verslavingsarts of verpleegkundig specialist aangewezen is. Een dergelijk consult en eventueel vervolgonderzoek vindt plaats in afstemming met de patiënt. Bij aanhoudende psychische klachten na het stoppen met alcoholgebruik dient – eveneens in overleg met de patiënt - gerichte diagnostiek plaats te vinden. Het verdient aanbeveling om bijkomende psychische problematiek bij patiënten met een alcoholverslaving pas te onderzoeken na twee tot drie weken abstinentie, waarna volgens de gangbare richtlijnen kan worden behandeld. Als twee weken abstinentie bij herhaling niet lukt, kan dit een reden zijn om met de patiënt tot een verwijzing naar de gespecialiseerde zorg te besluiten.

Somatisch onderzoek

Bij een oriënterend neurologisch onderzoek let de huisarts of verslavingsarts KNMG vooral op tremoren, loop- of evenwichtsproblemen en polyneuropathie van de benen. Bij het buikonderzoek gaat de aandacht vooral uit naar de lever. Vanwege de ongeveer tweemaal zo grote kans op (overlijden als gevolg van) hart- en vaatziekten en de bloeddrukverhogende werking van alcohol zijn er aanwijzingen dat het zinvol is de bloeddruk te meten.⁶⁷ De diagnose alcoholische leverziekte kan met grote mate van waarschijnlijkheid worden gesteld op basis van anamnese, lichamelijk en laboratoriumonderzoek. Voor een definitieve diagnose is histologisch onderzoek nodig.⁶⁸ Voor meer informatie over de lichamelijke complicaties van alcoholgebruik en het opsporen daarvan zie de [\[multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol\]](#).

Jongeren

Omdat het alcoholgebruik bij jongeren vaak niet voldoet aan de criteria voor een alcoholverslaving, schat de zorgverlener de ernst van het problematisch alcoholgebruik bij jongeren in aan de hand van de risicofactoren (zie [\[Richtlijn Middelengebruik in de jeugdhulp\]](#) en [\[NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik, 2014\]](#)). Ook hiervoor zijn standaard-vragenlijsten beschikbaar.⁶⁹

Ouderen

Bij ouderen vindt diagnostiek op dezelfde wijze plaats als bij volwassenen. Let op de specifieke aandachtspunten bij ouderen met alcoholproblemen (zie [4.3 Diagnostiek en monitoring – Aandachtspunten] en [4.2.1 Vroege herkenning - Signalen]). Ook bij ouderen is aanvullende diagnostiek op comorbide psychische of lichamelijke problemen belangrijk.

4.3.2 Onderscheid

De ernst van de verslaving en eventuele bijkomende psychische problemen hebben gevolgen voor de *aard en intensiteit* van de behandeling. Of vervolgens de zorg in de huisartsenzorg, generalistische basis ggz (GB GGZ) of gespecialiseerde ggz (S GGZ) wordt geboden is afhankelijk van:

- de ervaren zorgbehoefte en de voorkeuren van de patiënt en/of zijn omgeving;
- de deskundigheid van de huisarts en de vaardigheden van de huisarts/POH-GGZ en de GB GGZ in de behandeling van verslaving;
- de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. De lokale situatie bepaalt mede welk aanbod door welke organisatie wordt geleverd;
- de motivatie van de patiënt;
- de mogelijkheden van zelfmanagement.

Zie verder [8.1.1 Echelonnering en gepast gebruik].

4.3.3 Monitoring

Gezien het vaak chronische, maar soms ook grillige verloop van alcoholproblematiek is een regelmatige follow-up (monitoren en evalueren) aangewezen: bij patiënten met lichte problematiek minder frequent (2 keer per jaar)⁷⁰ dan bij patiënten met matige problematiek of ernstige problematiek (> 2 keer per jaar, afgestemd op de situatie en de behoefte van de patiënt). Er vindt in elk geval evaluatie plaats bij het afronden, afwijken of stagneren van de behandeling.

Tijdens de evaluaties onderzoeken patiënt en zorgverlener of de behoeftes van de patiënt veranderd zijn. Zij kijken naar de alcoholproblemen en eventueel gebruik van andere middelen, het algemeen functioneren van de patiënt, zijn of haar behoefte aan zorg en begeleiding daarbij en problemen op medisch, psychisch en justitieel terrein. Het zorgaanbod (inclusief eventuele zelfhulp en informele zorg) stemmen patiënt en zorgverlener vervolgens af op de gebleken ondersteuningsbehoefte van de patiënt. Afschaling naar een minder intensieve vorm van behandeling vindt zodra mogelijk plaats.

Goed onderzochte instrumenten (vragenlijsten) kunnen de gesprekken ondersteunen die worden gevoerd ten behoeve van monitoring in de ggz. Voor het monitoren van de behandeling is een set van indicatoren (proces- en uitkomstindicatoren) met bijbehorende meetinstrumenten vastgesteld binnen de systematiek van Routine Outcome Measurement (ROM) in de ggz en verslavingszorg.⁷¹ Het is van belang om de uitkomsten uit de ROM-vragenlijsten terug te koppelen aan de patiënt en eventueel te combineren/vergelijken met eerder ingevulde lijsten.

ROM bij specifieke doelgroepen

Voor het vaststellen van de klinische uitkomsten, evaluatie van de zorg en bijstelling van de zorg bij *jongeren* kan de MATE-Y-Uitkomsten gebruikt worden.⁷²

Voor ROM in de jeugd-ggz wordt gebruik gemaakt van [standaard-vragenlijsten](#) die de drie verschillende meetdomeinen (klachten en problemen, kwaliteit van leven en functioneren) meten.⁷³

Voor *ouderen* is de [HONOS-65](#) ontwikkeld en gevalideerd.

Ontgifting

Het regelmatig vastleggen van onthoudingsverschijnselen is van groot belang bij een medisch verantwoorde ontgifting (detoxificatie). Aanbevolen wordt om de [\[Richtlijn Detoxificatie\]](#) te volgen voor assessment en evaluatie van onthoudingsverschijnselen bij verslaving. Uitgangspunt daarbij is dat de patiënt als volwaardig partner met eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces optreedt. Belangrijk is om zorgvuldig af te wegen hoe kansrijk het is om stabiele abstinentie te bereiken, want herhaaldelijke detoxificatie leidt mogelijk tot veranderingen in de hersenen die de kans op toekomstige abstinentie doen verkleinen.⁷⁴

5 Individueel zorgplan en behandeling

5.1 Zelfmanagement

Zorgbehoefte

De zorg sluit aan bij de vraag van de patiënt. De wensen en mogelijkheden van naasten worden daarin – in overleg met de patiënt - betrokken. De zorgbehoefte van een patiënt wordt met name bepaald door de mate waarin iemand lijdt onder zijn of haar problemen ('lijdensdruk') en het persoonlijk, sociaal en beroepsmatig (dis)functioneren. De zorgbehoefte wordt daarnaast bepaald door:

- de ernst en complexiteit van de problematiek (bijvoorbeeld: kans op complicaties tijdens de ontgifting; ernst van de bijkomende somatische problemen);
- goede of slechte resultaten en ervaringen van eerdere behandeltrajecten (effect van de behandeling, relatie met de zorgverlener);
- de inbreng van andere maatschappelijke partners (bijvoorbeeld het sociaal wijkteam);
- de aanwezigheid van steunende naasten.

De zorgbehoefte van mantelzorgers kan mede bepalen of zorgvragen complex en ernstig worden, dan wel zijn: deze zorgbehoefte zegt iets over de (veer)kracht van het systeem rond de patiënt en kan tot de conclusie leiden dat een systemische behandeling nodig is.

Indien de patiënt geen zorgvraag heeft maar er wel direct gevaar is voor de persoon of zijn omgeving (gevaarscriterium), dan kan een gedwongen behandeling noodzakelijk zijn. Het vaststellen van instabiliteit van chronische problematiek is afhankelijk van de onderliggende aandoening en de context van de patiënt.⁷⁵ Dit staat los van het eventueel voldoen aan een minimaal aantal symptomen (zie [3.1.2 Wat is een alcoholverslaving]) die de DSM-5 benoemt bij verslaving.⁷⁶

Individueel zorgplan

De doelen van de patiënt leiden tot het individuele zorgplan dat beoogt de gezondheid (in de brede zin van het woord) van de patiënt te verbeteren. Het sociaal maatschappelijk functioneren wordt nadrukkelijk hierin betrokken. Het zorgplan beschrijft onder meer de zorgvraag, de oorzaken van de ervaren beperkingen, de persoonlijke behandeldoelen en (maatschappelijke) hersteldoelen en de behandelinterventies.

Het zorgplan beschrijft wie welke rol oppakt en bevat een duidelijk omschreven stappenplan met zicht op de toekomst. De patiënt bepaalt (mede) het tijdsplan. Het tempo, de herstelfase en de persoonlijke beleving van de patiënt zijn zoveel mogelijk leidend. Een patiënt of diens behandelaar kan een second opinion aanvragen (herbeoordeling van een diagnose en/of behandeladvies).

Het zorgplan is een instrument voor patiënt, eventueel naasten en behandelaar om steeds na te gaan of ze op de juiste weg zitten met de behandeling en of de doelen gehaald gaan worden. Zorgverlener en patiënt evalueren periodiek ('Hoe is het gegaan en waar werken we dit gesprek aan, gerelateerd aan de afgesproken doelen?') en aan het einde ('Wat heeft u eraan gehad?') (zie [4.3.3 Monitoring]).

Zelfmanagement

Het individuele zorgplan, het voeren van eigen regie en zelfmanagement, empowerment, ondersteunend werken en gedeelde besluitvorming staan centraal in behandeling en rehabilitatie. *Zelfmanagement* is een verzameling van kennis, gedrag, activiteiten en hulpmiddelen waarmee mensen met een chronische aandoening beter de

regie kunnen voeren rond de aandoening en op het leven, ook het leven dat iemand wil hebben of krijgen. Bij het zelf werken aan symptomatisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel worden zij op maat ondersteund en waar nodig wordt hun structuur geboden door professionals. Professionals geven mede richting aan hoe zorg en behandeling worden ingezet ter ondersteuning van iemands herstel.

Zelfmanagement is tijdens alle fasen van alcoholproblematiek van belang, ook in een vroeg stadium van de problemen. Zelfmanagement leidt - op de juiste manier toegepast - tot een betere kwaliteit van leven, betere zorg en vermindering van zorgkosten. Belangrijke zaken bij zelfmanagement zijn: samen beslissen, vertrouwen in eigen kunnen, zelf vorm geven aan veranderingen en verbonden zijn met de omgeving.⁷⁷ Ervaringsdeskundigen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Zie verder de [generieke module Zelfmanagement].

Schaamte

Schaamte is een belangrijk thema bij verslaving. Onderzoek laat zien dat interventies die gericht zijn op hanteren van schaamte de effectiviteit van behandeling vergroten. Schaamte kan het zoeken en benutten van hulp blokkeren.⁷⁸ Daarnaast belemmeren gevoelens van schaamte zelfmonitoring en zelfmanagement. Praktijkervaring leert dat schaamte echter maar weinig expliciete aandacht krijgt. Meer aandacht voor schaamte vanuit zorgverleners kan een positieve invloed hebben op het herstel. Ook zelfhulpgroepen kunnen een belangrijke rol spelen. De groepsleden bevinden zich in dezelfde situatie en alles wat gezegd wordt, blijft binnen de groep. De [generieke module Destigmatisering] besteedt uitgebreid aandacht aan schaamte en zelfstigma.

Zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming

Essentieel bij het werken met zelfmanagement is dat bij de patiënt kracht, eigen regie, geloof in eigen kunnen en perspectief op wat wel kan (in plaats van wat niet kan) centraal staan. Voor de rol van de zorgverlener zie de [generieke module Herstelondersteunende zorg – Samenvattingskaart Rol van de zorgverlener]. De patiënt geeft bij de besluitvorming over zorgplan en behandeling de doorslag. Hij wordt daarbij zo mogelijk ondersteund door ingebrachte ervaringskennis van ervaringsdeskundigen. Zelfmanagement raakt dus ook aan de gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en zorgverlener. Dat betekent dat de expertise van een zorgverlener en wetenschappelijke kennis worden geïntegreerd met de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt.⁷⁹ Voorwaarde hiervoor is dat de motivatie om te veranderen aanwezig is. Mensen met alcoholproblemen zijn vaak niet of sterk wisselend gemotiveerd om iets aan hun problemen te doen. De toepassing van motiverende gespreksvoering door een zorgverlener is daarom vanaf het eerste contact essentieel. De keuze voor de gewenste uitkomst van de behandeling, zoals abstinentie, gecontroleerd gebruik of doordrinken, ligt vervolgens bij de patiënt. De patiënt dient daarbij door de zorgverlener goed te worden geïnformeerd over de opties, de voor- en nadelen en consequenties van deze keuzes. Er zijn verschillende hulpmiddelen ontwikkeld om gezamenlijke besluitvorming⁸⁰ in de praktijk te brengen. Zie bijvoorbeeld de factsheet [\[Samen beslissen\]](#). Voor patiënten heeft de NPCF een gesprekshandleiding [\[Samen Beslissen\]](#) ontwikkeld.

Ondersteuning van naasten

De zorgverlener betreft, in overleg met en na instemming van de patiënt zelf, naasten bij de zorg in alle fasen. Daarbij heeft de zorgverlener oog voor hun belastbaarheid. Naasten dienen voldoende ondersteuning te krijgen vanuit de hulpverlening om enerzijds eventuele zorg te kunnen uitvoeren en anderzijds zelf overeind te blijven.⁸¹ Er zijn trainingen en boeken beschikbaar voor naasten van mensen met verslavingsproblemen voor patiënten (zelfhulp) en voor de professional⁸². Een effectieve methode is *Community Reinforcement and Family Training* (CRAFT)⁸³. In deze training leren naasten hoe zij de regie over hun leven kunnen vasthouden of verbeteren. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het stellen van grenzen, aan het herkennen van hun eigen boosheid en aan het omgaan met het gebruik van hun naaste.

Ook dient de zorgverlener te wijzen op informele ondersteuning via zelfhulpgroepen.⁸⁴ Familie en naasten vinden deze groepen vaak zeer waardevol. Ze bieden een luisterend oor, zijn gratis en kunnen zo lang als de deelnemers dit nodig achten bezocht worden.

Een familie-ervaringsdeskundige kan worden ingezet om het herstelproces van familieleden van een persoon met een verslaving te ondersteunen.⁸⁵ Voor mantelzorgers die naasten met een verslaving ondersteunen kan de methode Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM) helpen om overbelasting en verminderd welbevinden te voorkomen.⁸⁶

Zie meer informatie over informele zorg bij verslavingen [[beschikbare materialen zelfhulp](#)].

5.2 Behandeling en begeleiding

Een behandeling moet het door een patiënt zelf ingezette herstelproces ondersteunen en 'empoweren'.⁸⁷ Herstel moet gemobiliseerd worden vanuit de krachten van de patiënt. Wat heeft hem eerder geholpen, hoe kan hij de eigen sterke kanten inzetten om tot herstel te komen en wie kunnen mogelijk steun bieden? Waar mogelijk betreft de zorgverlener naasten⁸⁸ van de patiënt bij de behandeling en begeleiding en geeft informatie over zelfhulpgroepen⁸⁹ en informele zorg. In elk stadium van de zorg is bovendien aandacht voor:

- Continue en systematische informatie voor de patiënt en naasten.
- Het motiveren van een patiënt door inzet van motiverende gespreksvoering.
- Instructie, psycho-educatie en ondersteuning (zie [5.2.1 Psycho-educatie]) van de patiënt bij zijn herstelproces.

Patiënten en naasten geven er de voorkeur aan dat altijd actief de mogelijkheid van begeleiding op het gebied van zingeving⁹⁰ en spiritualiteit wordt besproken. Wanneer iemand daar behoefte aan heeft of er open voor staat kan dit het herstelproces ondersteunen.⁹¹

Detoxificatie

In elke zorgwaarte kan sprake zijn van noodzaak tot medische begeleiding bij ontgiften (detoxificatie). De intensiteit daarvan wordt op basis van individuele kenmerken afgestemd (ambulant, intensief ambulant, klinisch, high care klinisch). Een mild tot matig alcoholonthoudingssyndroom kan succesvol ambulant worden behandeld, onder begeleiding van de verslavingszorg (in samenwerking met de huisarts). De huisarts kan, in overleg met patiënt en diens naasten, een alcoholdetoxificatie zelf opstarten indien de problematiek en de verwachte ontwenningssverschijnselen mild tot matig zijn en de huisarts (dan wel de POH-GGZ) zich daartoe voldoende competent acht.^{92,93} Deelname aan zelfhulpgroepen kan de ontwenning van alcohol ondersteunen. Bij twijfel dient altijd de verslavingszorg te worden ingeschakeld. In een aantal situaties moet een klinische detoxificatie worden overwogen.⁹⁴ Overwegingen voor klinische detoxificatie zijn opgenomen in de [[Richtlijn Detoxificatie](#)], evenals een leidraad voor de duur van detoxificatie per middel.

Vervolg zorg

Niet alleen tijdens, maar ook na uitstroom uit een behandeling dient altijd een concrete vorm van ondersteuning te worden geboden, afhankelijk van de wens en mogelijkheden van de patiënt.⁹⁵ Terugval (*relapse*) na een verslavingsbehandeling komt vaak voor.⁹⁶ Al tijdens de behandeling of ondersteuning moet daarom expliciet aandacht zijn voor de situatie na het afronden van het hulpverleningscontact:

- eHealth biedt verschillende mogelijkheden om de patiënt te helpen bij het volhouden van het gewenste gedrag.
- De risico's dienen te worden besproken, evenals eventuele andere bijkomende psychische problemen die na het werken aan de verslaving weer naar boven kunnen komen. Het bieden van een zo goed mogelijke kwaliteit van leven voor de patiënt staat hierbij voorop.

- Er worden afspraken gemaakt met de therapeut en met de naasten over hoe te handelen bij dreigende terugval.
- Op- en afschalen van zorg dienen altijd en snel te kunnen worden georganiseerd, gezien het risico op (tijdelijke) terugval bij een verslaving. Vervolgzorg zal daarom afgestemd dienen te worden met bijvoorbeeld de generalistische basis ggz, ambulant werkende interdisciplinaire teams (zoals F-ACT) of wijkteams.

Vervolg- of nazorg is bij een ernstige of chronische verslaving feitelijk een verkeerd begrip: meestal is blijvende ondersteuning nodig. Zelfhulpgroepen kunnen een belangrijke rol spelen in deze chronische zorg. Bij het (leren) leven met een beperking horen begrippen als rehabilitatie en herstel (zie [6. Herstel, participatie en re-integratie]).

Bijkomend middelengebruik

Patiënten met een alcoholprobleem gebruiken vaak ook andere middelen. Daarom dient er in de behandeling altijd aandacht te zijn voor eventueel ander middelengebruik en bijkomende verslaving(en). De combinatie alcohol en slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) geeft risico op onder meer kortdurende bewusteloosheid en een verminderd reactie- en beoordelingsvermogen en levert daarmee gevaar op bij verkeersdeelname. Het zijn beide verdoovende middelen die elkaars werking in aanzienlijke mate versterken. Ook voor roken dient aandacht te zijn, omdat dit het succes van de behandeling van alcoholverslaving lijkt te verminderen⁹⁷ en een sterk negatief effect heeft op de gezondheid. Zorgverleners moeten de mogelijkheden voor ondersteuning bij het stoppen met roken altijd met de patiënt bespreken.

Comorbide problematiek

Comorbide lichamelijke en psychische aandoeningen, ontwikkelingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke beperkingen doen zich vaak samen voor met alcoholproblemen (zie ook [3.1.4 Comorbiditeit]). Goede herkenning en diagnostiek is van belang, en vervolgens behandeling van de problematiek door behandelaars die daarvoor de expertise in huis hebben. Patiënten met een verslaving en bijkomende problematiek die hulp vragen bij hun herstel worden ook voor deze bijkomende problemen behandeld wanneer (of zodra) zij daarvoor openstaan.⁹⁸ Behandeling en begeleiding worden georganiseerd rondom de patiënt. Een goed onderbouwde benadering hierbij is de [\[Geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose\]](#) (IDDT) of de [\[Community Reinforcement Approach\]](#) (CRA), gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een psychische stoornis en problematisch middelengebruik. Binnen IDDT kunnen verschillende interventies worden uitgevoerd. Aanvullende hulp moet kunnen worden ingeschakeld zonder dat daardoor de eerder gestarte behandeling stagneert of stopt (zie [8.1 Zorgstandaardonafhankelijke aspecten]).

Het gebruik van alcohol kan suïcidale en/of hopeloze gevoelens versterken en daarmee het risico op suïcide verhogen.⁹⁹ Bij signalen die in deze richting wijzen dienen deze te worden besproken, gediagnosticeerd en behandeld (zie de [\[multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag als hulpmiddel\]](#)). Het samen opstellen van een veiligheidsplan (zie [\[www.113online.nl/zelfhulp/veiligheidsplan\]](http://www.113online.nl/zelfhulp/veiligheidsplan)) is van cruciaal belang.

Patiënten met minderjarige kinderen

Wanneer een patiënt met alcoholproblemen minderjarige kinderen heeft dient een zorgverlener hier altijd aandacht voor te hebben (zie ook [\[www.kindercheck-ggz.nl\]](http://www.kindercheck-ggz.nl)). Diverse verslavingszorginstellingen bieden voor patiënten met kinderen speciale groepen aan, de zogeheten 'KOPP/KVO-groepen'. Landelijk worden interventies gericht op Kinderen van Verslaafde Ouders aangeduid met 'KVO'. Het handboek [\[Programma Verslaving & Ouderschap\]](#) beschrijft een werkwijze voor het tijdig signaleren, bespreekbaar maken en aanpakken van opvoedingsvragen en -problemen bij ouders die in zorg komen vanwege verslavingsproblematiek.

Meer over speciale doelgroepen

Lees meer over de zorg bij jongeren¹⁰⁰, ouderen¹⁰¹ en verslaafde justitiabelen¹⁰² met alcoholproblemen.

5.2.1 Psycho-educatie

Om zelfmanagement en adequaat coping gedrag te bevorderen moet psycho-educatie stapsgewijs en herhaaldelijk worden gegeven tijdens het behandeltraject. Goede psycho-educatie, in samenhang met gezamenlijke besluitvorming, stelt de patiënt in staat om meer verantwoordelijkheid voor zijn herstel te nemen. Dit versterkt de motivatie en het geloof in eigen kunnen en daarmee de kans op een succesvolle behandeling. Na de probleemvaststelling krijgt de patiënt (en naasten) gerichte informatie, voorlichting en educatieactiviteiten, over bijvoorbeeld een gezonde levenswijze bij alcoholproblemen, omgaan met de gevolgen van het ziekteverloop, mogelijke behandelingen en de effecten op het dagelijks leven. Psycho-educatie is meer dan alleen voorlichting geven. Het is ook een behandelinterventie waarbij samen met de patiënt barrières met betrekking tot gedragsverandering worden ontdekt en opgelost. De eigen mogelijkheden en reeds aanwezige vaardigheden van de patiënt zijn hierin het startpunt.

Psycho-educatie op maat

Het verdient aanbeveling zo snel mogelijk en op maat te starten met psycho-educatie.¹⁰³ Zo mogelijk worden naasten hierbij nauw betrokken. De patiënt en naasten krijgen stapsgewijs informatie over wat verslaving inhoudt en welke behandeling en eventueel aanvullende diagnostiek het herstel zouden kunnen ondersteunen. Speciale aandacht vragen de onderwerpen lotgenotencontact en zelfhulpgroepen. Deze kunnen voor patiënten en naasten een belangrijke aanvulling op de informatie door professionals zijn. Daarom stellen zorgverleners alle patiënten met alcoholverslaving tijdens hun behandeling op de hoogte van het bestaan en de werkwijze van de AA en verwante organisaties en van hoe zij ermee in contact kunnen komen.¹⁰⁴

Mogelijke inhoud van psycho-educatie

Om een patiënt met beginnende alcoholproblemen te helpen kan de zorgverlener (bijv. huisarts, POH-GGZ, maatschappelijk werker, ggz-agoog, wijkteam, zorgverlener in algemeen ziekenhuis, bedrijfs- of verzekeringsarts) het volgende met de patiënt bespreken:

- het (mogelijke) verband tussen de gepresenteerde klacht en het alcoholgebruik;
- de mogelijke aanleg voor problematisch alcoholgebruik (dronkenschap op jonge leeftijd en/of omgang met alcohol in de familie en/of alcoholproblemen in de familie);
- verantwoord alcoholgebruik:¹⁰⁵ drink 1, hooguit 2 glazen per dag en in ieder geval 2 dagen per week niet.¹⁰⁶
- dat tijdens de zwangerschap alcoholgebruik volledig wordt ontraden, omdat ook bij kleine hoeveelheden alcohol de kans bestaat op beschadiging van de vrucht;
- dat bij langdurig gebruik van grote hoeveelheden alcohol de patiënt niet zonder begeleiding moet stoppen met drinken, vanwege het verhoogde risico op ernstige ontwenningsverschijnselen, zoals insulten of een delier;
- de (mogelijke) schade door alcohol en de invloed op de rijvaardigheid; tijdens een consult waarbij de zorgverlener inschat dat er sprake is van een (acuut) te hoog alcoholpromillage, wijst de zorgverlener de patiënt op de risico's van alcoholgebruik in het verkeer;
- dat aandringen op het dagelijks gebruik van vitamine B1 (thiamine)¹⁰⁷ noodzakelijk is bij personen die meer drinken dan verantwoord is en daar niet mee (willen) stoppen, om aandoeningen als Korsakov en Wernicke te voorkomen;

- het bestaan van de Anonieme Alcoholisten [www.aa-nederland.nl], [[het zelfhulpnetwerk](#)] en zelfhulpgroepen die gelinkt zijn aan de regionale verslavingszorginstelling en steungroepen voor partners zoals [[AL-ANON](#)];
- het bestaan van online zelfhulp; de zorgverlener verwijst bovendien naar de informatie over problematisch alcoholgebruik op de NHG-publiekswaarschuwing [www.thuisarts.nl].

Daarnaast dient de zorgverlener de sterke punten van de patiënt in kaart te brengen en te benoemen. Op welke levensdomeinen gaat het goed of wat ging iemand in het verleden goed af? Wat heeft eerder al eens geholpen in moeilijke situaties? Deze sterke punten kunnen worden ingezet en versterkt om zo meer of ernstigere alcoholproblemen te voorkomen.

5.2.2 Eerste stap interventies

Eerste stap interventies zijn bedoeld voor toepassing in de algemene gezondheidszorg (huisarts en POH-GGZ, eerstehulpafdelingen, diverse afdelingen van een algemeen ziekenhuis), de generalistische basis ggz of de bedrijfsarts. Het zijn minimale en kortdurende interventies voor de eerstelijnszorg, bedoeld voor patiënten met lichte alcoholproblemen (zie [4.3.2 Onderscheid]). ‘Eerste stap’ betekent niet dat iedereen deze programma’s eerst moet doorlopen alvorens intensievere zorg te krijgen.

E-mental health

‘E-mental health’ of ‘eHealth’ is het gebruik van technologie ter ondersteuning of verbetering van de geestelijke gezondheid en de zorg daarvoor. Het gaat bijvoorbeeld om online zelftesten, zelfhulpprogramma’s en mobiele technologische ondersteuning via bijvoorbeeld een smartphone (mHealth, met de m van *mobile*). Binnen de verslavingszorg zijn er ook mogelijkheden voor hybride zorgvormen, waarbij eHealth-componenten geïntegreerd worden in bestaande (face-to-face) behandelingen (bijvoorbeeld in de vorm van apps waarmee patiënten ondersteunende huiswerkopdrachten uitvoeren of psycho-educatiemodules).

Zonder deze geïntegreerde face-to-facebehandeling is eHealth in principe alleen geschikt voor patiënten met lichte alcoholproblemen. eHealth kent echter een lage drempel en is voor een deel anoniem, wat aantrekkelijk kan zijn voor patiënten die anders geen gebruik zouden maken van (face-to-face) zorg. Een huisarts kan daarom het aanbieden van e-mental health ook overwegen bij patiënten met een indicatie voor generalistische basis ggz (GB GGZ), die geen ernstige of complexe problematiek hebben en die (nog) geen motivatie voor behandeling in de GB GGZ hebben. De huisarts/POH-GGZ en patiënt spreken enkele controleafspraken af om in gesprek te blijven over het beloop en effect. De patiënt moet wel beschikking hebben over internet, moet voldoende internetvaardigheden bezitten, moet de Nederlandse taal beheersen en beschikken over voldoende zelfdiscipline.

eHealth en sociale media bieden veel mogelijkheden.¹⁰⁸ Zie voor een overzicht van het (erkende) aanbod van eHealth bij alcoholproblemen en andere psychische problemen:

- [Trimbos instituut](#)
- [Thuisarts](#)
- [Online Hulpstempel](#)
- [Handreiking Psychische klachten en alcohol](#)

Eenmalige en kortdurende interventies

Iedere patiënt met alcoholproblemen behoort na vaststelling daarvan ten minste een korte interventie te worden aangeboden om het alcoholgebruik te helpen verminderen of stoppen. Eenmalige en kortdurende interventies bestaan uit één of enkele interventies van 5 tot 30 minuten. Deze kunnen plaatsvinden binnen de algemene gezondheidszorg (huisarts en/of POH-GGZ, eerstehulpafdelingen, diverse afdelingen van een algemeen ziekenhuis), door de bedrijfsarts of in de generalistische basis ggz.

Bij eenmalige en kortdurende interventies wordt meestal gebruik gemaakt van een combinatie van op motiverende gespreksvoering gebaseerde gesprekstechnieken en een advies. Vanuit een begripvolle, respectvolle houding wordt de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt centraal gesteld en worden diens mogelijkheden bevestigd, om het geloof in eigen kunnen te versterken.

Inhoud

Korte interventies bevatten doorgaans:

- het geven van feedback over excessief alcoholgebruik naar aanleiding van bij de patiënt verricht onderzoek;
- het geven van advies en opties voor gedragsverandering;
- het bespreken van de keuze voor en de mogelijkheden tot verandering van het gebruik;
- de keuze minder/niet te drinken en het bespreken van hoog-risicosituaties en gedragsalternatieven.¹⁰⁹

Ook hier is het van belang te wijzen op de mogelijke steun via zelfhulpgroepen of andere manieren om terugval in gebruik te voorkomen.

Kortdurende ondersteuning in huisartsenpraktijken is mogelijk effectief in het verminderen van alcoholgebruik.

Ook bij jongeren zijn hier aanwijzingen voor. Zelfhulpgroepen kunnen een belangrijke rol spelen in terugvalpreventie.

Speciale doelgroepen

Voor jongeren kan geïndiceerde preventie aan de orde zijn¹¹⁰ net als voor ouderen¹¹¹ met (beginnende) alcoholproblemen. Tips voor de huisarts en POH-GGZ zijn te vinden in de [[Handreiking Psychische klachten en alcohol](#)].

5.2.3 Psychosociale behandeling

Psychosociale interventies zijn interventies die het alcoholgebruik beïnvloeden door directe of indirecte (mondelinge of schriftelijke) communicatie met de patiënt. Interventies richten zich rechtstreeks op het gedrag (bijvoorbeeld zelfcontrole van de patiënt) en/of indirect, gericht op de omgeving (zoals het gezin) en op de steun van anderen.

Algemeen

De belangrijkste soorten psychosociale interventies zijn interventies om:¹¹²

- mensen te helpen om hun problemen met middelengebruik te onderkennen, ambivalentie te creëren en op te lossen en bereidheid tot verandering te vergroten (bijvoorbeeld via motiverende gespreksvoering);
- problemen met middelengebruik te behandelen: het onder controle krijgen van het drinken en de kans op terugval voorkomen (bijvoorbeeld via cognitieve gedragstherapie en contingentiemanagement; zie [5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling]);
- mensen te helpen een behandeling te volgen en voor het bereiken van re-integratie (zoals zelfhulpgroepen).

Deze indeling is globaal; interventies kunnen in wisselende combinaties worden aangeboden. De indeling in soorten behandelingen en interventies volgt niet strikt de beschreven indeling. Voor interventies specifiek gericht op maatschappelijk herstel zie [6. Herstel, rehabilitatie & re-integratie].

Motiverende gespreksvoering is gericht op vergroting van de motivatie. De overige interventies zijn gericht op het vergroten van de controle van de patiënt over diens drinkgewoonte en het verkleinen van de kans op terugval.

Onderzoek heeft zich voornamelijk toegespitst op de effectiviteit van afzonderlijke interventies; men neemt echter aan dat het combineren van interventies het meest effectief is.¹¹³

In de [Richtlijn Detoxificatie](#) staat informatie over de inzet van psychosociale interventies tijdens medische detoxificatieprogramma's.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering (MGV)¹¹⁴ dient te worden ingezet bij alle behandelingen van alcoholproblemen, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.¹¹⁵ Motiverende gespreksvoering¹¹⁶ kan ook worden ingezet bij jongeren, inclusief jongeren met LVB.¹¹⁷ Motiverende gespreksvoering is effectief zowel bij drinkers die behandeling zoeken als bij opportunistische interventies, dus bij patiënten die geen hulp vragen voor alcoholproblemen.¹¹⁸

5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling

Cognitief gedragstherapeutische interventies

Cognitieve gedragstherapie (CGT)¹¹⁹ dient te worden gebruikt bij behandeling van lichte, matige en ernstige alcoholverslaving. Het aantal sessies dat voor een behandeling nodig is, is afhankelijk van de ernst van de problematiek en de vooruitgang die de cliënt maakt. CGT dient een reeks interventies te bevatten om a) de gewoonte van het drinkgedrag te veranderen en b) om cognitieve en gedragsvaardigheden aan te leren om met levensproblemen in het algemeen beter om te gaan. Voorbeelden van deze interventies zijn:

- Sociale vaardigheidstraining
- Zelfcontroletraining
- Cue-exposure

In de [multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol](#) is het bewijs voor de effectiviteit van deze interventies samengevat. CGT in combinatie met medicatie is in het algemeen effectiever dan CGT zonder medicatie.

Een relatief nieuwe cognitief gedragstherapeutische interventie is *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*. Deze therapie behoort tot de zogenoemde derde generatie cognitieve gedragstherapieën. Voor ACT is voldoende eerste bewijs bij verslaving.¹²⁰ Het is een acceptatiegerichte gedragstherapie met een nadruk op het richten van het gedrag op de individuele waarden van patiënten.

Het *re-traineren van automatische processen*¹²¹ is een relatief nieuwe, *aanvullende* behandelwijze waarvan enige effectiviteit is aangetoond.

*Community Reinforcement Approach (CRA)*¹²² is een multimodale behandeling die aanvullend kan worden ingezet bij mensen met veelal een ernstige verslaving en comorbide problemen en die niet sterk gemotiveerd zijn.¹²³ De behandeling is gericht op andere problematische aspecten en gedragingen die de verslaving in stand houden. Er wordt ingezet op de ontwikkeling van alternatieve bekrachtigers die de patiënt ondersteunen in een middelenvrij bestaan. Er is aangetoond dat de CRA aanpak evenwel succesvol voor andersoortige cliëntpopulaties, zoals patiënten die deelnemen aan een ambulante alcohol ontgiftiging, reguliere ambulante patiënten uit de basis GGZ, en forensische patiëntpopulaties).¹²⁴

De inzet van *Contingency Management (CM)* - als add-on - kan mogelijk het effect van deze multimodale behandeling vergroten, maar niet in alle gevallen is een dergelijke combinatietherapie beter werkzaam¹²⁵. CM kan worden ingezet als *aanvullende* behandeling bij een ernstige alcoholverslaving. De interventie is gebaseerd op

het belonen van niet-gebruik (gecontroleerd met urinemonsters) met tegoedbonnen of geld. CM is een mogelijk effectieve behandeling.

Zie voor uitgebreide informatie over de toepassing van cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik het Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken.¹²⁶ Zie voor informatie over de toepassing van cognitieve gedragstherapie bij jongeren die middelen gebruiken de [[Richtlijn Cognitieve gedragstherapie jeugd \(2012\)](#)].

Systeemtherapieën

Na het stoppen met alcohol blijkt regelmatig dat relaties en gezinnen ernstig ontwricht zijn. Gezien de effecten op zowel de tevredenheid in de partnerrelatie als op het verminderen van geweld, verdient (cognitief) gedragstherapeutische relatietherapie de voorkeur als er sprake is van stress in de relatie of huiselijk geweld.¹²⁷ Bij voorkeur betreft de zorgverlener de betreffende partner bij elke individuele behandeling, omdat deze betrokkenheid de behandeling ondersteunt.¹²⁸

Voor jongeren wordt multidimensionele familietherapie (MDFT) aanbevolen. Dit is een ambulante systeemtherapie aangevuld met bemoeizorg. MDFT is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 19 jaar die probleemgedrag vertonen (zoals het overmatig gebruik van drugs en/of alcohol, criminaliteit en spijbelen) en die daarnaast vaak gedrags- of psychische aandoeningen vertonen. Zij zijn meestal op meerdere leefgebieden vastgelopen of dat dreigt te gebeuren.¹²⁹ Deze behandelvorm is beoordeeld als 'effectief volgens sterke aanwijzingen' op het verminderen van cannabisverslaving. Zie [[Databank Effectieve Jeugdinterventies](#)].

Twaalfstappenbenadering

De twaalfstappenbenadering die is ontwikkeld door en wordt toegepast binnen de AA ligt ook ten grondslag aan enkele interventies die door professionals binnen de gezondheidszorg worden aangeboden (vaak door ex-verslaafden). Het zogeheten Minnesotamodel, dat ook naar diverse Europese landen is geëxporteerd, bestaat uit een klinische opname waarin naast detoxificatie en medische behandeling ook intensieve deelname aan AA-groepen wordt aangeboden, begeleid door professioneel opgeleide ex-verslaafden. Er is een nazorgtraject waarin deelname aan AA sterk wordt aangemoedigd. Ook zijn er ambulante programma's geschreven waarin de twaalfstappenbenadering protocollair wordt toegepast bij groepen met alcoholafhankelijken, geleid door al dan niet ex-verslaafde professionals.^{130,131}

Therapeutische gemeenschappen

Na jaren onderzoek blijft het oordeel over het effect van therapeutische gemeenschappen (het samenleven in een groep als een manier om mensen met verslavingsproblemen te behandelen) voorzichtig positief. Het is echter niet aangetoond dat deze gemeenschappen betere resultaten leveren dan andere vormen van residentiële hulp.¹³²

Behandeling en ondersteuning bij chronische verslaving: 'harm reduction'

Harm reduction verwijst naar beleid, programma's en praktijken die de negatieve gezondheids-, sociale en economische effecten van het gebruik van legale en illegale middelen beogen te verminderen, zonder per definitie het gebruik van deze middelen te beperken, aldus de definitie van Harm Reduction International.¹³³

De zorg voor ernstig chronisch afhankelijke patiënten dient zich te richten op schadebeperking en verbetering van kwaliteit van leven. Intensieve vormen van casemanagement hebben daarbij de voorkeur boven het zogenoemde makelaarsmodel. Deze groep patiënten heeft een grote overlap met de EPA-doelgroep (mensen met een ernstige psychische aandoening).

Alcoholgebruiksruimte

Een voorbeeld van een voorziening gericht op harm reduction is de alcoholgebruiksruimte. Dit betreft een door de verslavingszorg beheerde opvangvoorziening. Hier kunnen patiënten met een ernstige alcoholverslaving en bijkomende maatschappelijke, lichamelijke en/of psychische problematiek alcohol gebruiken, onder professioneel toezicht. Rust voor gebruik in een veilige omgeving en koppeling aan zorg staan centraal. De voornaamste doelen zijn het beperken van de gezondheidsschade voor de gebruikers en het terugdringen van de overlast op straat. Voor de verslavingszorg is het een mogelijkheid om met moeilijk bereikbare patiënten in contact te komen. Het gaat meestal om mensen, vaak mannen, die weinig zelfredzaam zijn en veel overlast veroorzaken. Zij kunnen of willen geen hulp vragen. Het basisaanbod bestaat uit (gratis) maaltijden, koffie en thee, mogelijkheden voor persoonlijke verzorging en hygiëne, recreatie, activiteiten en een gezonde(re) leefstijl. De hulpverlening is proactief en gericht op praktische zaken, zoals inkomen, werk- of dagbesteding en onderdak. Via motiverende gespreksvoering kunnen medewerkers proberen de patiënten te ondersteunen bij gedragsverandering. Daarbij kan ook gedacht worden aan informele zorg, ondersteunend aan formele zorg. In het multidisciplinaire team van een gebruiksruimte zijn de volgende disciplines vertegenwoordigd: groepswerker, bemoeizorger, casemanager, verpleegkundige, verslavingsarts KNMG, verpleegkundig specialist, ggz-agoog of sociaal werker en een leidinggevende.¹³⁴

De [\[Richtlijn Alcoholgebruiksruimten \(2011\)\]](#) geeft aanbevelingen op het gebied van organisatie en inrichting van de alcoholgebruiksruimte, de toelating en toeleiding ernaartoe en het aanbod. Het stellen van een lichamelijk onderzoek door een arts of verpleegkundig specialist zou een voorwaarde moeten zijn voor toelating. Aangeraden wordt ook om bezoekers op vaste tijdstippen te laten blazen, pauzes tussen drinkmomenten in te lassen en maximale promillages aan te houden. De ruimten zijn bij voorkeur geïntegreerd in of met een andere voorziening. Bezoekers worden structureel in de organisatie betrokken, bijvoorbeeld in de vorm van overleg of betrokkenheid bij besluiten over de ruimte. Aandachtspunten voor organisatie en inrichting van alcoholgebruiksruimten zijn te lezen in [\[Alcoholgebruiksruimten in Nederland\]](#).¹³⁵

Langdurige zorg

Bij het merendeel van degenen die enige tijd verslaafd zijn geweest blijft de alcoholverslaving voortduren, ondanks behandeling. Dit gebeurt vaker bij patiënten met, naast verslaving, andere psychische aandoeningen en/of met meervoudige sociale en persoonlijke problemen. In dat geval kan overwogen worden om – naast aandacht voor functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel¹³⁶ – vooral de door het alcoholgebruik veroorzaakte schade te beperken. Een dergelijke behandeling en begeleiding kan lange tijd duren.¹³⁷ Hiervoor zijn diverse vormen van casemanagement ontwikkeld [zie Hoofdstuk 8]. Belangrijk is om bij deze doelgroep vitamine B1 voor te schrijven (zie [5.2.5]).

Bij het bepalen en evalueren van de behandeldoelen en behandeling maakt de behandelaar, samen met de patiënt, op grond van eigen expertise en het verhaal van de patiënt een keuze voor de meest passende psychologische en/of psychotherapeutische behandelvorm en behandeling (zie de [generieke module Psychotherapie]). Deze keuze hangt onder meer af van bijkomende psychische problematiek en psychische problematiek¹³⁸ die zich voordoet na vermindering of stoppen van het alcoholgebruik.

5.2.5 Medicamenteuze behandeling

Er zijn medicijnen beschikbaar om de nadelige gevolgen van langdurig overmatig alcohol te verminderen, ontweningsverschijnselen te verminderen of te ondersteunen bij het voorkomen van een terugval. De aanbevelingen hebben betrekking op volwassenen en ouderen. Over de medicamenteuze behandeling specifiek bij jongeren is weinig tot niets bekend.

Thiaminesuppletie (vitamine B1)

Een tekort aan thiamine (vitamine B1) kan neurologische problemen veroorzaken, zoals polyneuropathie, Wernicke-encefalopathie en het syndroom van Korsakov. Thiaminesuppletie is geïndiceerd bij (een vermoeden van) chronische alcoholproblemen¹³⁹ en tijdens alcoholontwenning.¹⁴⁰ Bij aanwijzingen voor of een verdenking op een acute Wernicke-encefalopathie (loopstoornissen, oogspierverlamming, verwardheid) is directe verwijzing noodzakelijk voor een intraveneuze behandeling met een hoge dosis thiamine.¹⁴¹ Wernicke encephalopathie manifesteert zich klinisch vaak als een delier (delirium door een gebrek aan thiamine). Het herkennen hiervan is van groot belang voor de juiste behandeling.¹⁴²

Medicamenteuze behandeling bij ontwenningverschijnselen

Langwerkende benzodiazepinen worden aanbevolen als middel van eerste keuze bij alcoholdetoxificatie. Monitoring van de ontwenningverschijnselen vindt bij voorkeur plaats met behulp van de Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar). Het gevaar van toepassing van langwerkende benzodiazepinen bij ouderen en mensen met een gestoorde leverfunctie is een stapeling van medicatie door onvoldoende afbraak. Dit gevaar is bij gebruik van de CIWA-Ar niet aanwezig, omdat toediening stopt op het moment van voldoende effect, waarna de spiegel alleen maar afneemt. De richtlijnen voor medicamenteuze behandeling bij detoxificatie zijn te vinden in de [\[Richtlijn Detoxificatie\]](#).

Medicatie voor het voorkomen van terugval

Medicatie voor het voorkomen van een terugval kan andere maatregelen om een terugval te voorkomen enigszins ondersteunen. Medicatie dient altijd in combinatie met ondersteunende gesprekken door een arts of verpleegkundig specialist te worden aangeboden (*medical management*). Dit kan een op zichzelf staande behandeling gericht op het voorkomen van terugval zijn. Afhankelijk van de individuele situatie en voorkeur van de patiënt kan een middel worden gekozen dat helpt om alcoholgebruik te stoppen of minderen. Bewezen effectieve en daarvoor geregistreerde geneesmiddelen zijn acamprosaat, naltrexon en disulfiram.¹⁴³ Deze middelen worden voornamelijk door verslavingsartsen, psychiaters en verpleegkundig specialisten voorgeschreven. Als een verwijzing niet haalbaar is, kan een huisarts met voldoende kennis van deze middelen ze in overleg met een verslavingsarts voorschrijven. Het zijn middelen met een verschillende werking. Acamprosaat¹⁴⁴ vermindert de hunkering naar alcohol. Ook naltrexon¹⁴⁵ vermindert de trek. Disulfiram¹⁴⁶ is een aversief middel: het zorgt voor negatieve effecten wanneer alcohol gedronken wordt. Disulfiram is - wellicht op een enkele uitzondering na - geen geschikt medicament voor in de huisartsenzorg. Nalmefeen¹⁴⁷ wordt door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en door het College van Zorgverzekeringen voor het verminderen alcoholgebruik als voldoende bewezen werkzaam en veilig beschouwd en is voor deze doelstelling beschikbaar.

Gedurende het gebruik van medicamenteuze terugvalpreventie is de begeleiding ook gericht op de mate van alcoholgebruik, bijwerkingen en therapietrouw (medicatie-inname en bereidheid te verschijnen op volgende consulten).¹⁴⁸

Overige medicijnen

Voor de effectiviteit en veiligheid van overige medicijnen (baclofen, topiramaat, gabapentine en GHB) ontbreekt voldoende onderzoek van voldoende kwaliteit.¹⁴⁹

5.2.6 Combinatiebehandeling

Veel van de behandelingen die in deze zorgstandaard worden besproken kunnen in combinatie worden aangeboden. Medicatie dient altijd in combinatie met ondersteunende gesprekken door een arts of verpleegkundig specialist te worden aangeboden (*medical management*) (zie ook [5.2.5 Medicamenteuze

behandeling]). Cognitieve gedragstherapie (CGT) in combinatie met medicatie is in het algemeen effectiever dan CGT zonder medicatie.

5.2.7 Biologische behandeling

Met biologische behandelingen worden hier neurofysiologische behandelingen bedoeld, dat wil zeggen behandelingen gericht op verandering van de werking van hersenen, ruggenmerg, zenuwen, spieren en zintuigen. Het gaat onder meer over verschillende neuromodulatietechnieken als interventie voor (alcohol)verslaving, zoals diepe hersenstimulatie (DHS). Neuromodulatie lijkt een unieke kans te bieden om neurowetenschappelijke kennis toe te passen voor de behandelingen van verslaving, maar meer onderzoek is nodig om de effectiviteit, veiligheid, en mogelijkheden van de verschillende technieken vast te stellen.¹⁵⁰

5.2.8 Vaktherapieën

Vaktherapeutische disciplines is de overkoepelende naam voor de volgende klassieke vaktherapeutische beroepen: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotore therapie. Er is momenteel nog weinig bewijs voor de effectiviteit van de vaktherapeutische beroepen in de behandeling van mensen met middelenverslaving. Mogelijk zou beweging en muziektherapie als aanvullende behandeling de motivatie van patiënten voor verandering kunnen ondersteunen en invloed kunnen hebben op secundaire symptomen. Daarbij is echter niet duidelijk in hoeverre deze effecten specifiek gelden voor alcoholverslaving. Vaktherapieën zijn zinvol als het gaat om de algemene verbetering van de fysieke en psychische situatie van de persoon, door het verbeteren van de fysieke conditie, het verkrijgen van inzicht in de samenhang van problemen en het aanleren van copingstrategieën, waardoor de effectiviteit van de behandeling positief kan worden beïnvloed. Er zijn praktische aanwijzingen dat vaktherapie (in klinische settings) effect heeft in termen van persoonlijk herstel. Bovendien ondersteunen de vaktherapieën patiënten bij het omgaan met hun emoties en het non-verbaal uiten van emoties. In die zin bieden de vaktherapeutische beroepen ervaringsgerichte therapie. De vaktherapeutische beroepen worden uitgevoerd door professionals op een ervaringsgericht therapeutisch niveau en zijn (dus) niet hetzelfde als dagbesteding. Zie voor verdere informatie de [generieke module Vaktherapieën] en de [\[Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van niet-opioïde drugs\]](#) (in ontwikkeling).

5.2.9 Complementaire en aanvullende behandelwijzen

Als aanvulling op reguliere behandelwijzen maken patiënten gebruik van andere manieren om hun klachten te verminderen en hun kwaliteit van leven te verbeteren. Het gaat hier om complementaire of aanvullende behandelwijzen, zoals homeopathie,¹⁵¹ natuurgeneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, acupunctuur en manuele geneeskunde. Hierover kunnen patiënt en zorgverlener informatie uitwisselen en afspraken maken (gedeelde besluitvorming).

Het toepassen van complementaire behandelingen bij alcoholproblematiek wordt niet aanbevolen in de huidige richtlijnen wegens gebrek aan bewijs of wegens bewijs van ontbrekende effectiviteit.¹⁵²

6 Herstel, participatie & re-integratie

6.1 Herstel

6.1.1 Wat is herstel?

'Herstel' is een uniek en persoonlijk proces waarbij men toewerkt naar een volwaardig en zinvol leven - ondanks de beperkingen die alcoholproblemen kunnen geven. Het gaat daarom ook om het – naar het oordeel van de patiënt - psychisch en sociaal weer goed kunnen functioneren en het kunnen deelnemen aan de maatschappij. Dat laatste kan natuurlijk alleen in een samenleving die voldoende kansen biedt. Er is meer oog gekomen voor de persoonlijke ontwikkeling van mensen met een verslaving. Uiteindelijk is het hún leven. Zij zijn – met hulp vanuit de zorg – aan zet. De verslavingszorg ondersteunt hun persoonlijke herstelproces. Dat richt zich onder andere op het ontwikkelen van een positieve identiteit, het vestigen van hoop op verandering en een betere toekomst, het praten over wat men zelf belangrijk vindt in het leven en het onder ogen zien van het eigen levensverhaal.¹⁵³

Iemand die in herstel is staat voor de volgende opgaven:¹⁵⁴

- een positieve identiteit ontwikkelen;
- een betekenisvolle plaats geven aan de verslaving of psychische problemen;
- het responsief vermogen verbeteren (d.w.z. goed kunnen reageren op veranderingen, kunnen doen wat nodig is of wordt verwacht in een bepaalde situatie);
- versterken van zelfmanagement van de verslaving en van de symptomen daarvan;
- het oppakken van vroegere of het verwerven van nieuwe, waardevolle sociale rollen.

Om dit te bereiken is empowerment¹⁵⁵ nodig: grip krijgen op de eigen situatie en de omgeving door het (terug)vinden van de kracht in zichzelf. Daardoor kan iemand zelf, met hulp van anderen, het leven beter aan. Binnen herstel speelt zingeving een belangrijke rol. Zingeving is het betekenis geven aan gebeurtenissen in het leven en aan de eigen ervaringen. Kenmerkende thema's bij een herstelproces zijn het rouwen om verlies van toekomstdromen en levensmogelijkheden, het omgaan met gevoelens van wanhoop, isolement, marginalisering, autonomieverlies en aantasting van de eigen identiteit, alsook het zoeken naar mogelijke betekenis in de psychische aandoening (zie ook de [generieke module Herstelondersteunende zorg]). Het vinden van een hernieuwde levensoriëntatie en het opdoen van positieve zin- en betekenisgeving vergt inspanning, tijd en aandacht. Zorgverleners dienen meer en specifiekere aandacht te besteden aan de betekenisgeving en zingeving van mensen met ernstige psychische beperkingen en verslavingsproblemen. Deze ondersteuning is niet voorbehouden aan professionals. Het kan, afhankelijk van de aard en ernst van de vraag en de behoeften en wensen van de persoon, ook gegeven worden door lotgenoten, vrijwilligers en naasten, bijvoorbeeld via zelfhulpgroepen (zie [5.2 Behandeling en begeleiding]). Deze groepen kunnen ook waardevol zijn voor het ondersteunen van naasten (zie [5.1 Zelfmanagement – Ondersteuning van naasten]). Deze ondersteuning is juist tijdens het herstel belangrijk. Zie voor meer algemene informatie over zelfhulp [de generieke module Herstelondersteunende zorg] en de [generieke module Zelfmanagement].

6.1.2 Herstelondersteunende zorg bij verslaving

Het werken aan 'herstel' omvat meer dan een geslaagde klinische of ambulante behandeling. Het gaat ook om functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel.¹⁵⁶

Passende zorg gaat uit van herstel en herstelondersteuning in alle fases van het zorgproces. Want in elke fase van het verslavingsproces liggen kansen voor herstel.¹⁵⁷ Behandeling kan een onderdeel zijn van een herstelproces bij patiënten die dit niet op eigen kracht kunnen realiseren. Voldoende aandacht voor herstelvermogen op eigen kracht is daarbij essentieel. De behandeling, begeleiding en ondersteuning moeten goed aansluiten op individuele hulpbehoeften en het realiseren van persoonlijke doelen. Behoeften op het gebied van (sociale) relaties, (arbeids)participatie en persoonlijk herstel blijven het vaakst on vervuld.

Vier belangrijke dimensies die herstel ondersteunen zijn:¹⁵⁸

1. gezondheid (het terugdringen van of kunnen omgaan met ziektes of symptomen, zoals in het geval van verslaving afzien van het gebruik van alcohol en drugs);
2. een thuis (een stabiel en veilig onderkomen);
3. een doel (betekenisvolle werkzaamheden en de onafhankelijkheid, het inkomen en de mogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving); en
4. een gemeenschap (relaties en een sociaal netwerk die ondersteuning, vriendschap, liefde en hoop bieden).

6.1.3 Herstelondersteunende interventies

Interventies voor volwassenen en ouderen worden beschreven die ondersteunen bij het herstelproces. Wetenschappelijke kennis en gedocumenteerde praktijkkennis over herstel bij jongeren met een alcoholprobleem ontbreekt.

Zelfhulpgroepen

Het bieden van een luisterend oor in een anonieme en laagdrempelige omgeving is kenmerkend voor zelfhulpgroepen. Op basis van wederkerigheid wordt er gesproken over ervaringen. Er zijn zelfhulpgroepen voor mensen met alcoholproblemen zoals de AA (zie inleiding [5.2 Behandeling en begeleiding]), maar ook voor hun naasten (zie [5.1 Zelfmanagement – Ondersteuning van naasten]).

Aandacht voor zingeving

Betekenisgeving heeft te maken met hoe iemand in het leven staat, welke plek hij daarin inneemt, en de betekenis die iemand daaraan toekent. Betekenisgeving aan gebeurtenissen in het leven en aan eigen ervaringen is een manier van zingeving. Religie kan hierbij een rol spelen, maar ook andere betekenisgevende (spirituele) kaders of hierop gebaseerde hulpmiddelen zoals yoga, mindfulness en meditatie.

In de [generieke module Herstelondersteunende zorg] worden algemene interventies voor herstelondersteuning beschreven, zoals Herstellen doe je zelf, WRAP en diverse vormen van zelfhulp en herstelgroepen. De module doet ook aanbevelingen voor modules 'zingeving en herstel' bij de begeleiding van mensen met psychische problematiek.

6.2 Participatie

De hulpbehoeften van mensen met alcoholproblemen kunnen in veel gevallen deels worden beantwoord door de verslavingszorg, de ggz en huisartsenzorg. Aansluiting bij het sociale domein, zelfhulpgroepen en/of informele zorg is daarbij nodig, om tijdens en na behandeling het herstelproces te ondersteunen. Vaak gaat het om universele thema's als geaccepteerd worden als persoon, (zelf)stigma, sociale relaties en deelname aan het maatschappelijk verkeer. Bij mensen met een ernstige of langdurige verslaving zijn er vaak problemen op het gebied van lichamelijke gezondheid, behandeling, veiligheid, inkomen, arbeid en relaties.¹⁵⁹ Aandacht voor schuldenproblemen is voor een deel van de patiënten van groot belang. Er bestaat een relatie tussen (problematisch) middelengebruik of verslaving en schulden; het ervaren van financiële druk kan bijvoorbeeld

leiden tot meer alcoholgebruik en roken.¹⁶⁰ Voor het bevorderen van herstel en participatie is daarom van belang dat de huisarts (of POH-GGZ) en ggz (generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz) samen met sociale wijkteams patiënten ondersteunen en hun zorg verbinden met (in)formele hulpbronnen in de directe leefomgeving.

6.2.1 Verbetering van de leefsituatie

Wonen

Als een patiënt dakloos is, dient te worden ingezet op het bieden van een dak boven het hoofd.¹⁶¹ Dit heeft een positief effect op de gezondheidssituatie en op het gebruik van middelen.^{162, 163} Een tijdelijke vorm van groepswonen waarbij abstinentie verplicht is valt te overwegen om het middelengebruik en de psychiatrische symptomen van mensen met verslavingsproblemen te verminderen.^{164,165} Housing First is aan te bevelen voor mensen met een psychische aandoening die dakloos zijn.^{166,167}

Vanuit patiëntperspectief is hierbij extra aandacht nodig voor problemen die kunnen ontstaan in de overgangen tussen functies en voorzieningen. Om deze overgangen te vergemakkelijken kan gebruik worden gemaakt van interventies, zoals de Critical Time Interventie. Ook samenwerking met naasten en/of ervaringsdeskundigen is van belang. Zie voor meer informatie de [generieke module Ernstige psychische aandoeningen]).

Zorg voor patiënten in een opvang- of woonvoorziening

De afgelopen decennia is veel ervaring opgedaan met het begeleiden en behandelen van mensen met chronische alcoholproblemen in een opvang- of woonvoorziening. Vanuit deze ervaring weten we dat hierbij de volgende zaken van belang zijn:

- Er dient vanuit de opvangvoorziening een duidelijke visie op het gebruik van alcohol te zijn.
- Medewerkers moeten tools tot beschikking hebben om verslaving bespreekbaar te maken (met name motiverende gespreksvoering).
- Medewerkers moeten kennis hebben over mentale en fysieke aspecten van verslaving, om een signalerende functie te kunnen vervullen naar de behandelaars.
- In de huisregels moet gewenst en ongewenst gedrag expliciet worden benoemd.
- Er moet een intensieve samenwerking zijn tussen de woonvoorziening en de verslavingszorg, waarbij er sprake is van een gezamenlijk begeleidings- en behandelingsdoel.
- Het verdient aanbeveling om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de reguliere huisartsenzorg, met name als de patiënt doorstroomt en ambulante begeleiding krijgt.
- Er moet een goede aansluiting zijn met andere voorzieningen om de doorstroom te bevorderen/stagnatie in ontwikkeling te voorkomen. Nu blijken aansluitende voorzieningen vaak onvoldoende structuur te kunnen bieden om het zelfstandiger wonen succesvol te laten verlopen.

Laagdrempelige voorzieningen

Laagdrempelige voorzieningen, zoals het bieden van een vorm van wonen en gebruiksruidten, zijn belangrijke voorzieningen in de Nederlandse verslavingszorg. Voor de patiënten met zowel psychische als verslavingsproblemen en die daarnaast kampen met een slechte lichamelijke gezondheid, zijn deze voorzieningen een belangrijke eerste mogelijkheid om de kwaliteit van leven te verbeteren. Dergelijke voorzieningen dienen, in samenwerking met andere instellingen, onderdeel uit te maken van het begeleidingsaanbod (zie ook [5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling – Harm reduction]).

6.2.2 Methoden om participatie te bevorderen

Er zijn geen goed onderbouwde of bewezen effectieve methoden om participatie te versterken bekend die specifiek bedoeld zijn voor mensen met een alcoholprobleem of andere verslaving. Een voorbeeld van een breed inzetbare interventie is de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). Het doel hiervan is mensen in de langdurige ggz te ondersteunen bij het realiseren van hun eigen participatiedoelen, zodat ze kunnen wonen, werken en sociale contacten kunnen hebben zoals zij zelf willen. Zie verder de [generieke module Herstelondersteunende zorg], de [generieke module Dagbesteding], de [generieke module Destigmatisering] en de [generieke module Arbeid als medicijn].

6.2.3 Inzet ervaringsdeskundigheid

Om participatie van patiënten te ondersteunen is de inzet van ervaringsdeskundigheid van belang. De [generieke module Herstelondersteunende zorg] doet hiervoor de volgende aanbevelingen:

- Maak in zorg, sociaal domein en bij patiëntinitiatieven de steun van ervaringsdeskundigen toegankelijk.¹⁶⁸
- Maak gebruik van instrumenten voor vergroting van zelfregie en het voorkomen van (verergering van) crisis, zoals de crisiskaart.
- Maak de inzet van zelfhulp- en herstelgroepen (zoals Herstellen doe je Zelf en WRAP) mogelijk om het herstelproces van patiënten te ondersteunen en hun kwaliteit van leven en zelfregie te vergroten.

6.3 Re-integratie

In de [generieke module Herstelondersteunende zorg], de [generieke module Dagbesteding] en de [generieke module Arbeid als medicijn wordt] op algemene principes van re-integratie ingegaan. Participatie is geregeld in participatie- en arbeidsongeschiktheidswetgeving die uitgevoerd wordt door diverse instanties. Het is zinvol om activering en interventies zoveel mogelijk aan te laten sluiten op deze wetgeving door participatieprogramma's gezamenlijk te ontwikkelen met de professionals (verzekeringsartsen) die voor deze instanties werkzaam zijn (Participatiewet (gemeenten), Wet WIA, Ziektewet (UWV)).

6.3.1 Re-integratie naar arbeid

Om de kansen op betaald of onbetaald werk te vergroten is IPS (Individuele Plaatsing en Steun) ontwikkeld. Deze interventie heeft de volgende kenmerken:

- Iedere patiënt die een reguliere baan wil, kan meedoen aan IPS ('zero exclusion').
- Er wordt snel gezocht naar een echte baan.
- De arbeidswensen van de patiënt staan centraal.

Er wordt langdurige ondersteuning geboden, zowel aan de persoon als aan de werkomgeving.

IPS is geïntegreerd met behandeling: de trajectbegeleider is lid van een ambulant ggz-team. Zie www.werkenmetips.nl. IPS is effectief gebleken bij mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen met overwegend psychotische stoornissen. Voor persoonlijkheidsstoornissen of ernstige complexe verslaving (met veel comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen) is deze methode nog niet effectief gebleken.¹⁶⁹

6.3.2 Stigma

Vooroordelen, afwijzing en uitsluiting vanuit de maatschappij (publiek stigma) richting mensen met alcoholproblemen kan hun re-integratie belemmeren. Mensen met een verslaving hebben waarschijnlijk nog meer last van stigma dan mensen met andere psychische problemen, ook binnen de ggz. Zorgverleners zijn over het algemeen minder toegewijd en gemotiveerd en halen minder voldoening uit het werken met deze groep patiënten

dan bij andere patiëntgroepen. Factoren die zorgverleners als belemmerend ervaren in de hulpverlening voor deze patiënten zijn: het beeld dat patiënten met verslavingsproblematiek agressief en manipulatief zijn, en het beeld dat deze patiënten weinig gemotiveerd zijn voor de behandeling. Deze negatieve attitudes dragen bij aan suboptimale hulpverlening voor deze patiënten.¹⁷⁰

Ook kunnen mensen met alcoholproblemen hun eigen herstel en re-integratie belemmeren wanneer zij zelf deze vooroordelen zijn gaan geloven en dus negatief over zichzelf denken (zelfstigma). In de [generieke module Destigmatisering] komen belemmeringen voor re-integratie door stigma aan de orde en manieren om deze belemmeringen weg te nemen. Besproken worden het herstel van functioneren (dagelijkse activiteiten, maatschappelijke rollen) en de (soms beperkte) toegankelijkheid van algemene voorzieningen voor mensen met een psychische aandoening. Deze adviezen gelden ook voor mensen met alcoholproblemen en hun naasten. De module beschrijft ook interventies die lokaal kunnen worden ingezet om publiek stigma en zelfstigma te verminderen. Er zijn geen interventies of werkwijzen bekend die specifiek het stigma bij verslaving tegengaan.

7 Generieke modules

Generieke modules beschrijven zorg die voor meerdere psychische aandoeningen relevant en daarmee generiek (algemeen) is. Deze zorg kan bijvoorbeeld gericht zijn op geïndiceerde preventie, op zorggerelateerde preventie, op behandeling of re-integratie en participatie. In dit hoofdstuk wordt een aantal generieke modules aangegeven die van belang zijn voor de zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving. In enkele gevallen zijn aanbevelingen toegevoegd die specifiek voor mensen met alcoholproblemen gelden. Dit noemen we stoornisspecifieke addities.

Relevant voor mensen met alcoholproblemen zijn:

- [Generieke module Herstelondersteunende zorg]
- [Generieke module Comorbiditeit]
- [Generieke module Destigmatisering]
- [Generieke module Dagbesteding]
- [Generieke module Zelfmanagement]
- [Generieke module Ernstige psychische aandoeningen]
- [Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek]
- [Generieke module Arbeid als medicijn]

7.1 Generieke module Drang en dwang

Relevant voor mensen met alcoholproblemen is de [generieke module Drang en dwang].

De Wet BOPZ regelt onder meer onder welke omstandigheden gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis mogelijk is. De wet beschrijft ook welke vormen van gedwongen opname gebruikt kunnen worden. 171 BOPZ-maatregelen zijn de Inbewaringstelling (IBS) en de Rechterlijke Machtiging (RM). Een bijzondere vorm van de RM is de 'Rechterlijke Machtiging op eigen verzoek'. Deze maatregel is alleen mogelijk bij een psychische ziekte (waaronder verslaving) en als er sprake is van gevaar. Het gevaar is bijvoorbeeld dat het middelengebruik leidt tot ernstige ziekte of overlijden. De opname moet de enige mogelijkheid zijn om het gevaar te stoppen. Iemand kan voor deze maatregel kiezen als hij van zichzelf weet dat hij een vrijwillige opname niet volhoudt, terwijl hij wel behandeling in een instelling nodig heeft.

Aan (naasten van) mensen met een levensbedreigende vorm van alcoholverslaving wordt geadviseerd om de mogelijkheden die de BOPZ biedt onder de aandacht van zorgverleners te brengen.

Aan zorgverleners en ggz-instellingen wordt geadviseerd om de mogelijkheden van gedwongen opname optimaal uit te zoeken. Het is daarbij van groot belang dat de behandelaar ook gebruik maakt van de ambulante vormen van de BOPZ, het voorwaardelijk ontslag en het aanvragen van de voorwaardelijke machtiging, om snel weer te kunnen ingrijpen bij terugval of om randvoorwaarden in de ambulante situatie mogelijk te maken.

Aan overheid en instellingen is het advies om binnen wetgeving en binnen het behandelaanbod nadrukkelijker na te denken over gedwongen opname bij ernstige en levensbedreigende vormen van alcoholverslaving. Van belang is dat een gesloten afdeling een kwalitatief goed aanbod van verslavingsbehandeling heeft.

Gedwongen opname bij verslaving is een controversieel onderwerp, maar kan tot meer wilsbekwaamheid leiden en mogelijk tot een bewustere keuze om gebruik te stoppen, te minderen of om door te gaan. Er zijn echter ook

verschillende kanttekeningen te plaatsen bij gedwongen opname bij verslaving.¹⁷² Ook is er weinig bekend over de effectiviteit van gedwongen opnames in de verslavingszorg. Gericht onderzoek hiernaar is van groot belang. Mogelijk zal ook de *[Richtlijn Palliatieve Zorg]* (in ontwikkeling via Stichting Resultaten Scoren) relevante informatie bevatten over drang en dwang bij verslaving.

7.2 Generieke module Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (LVB)

Relevant voor patiënten met alcoholproblemen is de [generieke module Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (LVB)].

Mensen met een verstandelijke beperking, met name de patiënt met een lichte verstandelijke beperking (LVB), lopen door hun beperking een verhoogd risico op problematisch gebruik wanneer zij eenmaal kennis hebben gemaakt met middelen.¹⁷³ Zij zijn minder in staat om 'nee' te zeggen tegen gebruik en minder in staat om maat te houden. Daarnaast gebruiken zij vaak om niet sociaal buitengesloten te worden en om psychische klachten te onderdrukken. Het middelengebruik veroorzaakt vervolgens een hogere prevalentie van comorbide problemen als epilepsie, psychische aandoeningen, cerebrale beschadiging en het gebruik van (psycho-)farmaca.¹⁷⁴ Problematisch middelengebruik komt bij grofweg 10-30 procent van de volwassenen met een LVB voor.¹⁷⁵

Vroege onderkenning

Voor jongeren en volwassenen met LVB is het missen van kennis en inzicht in het effect van alcohol een risicofactor. In het boek 'Iedereen gebruikt toch?'¹⁷⁶ worden signalen beschreven die bij mensen met LVB kunnen duiden op middelenproblematiek. Genoemd worden o.a. lichamelijke signalen (vaker vallen; verandering in gewicht); psychologische signalen (concentratieproblemen; vermindering van plezier of belangstelling in alledaagse activiteiten) en sociaal-maatschappelijke signalen (verminderde presentaties, verlies van vrienden of verandering van vriendenkring; nalatigheid met afspraken en nakomen van verplichtingen die in eerste instantie belangrijk leken voor de patiënt). De SumID-Q kan worden afgenomen om de ernst van het alcoholgebruik bij volwassenen of jongeren met een LVB in kaart te brengen. Bij een positieve score dienen de vaardigheden, omstandigheden of omgeving en motivatie rondom het middelengebruik te worden geïnventariseerd en te worden geanalyseerd.¹⁷⁷

Aangepaste behandeling

Voor mensen met een lichte verstandelijke beperking is er een aangepaste behandeling, het [\[CGT plus protocol\]](#) ontwikkeld. Zie voor meer informatie over methoden, materialen en interventies op het gebied van preventie, behandeling en zorg in relatie tot alcohol- en drugsgebruik door mensen met een lichte verstandelijke beperking de [\[Toolkit LVB en verslaving\]](#).

Competenties zorgverleners

Het bespreken van het gebruik en screening op middelengebruik onder mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) vereist specifieke kennis en bekwaamheid van de zorgverlener. De huisarts dient een patiënt met een LVB bij vermoeden van problematisch alcoholgebruik door te verwijzen naar de generalistische basis ggz voor inventarisatie van het middelengebruik en diagnostiek. De SumID-Q is ondersteunend bij het inventariseren van het middelengebruik onder patiënten met een LVB [\[Toolkit LVB en verslaving\]](#). Zie voor meer informatie over LVB en verslaving de handreiking voor begeleiders [\[Waar bemoei ik me mee?\]](#).

Toeleiding naar zorg

Middelengebruik bij cliënten wordt binnen de VG-sector niet altijd voldoende erkend en herkend; anderzijds worden in de verslavingszorg verstandelijke beperkingen onvoldoende herkend en in behandeltrajecten

meegenomen.¹⁷⁸ Bij mensen met een LVB en verslavingsproblematiek worden de problemen die zij ervaren vaak ten onrechte niet toegeschreven aan het gebruik van middelen, maar aan hun handicap. Zie voor meer informatie over een laagdrempelige toegang tot verslavingszorg voor mensen met een LVB de Handreiking voor een LVB vriendelijke intake in de verslavingszorg (zie [\[\(H\)erkend en juist behandeld\]](#)).¹⁷⁹

Eigen regie

De patiënt moet in staat zijn om keuzes (goed) te maken. Patiënten met een lichte verstandelijke beperking hebben extra begeleiding nodig bij het maken van hun keuze. Als een patiënt zelf vraagt aan de zorgverlener om de regie (tijdelijk) over te nemen, moet de zorgverlener dit verzoek inwilligen.

8 Organisatie van zorg

Verslavingszorg is onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg. Deze sector richt zich op het herstel of stabiliseren van mensen met psychische aandoeningen, waarbij zorg wordt geboden waar dat noodzakelijk is, maar niet meer dan nodig is (zie ook [1. Visie op zorg]). De ggz biedt in samenwerking met (meestal lokale) partners in het zorg- en sociale domein goede, samenhangende zorg gericht op symptomatisch, persoonlijk, functioneel en maatschappelijk herstel van mensen met een verslaving en/of andere psychische aandoeningen.

Het belangrijkste uitgangspunt¹⁸⁰ in de ggz is passende, herstelondersteunende zorg. Kennis van verslaving (diagnostiek en behandeling) dient binnen elke ggz-instelling aanwezig te zijn. Zorgaanbieders in de ggz bieden doelmatige zorg en dienen zich - in samenspraak met de patiënt – steeds weer af te vragen wat een patiënt nodig heeft, niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet. Patiënten, hun naasten en het netwerk rondom de patiënt spelen daarin een belangrijke rol. Waar mogelijk voorkomt de zorg (verergering van) ziekte. Daarom is preventie in de gehele ggz in termen van ‘vroegtijdig potentiële problemen herkennen’ of ‘hernieuwde problemen herkennen’ essentieel.

Vanuit het perspectief van de patiënt (vraaggericht) wordt de organisatie van de behandeling, begeleiding en zorg voor iemand met een alcoholprobleem beschreven. Uitgangspunt daarbij is het bieden van kwalitatief goede, integrale zorg op basis van multidisciplinaire samenwerking. Er worden zorgstandaardonafhankelijke aspecten en zorgstandaardafhankelijke aspecten onderscheiden en de afspraken rondom het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorg (het kwaliteitsbeleid) krijgen aandacht. Kwaliteitsbeleid wordt methodisch benaderd en structureel ingebed in de organisatie van het zorgproces.

8.1 Zorgstandaardonafhankelijke aspecten

8.1.1 Echelonnering en gepast gebruik

Echelonnering

In 2014 is de structuur van de ggz aangepast om kwaliteit en kostenbeheersing te waarborgen. De zorg moet betaalbaar blijven door minder mensen naar gespecialiseerde ggz door te verwijzen. Daarvoor in de plaats is de huisarts veelal samen met de POH-GGZ meer patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk gaan behandelen en begeleiden.¹⁸¹ In de [Landelijke samenwerkingsafspraken GGZ (LGA)] tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz (LGA)] worden de verantwoordelijkheden van de verschillende echelons in de zorg beschreven. Vanuit het uitgangspunt van matched care is het streven dat de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek door de juiste zorgverlener wordt geholpen. Zo mogelijk wordt hulp geboden in de huisartsenpraktijk.

Huisarts, POH-GGZ

Na het stellen van de diagnose kunnen de huisarts of POH-GGZ ondersteunende gesprekken voeren, dan wel een kortdurende behandeling starten. In de huisartsenpraktijk kan beginnend problematisch alcoholgebruik bij volwassenen, ouderen en jongeren worden behandeld als de problematiek relatief kortdurend, niet complex en weinig risicovol is. De mogelijkheden in de huisartsenpraktijk zijn geïndiceerde preventie (voorlichting, ondersteunde gesprekken), behandeling via het internet (E-mental health), vitaminesuppletie en medicamenteuze behandeling van ontwenningssverschijnselen.

De huisarts kan medicamenteuze terugvalpreventie aanbieden door, of in overleg met, een verslavingsarts KNMG. Ook patiënten met stabiele chronische problematiek kunnen vanuit de huisartsenpraktijk worden begeleid.

Bij onvoldoende resultaat in de huisartsenpraktijk of GB GGZ¹⁸² wordt de zorg ‘opgeschaald’. In sommige situaties moet een klinische detoxificatie worden overwogen.¹⁸³ Overwegingen voor klinische detoxificatie zijn opgenomen in de [Richtlijn Detoxificatie](#).

Het verwijzingsproces van de huisarts naar de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz is opgenomen in de [generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken ggz (LGA) (stroomschema)]. Uitgewerkt voor alcoholproblematiek zijn de criteria:

	Huisarts, POH-GGZ: Lichte of stabiele problemen	GB GGZ: Matige tot ernstige problemen, stabiel¹⁸⁴	S GGZ: Ernstige problemen, complex, instabiel
<i>Ernst en duur van de verslaving</i>	Problematisch alcoholgebruik of lichte verslaving	Lichte tot matige verslaving	Ernstige of chronische verslaving
<i>Complexiteit</i>	Licht tot matig	Matig	Hoog
<i>(In)stabiliteit van de problemen</i>	Stabiel	Stabiel, kans op terugval	Instabiel
<i>Ernst problematiek</i>	Licht tot matig	Matig tot ernstig	Ernstig

Generalistische basis ggz (GB GGZ)

Met kortdurende interventies en cognitieve gedragstherapie kan de GB GGZ een flink deel van de patiënten met problematisch middelengebruik en lichte verslavingsproblematiek helpen, afhankelijk van de verdere complexiteit, (in)stabiliteit en ernst van de problematiek. Waar nodig vindt verwijzing naar de gespecialiseerde verslavingszorg plaats (zie [4.3.2 Onderscheid] en [6.2 Participatie]). Bij een indicatie voor verslavingszorg, die de patiënt (nog) niet accepteert, zal de huisarts of POH GGZ zelf de begeleiding starten en (afhankelijk van het beloop) de patiënt proberen te motiveren voor intensievere behandeling.^{185,186} Verwijzing naar een algemeen ziekenhuis is noodzakelijk in een aantal situaties.¹⁸⁷

De uitgebreidheid (duur en intensiteit) van de interventies (zie [5.2 Behandeling en begeleiding]) is afhankelijk van met name de ernst van de aandoening en hulpverleningsgeschiedenis, de ervaren ziektelast en de keus van de persoon zelf (zie [4.3.1 Diagnostiek] en [4.3.2 Monitoring]).

Gespecialiseerde ggz (S GGZ)

Behandeling door de S GGZ kan meestal ambulant plaatsvinden. Bij gebleken noodzaak voor opname is de klinische behandeling ingebed in een ambulant traject. Bij ernstige verslavingsproblematiek, ernstige sociaal-maatschappelijke problematiek en psychische comorbiditeit dient klinische vervolgbehandeling met de patiënt en diens naasten te worden overwogen. Ook wanneer ambulante behandeling niet tot het gewenste resultaat leidt kan klinische behandeling geïndiceerd zijn.

Wanneer alle eerdere behandelopties geen resultaat hebben geboden dan kunnen zogenoemde ‘last resort functies’ uitkomst bieden. Dit kan bijvoorbeeld een klinische voorziening zijn voor permanent verblijf, gericht op

stabilisatie en het verhogen van de kwaliteit van het bestaan van mensen met zeer complexe chronische problematiek, tot een aanvaardbaar niveau.

Gepast gebruik

Naast echelonnering is gepast gebruik van zorg een uitgangspunt binnen de zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving. Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling maar ook over het juiste moment van op- of afschalen van een behandeltraject ('matched care'). Zo maakt therapeutisch proefverlof vanuit klinische opname een essentieel onderdeel uit van de behandeling. Het vanuit de kliniek oefenen van vaardigheden past in graduele afbouw van de intensiteit van de zorg.

Om over- en onderbehandeling te voorkomen moet goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. De mogelijkheden van zelfhulp(groepen) en hulp via ervaringsdeskundigen worden altijd nagegaan om via herstelondersteuning - naast een eventuele behandeling - empowerment en herstel te bevorderen. Daarnaast zijn gezamenlijke (vraaggerichte) besluitvorming door zorgverlener en patiënt en gepersonaliseerde behandeling nodig. Hierbij worden ook de naasten betrokken.

8.1.2 Regiebehandelaar

Vanaf 2017 is binnen de zorg sprake van een regiebehandelaar: de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces en verantwoordelijk is voor de integraliteit van het behandelproces. Voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten of wettelijk vertegenwoordiger, is hij het centrale aanspreekpunt. De afspraken over het regiebehandelaarschap kunnen per instelling verschillen. De algemene regels over wie als regiebehandelaar kunnen optreden staan beschreven in het Model Kwaliteitsstatuut ggz. Binnen deze kaders wordt de uiteindelijke keuze voor een regiebehandelaar gemaakt in overleg met de patiënt en vastgelegd in het behandelplan.¹⁸⁸ Zie het [Model-Kwaliteitsstatuut](#). Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving.

De regiebehandelaar stemt de behandeling en begeleiding van de verschillende aandoeningen op elkaar af. Mocht de deskundigheid ontbreken op een bepaald gebied, dan vraagt een zorgverlener (al of niet de regiebehandelaar) specialistische kennis van elders, maar blijft de regie bij de oorspronkelijke regiebehandelaar.

8.1.3 Overdracht en consultatie

Voor overdracht en consultatie binnen de ggz gelden in deze zorgstandaard onverkort de aanbevelingen van de [generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken ggz (LGA)] over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing en over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Deze module geldt als model voor lokale en regionale samenwerkingsafspraken.

Daarnaast kan er ook sprake zijn van een (transmurale) overdracht tussen verschillende zorgdomeinen of het sociale domein. Zeker in crisissituaties is het raadzaam ook naasten te informeren. Betrokken partijen hebben een inspanningsverplichting: wanneer een behandel- of ondersteuningstraject vastloopt door bijvoorbeeld belemmeringen in samenwerking, financiering of hiaten in het zorg- of ondersteuningsaanbod (sociaal domein), dan dienen partijen in onderling overleg tot een oplossing te komen. Zie ook [5.2 Behandeling en begeleiding]. Op- of afschalen van zorg dient altijd en snel te kunnen worden georganiseerd, gezien het risico op (tijdelijke) terugval bij een verslaving.

8.1.4 Informatie-uitwisseling

Een belangrijke voorwaarde voor een effectieve organisatie van de zorg is de overdracht van eenduidige informatie tussen zorgverleners onderling en tussen de zorgverlener en de patiënt en (na toestemming van

patiënt indien ≥ 16 jaar) diens naasten, zowel mondeling als schriftelijk. Bij jongeren zullen de ouders, in ieder geval tot 16 jaar, ook moeten worden betrokken.

Daarom zal deze zorgstandaard in de toekomst een eenduidige beschrijving van de gegevens gaan bevatten die bij de uitvoering van de zorg vastgelegd en uitgewisseld dienen te worden (informatiestandaard).¹⁸⁹

8.1.5 Toegankelijkheid

Voor elke patiënt in Nederland is goede (competente, respectvolle en empathische), betaalbare en toegankelijke zorg beschikbaar. Een basisvoorwaarde is dat de patiënt goed geïnformeerd is en eenvoudig toegang heeft tot een goed coherent netwerk van de benodigde zorg, inclusief informele zorg van zelfhulpgroepen en naasten). Deze hulp wordt in eerste instantie vanuit de wijk of buurt geboden. In acute situaties moet de patiënt kunnen rekenen op continue (24/7) beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners. Daarnaast gelden nog andere specifieke toegankelijkheidseisen voor de ggz.¹⁹⁰

8.1.6 Keuzevrijheid

Informed consent

Een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht is dat een patiënt toestemming geeft voor het uitvoeren van een behandeling of begeleiding. Zonder toestemming is immers sprake van een ongeoorloofde inbreuk op de persoonlijke integriteit. Om rechtsgeldig toestemming te geven heeft de patiënt goede informatie nodig. Daarom moet een zorgverlener, alvorens toestemming te vragen, de patiënt eerst informatie geven over de voorgenomen behandeling of begeleiding. De informatieplicht van de zorgverlener en het toestemmingsvereiste vormen een twee-eenheid. Dit wordt 'informed consent'¹⁹¹ genoemd. Het naleven door zorgverleners van het beginsel van informed consent is niet alleen in juridisch opzicht van belang. Goede communicatie met de patiënt is goed voor het wederzijds vertrouwen en draagt bij aan eigen regie en zelfmanagement.

Keuzemogelijkheden

De organisatie van zorg doet niet alleen recht aan het beginsel van informed consent, maar biedt een patiënt altijd keuzemogelijkheden om de voor hem of haar meest passende combinatie van zorg en ondersteuning te realiseren. Dit geldt voor elke regio in Nederland, ongeacht welke lokale afspraken er gemaakt worden. De patiënt houdt de mogelijkheid om – bij vrijwillige behandeling - zelf een zorgverlener en bijvoorbeeld een behandellocatie te kiezen, waarbij hij zich dient te realiseren dat de wijze waarop hij verzekerd is mede bepalend kan zijn voor zijn keuzes.

Om als patiënt keuzes te kunnen maken is transparantie en inzicht in de kwaliteit van zorgketens (instellingen, samenwerkingsverbanden, vrijgevestigde praktijken, etc.) in de ggz als geheel een vereiste. Alle zorgverleners, instellingen en organisaties werken mee aan het verzamelen en ontsluiten van deze informatie. Deze informatie voldoet aan een aantal voorwaarden:

- De informatie is helder, volledig, betrouwbaar en op elkaar afgestemd (de schriftelijke en mondelinge informatie komen overeen of zijn in ieder geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk van welke zorgverlener de informatie geeft of waar de patiënt deze informatie leest).
- De informatie speelt naast de behandelaspecten ook in op de persoonlijke situatie van de patiënt.
- De informatie wordt tijdig gegeven.
- De informatie wordt desgewenst ook met naasten besproken.

8.1.7 Onafhankelijke patiëntondersteuning

Om daadwerkelijk inhoud te geven aan keuzevrijheid schrijft de Wmo voor dat gemeenten moeten zorgen voor de beschikbaarheid van onafhankelijke patiëntondersteuning. Dat geldt in elk geval op het moment dat iemand met

een psychische aandoening om ondersteuning vraagt vanuit de Wmo, Jeugdwet of Participatiewet of wanneer overwogen wordt een beroep te doen op de Wlz.

Het gaat om: 'onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen'.

In de praktijk betekent dit dat een patiënt (of cliënt-)ondersteuner met iemand meedenkt, helpt zijn of haar situatie op een rijtje te zetten en daarbij zo nodig informatie en advies geeft op allerlei gebied: wonen, inkomen, werk of dagbesteding, zorg, onderwijs, opvoeding, contacten.¹⁹²

8.1.8 Privacy

De zorg wordt zo georganiseerd dat het recht van patiënten op privacy is gewaarborgd (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wet bescherming persoonsgegevens). Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels. Zorgverleners hebben een beroepsgeheim (Wet beroepen individuele gezondheidszorg). Bij besluiten over behandeling en onderzoek en bij overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de patiënt vereist. Hij of zij heeft recht op inzage in, correctie van en een kopie van het eigen dossier.

Recht op ruimtelijke privacy betekent dat de begeleiding, behandeling, zorg en communicatie slechts met toestemming van de patiënt door anderen dan de direct betrokkenen kan worden waargenomen of bijgewoond.

Wanneer een patiënt zijn familie en/of naasten niet bij de zorg wil betrekken en geen toestemming geeft voor het delen van informatie, respecteert de professional dit. Naasten kunnen niettemin vragen hebben. Dan kan de professional zonder beroepsgeheim en privacy te schaden en met inachtneming van de richtlijnen voor goed hulpverlenerschap de volgende informatie verstrekken:

- algemene, niet-patiënt-gebonden informatie over alcoholproblemen en de impact daarvan op de naasten;
- informatie over de zorgorganisatie, wet- en regelgeving (familie kan zich bijvoorbeeld zelf tot de Officier van Justitie wenden om een Rechterlijke Machtiging aan te vragen);
- indien aanwezig informatie over de familieraad en familievertrouwenspersoon;
- informatie en/of aanbod voor ondersteuning aan naasten (intern en extern bij familie-organisaties of patiëntenorganisaties met aandacht voor familie).

8.2 Zorgstandaardafhankelijke aspecten

Bij preventie en zorg voor patiënten met (beginnende) alcoholproblemen zijn vele partijen binnen en buiten de (geestelijke) gezondheidszorg betrokken. Ook de inzet van ervaringsdeskundigen is van belang. We beschrijven aspecten van de samenwerking met de belangrijkste ketenpartners binnen en buiten de directe (ggz-)keten. Behalve bij huisartsenpraktijken en de bedrijfsarts dienen activiteiten gericht op signalering en preventie van alcoholproblemen ook plaats te vinden in organisaties zoals de jeugd(gezondheids)zorg, algemeen maatschappelijk werk, welzijnswerk en sociale wijkteams, thuiszorg, onderwijs en culturele verenigingen.¹⁹³

8.2.1 Regie binnen de zorg

Rol van de patiënt

De persoonlijke autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt dienen gewaarborgd te worden. Dit kan onder meer bereikt worden door toepassing van de volgende punten:¹⁹⁴

- De zorgverlener stimuleert proactief het voeren van de eigen regie door de patiënt.
- De zorgverlener maakt samen met de patiënt afspraken over de rol die de patiënt heeft binnen de behandeling of begeleiding.
- De zorgverlener stimuleert het nemen van de verantwoordelijkheid en participatie van de patiënt. In elk stadium worden dan ook zoveel mogelijk beslissingen, keuzes en regie bij de patiënt neergelegd. Het doel is het bevorderen van empowerment van de patiënt en zijn systeem waardoor hij (opnieuw) verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen herstel.

Binnen het zelfbeschikkingsrecht moet de zorgverlener wel bepalen of de patiënt in staat is dit in voldoende mate zelfstandig uit te kunnen oefenen. De zorgaanbieder richt de zorg dus zodanig in dat de patiënt in staat is zelf maximaal regie te voeren over de behandeling, ook binnen de kaders van gedwongen zorg. Een essentiële voorwaarde hiervoor is gezamenlijke besluitvorming door de patiënt en professional over de behandeling en de wijze waarop zij samenwerking met en ondersteuning van naasten invullen.

Organisatiemodellen

Casemanagement

In het algemeen betreft casemanagement de coördinatie van zorg en behandeling voor individuen met complexe problematiek, waarbij sprake is van *assessment*, *planning*, *linking*, *monitoring* en *advocacy*. De te verlenen zorg kan worden uitbesteed of door de casemanager of diens team zelf worden uitgevoerd. In de Nederlandse sociale verslavingszorg worden het intensieve casemanagement (met name F-ACT) en het Strengths-model^{195,196,197} het meest toegepast. In beide modellen coördineert de eerstverantwoordelijke zorgverlener alle zorg rondom een patiënt. Hij kan alle begeleiding zelf bieden of juist andere zorgverleners in de vorm van deelplannen delen van de begeleiding laten uitvoeren.^{198,199}

F-ACT

'F-ACT' staat voor Flexible Assertive Community Treatment. F-ACT werkt outreachend en assertief: zorgverleners gaan af op (potentiële) patiënten via huisbezoek, op het dagcentrum of op straat, daar waar de patiënt zich bevindt. Zij onderhouden het contact, desnoods met dwang- of drangmiddelen. De zorg wordt geleverd door een breed samengesteld multidisciplinair team, inclusief verslavings- en rehabilitatiedeskundigheid (d.w.z. kennis van middelengebruik en behandeling hiervoor en van rehabilitatiemethodieken die de patiënt helpen om weer rollen in de maatschappij op te nemen). Een verslavingsarts KNMG maakt onderdeel uit van een verslavings-F-ACT-team. Het team heeft een gezamenlijke caseload: ongeveer 180-220 patiënten (gemiddeld 15 patiënten op 1 fte) in een welomschreven gebied, afhankelijk van grootte en samenstelling van het team.²⁰⁰ Patiënten die minder intensieve zorg nodig hebben - maar wel voor langere duur - worden behandeld in de generalistische basis ggz. Intensiever casemanagement kan worden geboden via Assertive Community Treatment ACT.²⁰¹

F-ACT kan worden verrijkt met 'Resource ACT'. Bij deze nieuwe methode stelt een patiënt bij de start van de behandeling zelf een groep mensen samen die met elkaar aan in het behandelplan geformuleerde doelen gaan werken. Doel is dat de patiënt uiteindelijk met zijn eigen gekozen team verder kan, zonder begeleiding van zorgverleners uit het F-ACT-team.²⁰²

Strengths-model

Het Strengths-model voor casemanagement is gebaseerd op theorieën en kennis over herstel en empowerment. Het Strengths-model is een face-to-facemethode die mensen helpt²⁰³ om hun persoonlijke kracht te ontdekken (en die van hun omgeving), belangrijke levensdoelen te formuleren en - gebruik makend van de krachten - deze doelen te bereiken. De interventie is ontwikkeld voor gebruik bij mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar kan ook toegepast worden bij andere mensen in kwetsbare posities, zoals bij mensen die kampen met verslaving of dakloosheid. De aanpak kent vijf onderdelen:

1. contact maken en ontwikkelen van een helpende samenwerkingsrelatie
2. het maken van een krachteninventarisatie
3. doelstelling en planning
4. het verwerven van hulpbronnen uit de omgeving
5. voortdurende samenwerking en geleidelijke losmaking.

8.2.2 Samenwerking binnen de zorgketen

Specialistische verslavingskennis wordt door de verslavingszorg ingezet om huisarts, POH-GGZ en – zo nodig – ggz-instellingen te ondersteunen (consultatiefunctie). De zorg wordt overgedragen aan de specialistische zorg indien wenselijk. Op deze wijze kan het accent verschuiven van gespecialiseerde zorg naar preventie (korte consulten met mensen die (beginnende) alcoholproblemen ervaren). De consultatiefunctie van verslavingszorg en verslavingspreventie (het adviseren van collega-zorgverleners) speelt hierbij nadrukkelijk een rol.

Samenwerking huisartsenpraktijken, generalistische basis-ggz, gespecialiseerde ggz

In het gesprek tussen huisarts en patiënt wordt duidelijk of hulp vanuit de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ), GB GGZ of S GGZ nodig is of dat zelfhulp volstaat. Het uitgangspunt voor de keuze van zorg is de ziektelast en voorkeur van de patiënt en naasten. Het streven is dat de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek door de juiste zorgverlener (inclusief informele hulp of zelfhulp(groep)) hulp krijgt.

Van belang is de continuïteit van zorg en waar mogelijk ook van setting en behandelaar. De rol van de regiebehandelaar (zie [8.1.2 Regiebehandelaar]) is daarom belangrijk. De regiebehandelaar heeft de regie over de behandeling in de ggz en zal zo nodig afstemmen met de huisarts. Zo mogelijk krijgt de patiënt hulp in de huisartsenpraktijk, afhankelijk van de deskundigheid en vaardigheden van de huisarts of POH-GGZ en de voorkeur van de patiënt (zie [stroomschema LGA]). In andere gevallen verwijst de huisarts naar de GB GGZ of de S GGZ. Bij onvoldoende resultaat in de huisartsenpraktijk krijgt de patiënt een verwijzing naar de GB GGZ of de S GGZ. In de GB GGZ of de S GGZ kan de regiebehandelaar in overleg met de patiënt de zorg op- of afschalen.

Integraal behandel aanbod bij lichamelijke en psychische comorbiditeit

Behandeling en begeleiding worden georganiseerd rondom de patiënt. Dit betekent dat behandeling en begeleiding bij een verslaving en eventuele andere lichamelijke of psychische problemen geïntegreerd worden aangeboden. Aanvullende hulp moet ingeschakeld kunnen worden zonder dat daardoor de eerder gestarte behandeling stagneert of stopt (zie ook [8.1.2 Regiebehandelaar]).²⁰⁴

Het beste is om comorbide problematiek vanuit één instelling te behandelen, bijvoorbeeld aan de hand van interventie [IDDT](#). Comorbiditeit en/of multimorbiditeit worden vastgelegd in het medisch dossier.

Meer dan warme overdracht

Na afronding van een behandeling is 'warme overdracht' bij patiënten met een beperkt sociaal netwerk en complexe problemen niet voldoende: er dient een nieuwe vertrouwensrelatie buiten de behandelsetting te zijn alvorens het contact met een patiënt geheel te beëindigen. Alle lokaal betrokken partijen hebben een inspanningsverplichting: wanneer een behandel- of ondersteuningstraject vastloopt door bijvoorbeeld belemmeringen in samenwerking, financiering of hiaten in het zorg- of ondersteuningsaanbod (sociaal domein), dan dienen partijen in onderling overleg tot een oplossing te komen.

Afstemming en nauwe samenwerking met een somatisch specialist en eventueel de ziekenhuispsychiatrie is ook van belang bij een ziekenhuisopname vanwege lichamelijke aandoeningen. Een huisarts of medisch specialist/psychiater (wanneer de patiënt in een ggz-instelling verblijft²⁰⁵) kan een verwijfsbrief schrijven voor verwijzing van een patiënt met alcoholproblemen naar een algemeen ziekenhuis.

8.2.3 Samenwerking met andere domeinen

Samenwerking met de zorgsector voor verstandelijk gehandicapten

Bij een gebleken lichte verstandelijke beperking is het betrekken van specifieke deskundigheid bij de begeleiding en behandeling noodzakelijk. Daarvoor kan samenwerking worden gezocht met een van de SGLVG-instellingen in het land. Zij bieden behandeling voor verslavingsproblemen aan volwassenen (18+) met een LVB, ook in forensisch kader. Zie de [generieke module Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking].

Samenwerking met jeugdhulp en jeugdbescherming

Door samenwerking tussen betrokken instanties kan een grote kwaliteitsverbetering worden bereikt. Een belangrijk aspect hierin is het verspreiden van expertise vanuit de verslavingszorg naar jeugdhulpverleningsinstellingen door outreachend te werken. De organisatie en financiering van het zorgaanbod zijn belangrijke aspecten om te verbeteren, omdat deze nog altijd vaak belemmerend werken. Samenwerking tussen financiers (zoals gemeenten en zorgverzekeraars) is cruciaal. De breuklijn van financiering rondom het 18e levensjaar maakt het systeem kwetsbaar. Bij jongeren lijkt het eigen risico een financiële drempel te zijn bij de toeleiding naar zorg. Veel voorzieningen rondom huisvesting, gezinsvervangende plekken en opvoedondersteuning stoppen wanneer de jongere 18 jaar is.²⁰⁶

Samenwerking met ouderenzorg

In de zorg voor ouderen die problematisch drinken of alcoholverslaafd zijn is samenwerken met ouderenpsychiaters, klinisch geriater, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten, een POH-ouderen, huisarts, een psycholoog of een maatschappelijk werker die gespecialiseerd is in ouderen aan te bevelen.²⁰⁷ Zie hiervoor de [generieke module Ouderen met psychische aandoeningen].

Er is geen eenduidig zorgbeleid voor verslaafde patiënten die zich niet (meer) willen laten behandelen en waarvan men verwacht dat ze verslaafd zullen sterven. Waar sommige instellingen palliatieve zorg niet rekenen tot hun takenpakket, zien andere instellingen het als een onderdeel van de zorg aan 'doordrinkers'.²⁰⁸

Samenwerking met justitie

Patiënten die in aanraking komen met de politie en vast komen te zitten in politiecellen hebben baat bij een goede voortzetting van de behandeling, met name van de medicamenteuze behandeling. Goede communicatie en afstemming met - bij voorkeur met forensisch artsen werkend voor - justitie en met de artsen en psychiaters van de GGD is van belang. Instellingsgebonden protocollen zijn hierbij noodzakelijk.

Detentie biedt een kans om mensen met een verslaving te behandelen. Penitentiaire inrichtingen (PI's) zijn een belangrijke vindplaats van verslavingsproblematiek en een plaats waar verslavingsbehandeling wordt gestart of voortgezet. Waar dit haalbaar is, moet de detentieperiode optimaal benut worden om verslaafde gedetineerden naar zorgtrajecten te geleiden en zorg op maat te leveren. Daartoe moeten de PI's de aansluiting bij partners in de verslavingszorg vinden en verstevigen. Zij kunnen deze partners faciliteren om de start of voortzetting van een traject na afloop van detentie al gedurende de detentie voor te bereiden. De 'contactpersonen Middelen & verslaving in de PI's' spelen hierin een cruciale rol. Deze persoon is verantwoordelijk voor blijvende aandacht voor verslavingsproblematiek ter bevordering van case-finding en indicatiestelling, voor de samenwerking met de verslavingszorg, het delen en uitwisselen van kennis met collega's en het verzorgen van voorlichting voor gedetineerden (input werkgroep). Daarnaast is een goede samenwerking met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van belang.

Een Forensisch Psychiatrisch Centrum kan ggz-instellingen die een forensische patiënt vervolgbehandeling bieden zo nodig van de noodzakelijke expertise voorzien, door bijvoorbeeld scholing aan te bieden en hen te ondersteunen bij het risicomanagement. Door informatie uit te wisselen wordt bovendien de intensiteit en de structuur van de zorg afgestemd op de individuele zorgvraag van de patiënt.

Justitiële drang en reclassering

Zorg onder justitiële drang vindt plaats onder toezicht van de reclassering.²⁰⁹ Bij problematisch middelengebruik komen mensen in de meeste gevallen terecht bij de verslavingsreclassering. De Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) is een netwerkorganisatie van elf regionale verslavingszorginstellingen. De verslavingsreclassering biedt een aantal geprotocolleerde trainingen aan die zich richten op criminogene factoren, zoals middelengebruik, delictgedrag en agressieregulatie.²¹⁰

Het is wenselijk dat de reclassering al in de intramurale fase betrokken wordt bij (de monitoring van) interventies gericht op terugvalpreventie. Voor het toezicht betekent dit dat vanaf het eerste contact gewerkt wordt aan een zo groot mogelijke overeenstemming tussen toezichthouder, patiënt en kliniek over doelen en aanpak. Voor succesvolle resocialisatie is het nodig dat de controles door de reclassering, de woonbegeleiding en de dagbesteding worden ingebed en overgedragen bij ontslag.²¹¹

Waarborgen ketencontinuïteit

Alle partijen die betrokken zijn bij de zorg, begeleiding en nazorg zullen onderling sluitende afspraken moeten maken, voordat de patiënt de eerste stappen buiten de instelling zet. De huisarts wordt tijdig op de hoogte gesteld van verlof/ontslag en wordt indien mogelijk en gewenst betrokken bij het maken van de bijbehorende voorwaarden of afspraken. De forensische zorginstelling, de reclassering, de ggz en de gemeente zijn belangrijke partners in de zorgketen. Direct contact tussen de behandelaars van de verschillende instellingen is hierbij vanzelfsprekend cruciaal. Die samenwerking omvat in elk geval overleg en afstemming tussen de betrokken partijen over:

- de mogelijkheden van de diverse vormen van resocialisatie;
- de afbouw van de zorg (wie verantwoordelijk is voor welke stappen in het proces);
- crisisafspraken;
- de verdeling van gezamenlijke verantwoordelijkheden.

Tot slot zijn structurele communicatielijnen tussen de verschillende partijen noodzakelijk.

Zie het [\[Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg\]](#) voor deze en andere informatie over justitiële verslavingszorg. Zo spelen tijdens het transmurale verlof diverse vormen van wonen onder toezicht en begeleiding een rol. Deze vormen een continuüm van geheel klinisch, gesloten en extreem gestructureerd wonen, via ambulante woonbegeleiding, tot onbegeleid wonen met poliklinische zorg.²¹² Zie ook de Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden.²¹³

Samenwerking met gemeenten (sociale domein)

Voor de afstemming tussen de (forensische) ggz en het sociale domein is de functie van de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) van groot belang. De verslavingszorg heeft vaak zitting in oggz- of gemeentelijke bemoeizorgteams als signalerende professional. Doelgroep zijn vaak langdurige zorgafhankelijke personen met complexe problemen zonder een expliciete hulpvraag. De teams kunnen bijdragen aan:

het vroegtijdig signaleren van individuele, wijk- en buurtproblematiek;

- een betere, meer vraaggerichte hulpverlening;
- het aanpakken van overlastsituaties;
- het voorkomen van huisuitzetting of het na onvermijdbare huisuitzetting bieden van een tweede kans;
- een betere samenwerking tussen hulpverlenende en dienstverlenende instellingen.

Wijkteams en scholen hebben eveneens een belangrijke signalerende functie.

Van belang voor afstemming zorg en sociaal domein

Belangrijke punten bij de afstemming tussen zorg en het sociale domein zijn:²¹⁴

- Er is een goede samenwerking tussen ggz en gemeenten met een aanbod van de best mogelijke zorg in de wijk.
- Er is voldoende ggz-deskundigheid op wijkniveau, in de buurt van en bij de patiënt thuis.
- Er zijn korte lijnen met andere dienstverleners in de buurt (zoals maatschappelijke en buurtorganisaties, politie en reguliere zorgaanbieders) en zelfhulporganisaties.
- De zorgverlener heeft aandacht voor behoeften van de patiënt op het vlak van wonen, werken en vrijetijdsbesteding. Indien nodig is er contact met werkgevers, re-integratiebureaus en woningcorporaties.

8.2.4 Benodigde competenties

Zorgaanbieders zorgen ervoor dat in hun organisatie of praktijk zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden. Daarnaast worden diverse andere eisen²¹⁵ aan zorgverleners gesteld.

Algemene competenties

Medewerkers van huisartsenpraktijken, generalistische zorg (met name huisartsen, POH-GGZ, POH-S, wijkverpleegkundigen, bedrijfs- en verzekeringsartsen, psychologen en specialisten van een algemeen ziekenhuis) en ggz dienen getraind te zijn in het herkennen van mensen met alcoholproblemen. Deze training dient voldoende beschikbaar te zijn,²¹⁶ met toevoeging van specifieke disciplines). (Afdelingen van) ggz-instellingen die behandeling van problematisch middelengebruik onderdeel willen maken van hun reguliere behandelaanbod dienen behandelaars aanvullend op te leiden om deze behandeling succesvol te kunnen uitvoeren.

Benodigde competenties²¹⁷ van zorgverleners zijn daarnaast:

1. *Remoraliseren*: hoop creëren, stabiliseren, zorg en ondersteuning geven;
2. *Remediatie*: uitvoeren van behandelingsprotocollen conform de regels;
3. *Rehabilitatie*: verbeteren van het functioneren op verschillende levensgebieden, inclusief justitie;
4. *Recovery*: herstellen van de autonomie, bieden van herstelondersteunende zorg.²¹⁸

Systemisch werken

In de ondersteuning van mensen met alcoholproblemen dienen professionals systemisch te denken en te werken, vooral bij complexe problematiek en in een onwelwillende omgeving. Dit vraagt om goede samenwerking en afstemming met informele steungevers en andere professionals.²¹⁹ We noemen dit 'omgevingsgevoeligheid': rekening houden met, aansluiting zoeken bij en ondersteuning bieden aan de (brede) sociale omgeving.^{220,221}

Persoonlijke kwaliteiten

Voor herstelondersteunende zorg zijn persoonlijke kwaliteiten van zorgverleners even hard nodig als hun formele kwalificaties. Zij tonen echte interesse in het verhaal en de achtergronden van de persoon in kwestie en doen dat neutraal en onbevangen.²²² De zorgverlener denkt niet voor de patiënt, maar kijkt mee naar wat realistisch en haalbaar is - met een verantwoord risico. De zorgverlener coacht, stimuleert en motiveert om gewenste hersteldoelen te helpen bereiken, zonder eventuele twijfel naar de patiënt toe uit te spreken. Met name bij mensen met een verslaving is dit van belang, omdat zorgverleners over hen vaak negatiever oordelen (zie [6.3.2 Stigma]) ten opzichte van mensen met andere aandoeningen. Patiënten mogen fouten maken om daar vervolgens van te leren. Daardoor is herstel een uniek en persoonlijk proces dat gepaard kan gaan met vallen en

opstaan. De zorgverlener investeert in het zoeken naar gemeenschappelijke doelen en schept een duidelijk kader van taken en verantwoordelijkheden om tijdens de behandeling op terug te kunnen vallen.

Overige specifieke competenties

Daarnaast vraagt de integrale werkwijze ook om specifieke competenties van zorgverleners, zoals:²²³

- *creativiteit*: originele of nieuwe oplossingen kunnen bedenken, invalshoeken vinden die afwijken van gevestigde denkpatronen;
- *coachen*: mensen begeleiden en motiveren om hen beter te laten functioneren door hun zelfinzicht, eigen regie en empowerment te vergroten;
- *samenwerken*: op effectieve wijze (mee)werken aan een gezamenlijk resultaat, ook als dit niet direct een persoonlijk belang dient;
- *netwerken*: ontwikkelen, verstevigen van relaties en coalities binnen en buiten de eigen organisatie;
- *flexibiliteit*: zich bij veranderende omstandigheden gemakkelijk aanpassen;
- *overtuigingskracht*: anderen voor standpunten en ideeën proberen te winnen en draagvlak creëren.

Competenties ervaringsdeskundige

In de [generieke module Herstelondersteunende zorg] staat een overzicht van benodigde competenties van ervaringsdeskundigen. Het profiel van een ervaringsdeskundige binnen een F-ACT-team (inclusief de taken) is beschreven door Kenniscentrum Phrenos.²²⁴

8.3 Kwaliteitsbeleid

Om de kwaliteit van de zorg voor mensen met alcoholproblemen te bewaken en bevorderen is het belangrijk dat in beleid is vastgesteld hoe dit in de organisatie moet gebeuren. Deze paragraaf over het kwaliteitsbeleid beschrijft de voorwaarden voor het werken volgens de zorgstandaard, de registratie en het benchmarken. Voor de zorgverlener staat het verlenen van de beste zorg voor iedere patiënt centraal. De waardering van patiënten van de therapeutische relatie geeft een goed inzicht in de kwaliteit van zorg. Bij voorkeur past de zorgverlener met deze informatie steeds de zorg aan. De zorgstandaard kan een hulpmiddel zijn bij deze 'zorg op maat'. Op deze manier ontstaat een verbinding tussen zorgstandaarden, ROM en kwaliteitsverbetering, maar ook een verbinding tussen patiënten, naasten, zorgverleners en andere betrokkenen met als belangrijkste missie: een continue verbetering van de zorg aan mensen met psychische klachten en aandoeningen.

8.3.1 Kwaliteitsstatuut

Sinds 1 januari 2017 is het zogeheten (model-)kwaliteitsstatuut van kracht. Dit geeft aan wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve ggz (waaronder curatieve verslavingszorg) in het kader van de zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Iedere ggz-instelling en vrijgevestigde behandelaars dienen daarvoor een dergelijk kwaliteitsstatuut te hebben. Dit is ook belangrijk voor patiënten en familie en naastbetrokkenen: zij moeten inzicht hebben in de organisatie van de zorgaanbieder en de uitkomsten en resultaten van de zorg. In het kwaliteitsstatuut geeft de aanbieder bijvoorbeeld invulling aan de volgende vragen van de patiënt: Wat gebeurt er na mijn aanmelding? Met wie heb ik een intakegesprek? Hoe wordt dat bepaald? Wie is mijn aanspreekpunt? Heb ik daarin een keuze? Hoe weet ik of deze professional voldoende deskundig is? Hoe kan ik ervan uitgaan dat deze zorgverlener als het nodig is anderen inschakelt of mij daarnaar verwijst? Heb ik daarin een keuze?

Het model kwaliteitsstatuut kan ook toegepast worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd-ggz, de langdurige zorg en de overige zorg.²²⁵ Voor de inhoud van alle afspraken wordt

verwezen naar het [\[model kwaliteitsstatuut\]](#). Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving.

8.3.2 Deskundigheidsbevordering

Algemeen

Een belangrijke voorwaarde voor een passend kwaliteitsbeleid is dat er goede en actuele kennis aanwezig is bij alle betrokken zorgverleners, bij gemeenten, politie en justitie. Huisartsen, POH-GGZ, zorgverleners in de generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz, bedrijfs- en verzekeringsartsen en zorgverleners in de algemene gezondheidszorg moeten voldoende geschoold zijn in basisvaardigheden zoals motiverende gespreksvoering. Zij dienen deze vaardigheid na een (bij)scholing te versterken en onderhouden (supervisie, intervisie). Om hun kennis op peil te krijgen en houden, is het belangrijk aan het opleidingsniveau kwaliteitseisen te stellen en hierover landelijke afspraken te maken. Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Zorgverleners moeten de juiste opleiding hebben om de hiervoor beschreven zorg met de juiste attitude te kunnen bieden. Ook de invulling van de rol van regiebehandelaar vraagt om de juiste vaardigheden.

De opleiding en nascholing van zorgverleners is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren en op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. In ieder geval voldoen zorgverleners aan de kwaliteitseisen die de betrokken beroepsgroepen zelf gesteld hebben.

Specifiek voor doelgroep ouderen

De deskundigheid in het omgaan met de doelgroep 55-plussers moet worden bevorderd door:²²⁶

- het inschakelen van ouderenzorgspecialisten (zoals een klinisch geriater of psychiater met aandachtsgebied ouderen) ter consultatie;
- het ontwikkelen en ter beschikking stellen van factsheets met aandachtspunten voor de omgang met de doelgroep in relatie tot de problematiek.

Zingeving

Er is meer aandacht nodig voor de betekenisgeving en zingeving (zie [generieke module Herstelondersteunende zorg]) van mensen met verslavingsproblemen. Het is aan te bevelen om zorgverleners zich hiertoe te laten (bij)scholen en het onderwerp op te nemen in de curricula van de opleidingen (zie [generieke module Herstelondersteunende zorg - par 4.5]). Geestelijk verzorgers kunnen vanuit hun specifieke deskundigheid op het vlak van zingeving de verbinding leggen tussen herstel, betekenisgeving en zingeving en deze kennis en inzichten overdragen op hun collega-zorgverleners.

8.4 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

De zorg zoals beschreven in deze zorgstandaard kan leiden tot (inhoudelijke) aanpassingen in de zorg die aangeboden wordt of tot aanpassingen in het zorgproces.

Kosteneffectiviteit betekent dat de verhouding tussen de kosten van de behandeling en de effecten ervan gunstig is. Mensen leven bijvoorbeeld langer of hebben een betere kwaliteit van leven. Meestal gaat het hierbij alleen om de kosten binnen de gezondheidszorg. Verslavingen veroorzaken echter ook veel kosten buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld als gevolg van criminaliteit, en daardoor van politie en justitie. Uit een recente review van de literatuur op dit gebied door het RIVM blijkt dat maatschappelijke kostenbesparingen door goede zorg, zoals minder ziekteverzuim, minder criminaliteit en minder verkeersongevallen, niet altijd in onderzoek worden meegenomen.²²⁷ Het RIVM-rapport bevat een aanbeveling om aanvullend onderzoek te doen en daarin

alle maatschappelijke kosten en baten te betrekken, omdat dit een compleet inzicht geeft in de kosten van verslavingen en de baten van behandelingen.²²⁸

eHealth

Er zijn aanwijzingen dat een gemengde vorm van hulp (een e-mental health interventie met ondersteuning van een behandelaar) uiteindelijk kosteneffectiever is dan alleen e-mental health. Deze gemengde vorm heeft dus meer effect bij dezelfde of zelfs lagere kosten.²²⁹ In ander onderzoek is de kosteneffectiviteit bekeken van de invoering van e-mental health-interventies in de Nederlandse gezondheidszorg voor schadelijk alcoholgebruik.²³⁰ De invoering van effectief bevonden e-mental health-interventies blijkt de kosteneffectiviteit volgens dit onderzoek te verhogen. Invoering kan zelfs kostenbesparingen opleveren wanneer reguliere ambulante behandelcontacten deels worden vervangen door e-mental health-interventies.²³¹

Zelfhulpgroepen

Patiënten en naasten geven aan dat de ervaringen van veel patiënten en naasten met zelfhulpgroepen positief zijn. Deze vorm van ondersteuning is (vrijwel) kosteloos.

8.5 Financiering

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

Zorg en ondersteuning in de ggz en maatschappelijke zorg worden vanuit verschillende wetten gefinancierd. Naast zorgverzekeraars zijn ook gemeenten in toenemende mate bij de zorg voor en het herstel van mensen met alcoholproblemen betrokken. Sinds 2015 zijn zij verantwoordelijk voor een integraal ondersteuningsbeleid van kwetsbare burgers. Gemeenten leggen verbanden met welzijn, wonen, schuldhulpverlening, jeugdzorg, (speciaal) onderwijs en het lokale werkgelegenheidsbeleid. In dit verband kan ook de Participatiewet genoemd worden. Deze wet biedt één regeling voor mensen met een arbeidshandicap zonder werk, die onder de verantwoordelijkheid van gemeenten vallen.

Een groot deel van de ggz (inclusief de verslavingszorg) wordt uit de Zvw bekostigd. Er geldt een aantal uitzonderingen. Allereerst de langdurige ggz, die per 2015 onder de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) valt als er sprake is van aaneengesloten verblijf in een instelling van langer dan drie jaar. Uitzondering is ook de jeugd-ggz, die voor het grootste deel onder de Jeugdwet (gemeenten) valt. Tot slot is er ook in de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) een aantal taken opgenomen die betrekking hebben op de ggz.

De volgende partijen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit en bekostiging van de hulp die onder deze (vernieuwde) wetten valt:

- Zorgverzekeringswet (Zvw): zorgverzekeraars
- Wet langdurige zorg (Wlz): CIZ (indicatie) en zorgkantoren of -instellingen
- Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo): gemeenten

Een deel van de zorg wordt vanuit de Zvw bekostigd en een deel via de Wmo. Zorg geleverd binnen de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz is veelal vergoede zorg vanuit de basisverzekering. Wel worden slechts behandelingen vergoed binnen de Zvw die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Wanneer een bepaalde behandeling niet wordt vergoed kan de huisarts wel verwijzen naar de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz mits de patiënt hier de voorkeur voor heeft en deze zorg zelf kan betalen.²³² Ook kan er vergoeding mogelijk zijn vanuit de gemeente (bijv. begeleiding).

9 Kwaliteitsindicatoren

In het samenwerken met verschillende disciplines aan goede zorg voor mensen met alcoholproblemen is kwaliteit een centraal thema. De organisatie van de zorginstelling moet zo zijn ingericht dat deze de kwaliteit steeds bewaakt en bevordert. Hierbij zal de zorginstelling kritisch moeten kijken naar het resultaat van de geboden zorg. Kwaliteitsindicatoren zijn nuttig om de kwaliteit te bepalen en hierop beleid te maken. Daarnaast zijn ze vereist voor de verantwoording aan de zorgverzekeraar (als contractpartner) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (als toezichthouder). Met deze informatie kunnen zij beoordelen of de zorginstelling goede zorg levert. Daarom bevat elke zorgstandaard een apart hoofdstuk met de beschrijving van de relevante kwaliteitsindicatoren. Deze zijn onderverdeeld in uitkomstindicatoren (weerspiegelen de uitkomst van het individuele zorgproces, zowel stoornisspecifiek als generiek), procesindicatoren (weerspiegelen de uitvoering van het individuele zorgproces, zowel aandoeningsspecifiek als generiek) en structuurindicatoren (weerspiegelen de kwaliteit van de organisatie).

9.1 Uitkomstindicatoren

Zorgaanbieders in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz dienen de patiëntervaringen te meten om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zij monitoren hiermee op systematische wijze de veranderingen in de ernst van de problematiek, het dagelijks functioneren en de ervaren kwaliteit van leven. Hiervoor zetten zij instrumenten in, zoals de CQ-index, verkorte CQI Kortdurende ambulante ggz, Thermometer patiëntwaardering, Routine Outcome Monitoring en Minimale Dataset. Het instrumentarium dient aan te sluiten bij de individuele patiënt. Dat betekent dat een patiënt met meerdere diagnose-behandelcombinaties (DBC's) binnen een instelling niet meerdere malen hetzelfde instrument invult.²³³

Voor deze zorgstandaard zijn de generieke kwaliteitsindicatoren voor de ggz (in ontwikkeling) in combinatie met de CQ-Index afdoende om de gewenste uitkomsten te meten.

9.2 Procesindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met alcoholproblemen. Procesindicatoren die worden ontwikkeld in generieke modules en andere zorgstandaarden worden afgewacht om na te gaan of aanvulling voor deze specifieke zorg alsnog noodzakelijk is.

9.3 Structuurindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om structuurindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met alcoholproblemen. Structuurindicatoren die worden ontwikkeld in generieke modules en andere zorgstandaarden worden afgewacht om na te gaan of aanvulling voor deze specifieke zorg alsnog noodzakelijk is.

Eindnoten

¹ Huber, 2014.

² Patiënten- en familieorganisaties in het MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen LPGGz) hebben hun visie op de thema's: gezondheid als perspectief, herstel van patiënten en naasten, de relatie met patiënten en naasten en gezondheid als maatstaf. Zij gaan daarbij verder in op veelgebruikte termen als: herstelgericht, cliënt- en vraaggestuurd, autonomie en gezamenlijke besluitvorming. Allemaal begrippen die in het verlengde van elkaar liggen en erop wijzen dat patiënten in de ggz – net als ieder ander – uiteindelijk het meest gebaat zijn bij eigen regie, waarbij zij zelf aan het roer staan en zoveel mogelijk grip houden op de koers van hun leven.

³ Behalve de aanpak van de alcoholproblemen (symptomatisch herstel) is het belangrijk dat een persoon in het dagelijks leven weer kan functioneren (lichamelijk, psychisch en sociaal) en maatschappelijke rollen kan vervullen. Goede zorg dient aan te sluiten bij de vier dimensies van herstel:

Symptomatisch herstel: Lukt het om de verschijnselen van de alcoholproblemen bij de betrokkene weg te nemen of om verergering te stoppen? Dit is de vraag naar klinisch herstel, met genezing als de meest ideale variant daarvan. Zie ook [5.2 Behandeling en begeleiding].

Functioneel herstel: Lukt het om het door de alcoholproblemen veroorzaakte verminderde functioneren te verbeteren of tenminste te compenseren? In de ggz ligt de focus vooral op het herstel van psychische functies, met name het herstel van executieve (uitvoerende) functies die zelfregulatie mogelijk maken.

Maatschappelijk herstel: Lukt het om de door de alcoholproblemen niet verkregen of verloren maatschappelijke positie alsnog te bereiken of weer terug te krijgen? Voor een belangrijk deel is deze vorm van herstel afhankelijk van de inzet van personen en organisaties buiten de zorg in engere zin. Het vereist een zorgvuldig re-integratietraject en er zijn plekken in de samenleving nodig (wonen, arbeid, dagbesteding) waar dit mogelijk is. De aanpak van vooroordelen in de maatschappij (destigmatisering) en in de zorgverlening ten opzichte van verslaving is hiervoor nodig. Zie voor de uitgangspunten voor herstelondersteunende zorg (o.a. zelfsturing, empowerment, steun van lotgenoten en hoop) ook [6.1.2 Herstelondersteunende zorg bij verslaving] en verder [6.2 Participatie], [6.3 Re-integratie] en de [generieke module Herstelondersteunende zorg].

Persoonlijk herstel: Lukt het de betrokkene om zijn of haar herstel zelf ter hand te nemen? Persoonlijk herstel heeft betrekking op de voor de betrokkene belangrijkste waarden en doelen. Zelfwaardering, positieve emoties en innerlijke motivatie, waaronder zingeving en spiritualiteit, zijn bij persoonlijk herstel de drijvende krachten. Ook een toenemend inzicht in en relativering van de betekenis van de aandoening zorgen ervoor dat betrokkenen de verslaving leren onderscheiden van wie ze zijn of willen zijn, bijvoorbeeld door middel van 'framing' (Van der Stel, 2015) Zie [6.1] en de [generieke module Herstelondersteunende zorg]. De beschreven vormen of dimensies van herstel hoeven niet per definitie allemaal, of in een bepaalde volgorde te worden bereikt.

⁴ Hierbij waren het meest bepalend: de multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009), de [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014 en de [richtlijn Detoxificatie](#) (Dijkstra et al., 2016). Bij relevantie voor de behandeling van verslaving in het algemeen is de multidisciplinaire richtlijn Opiaatverslaving gevolgd (Van den Brink et al. 2013).

⁵ Het betreft o.a. een visie op verslaving van GGZ Nederland (GGZ Nederland, 2013); de [Basisset Kwaliteitscriteria GGz van MIND Platform Psychische Gezondheid](#) (voorheen LPGGz), het document Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend van het Zwarte Gat (De Haan & Oude Bos, 2011).

⁶ In het schema wordt zichtbaar dat verwijzing naar de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz via de huisarts verloopt. Als iemand zonder verwijzing van de huisarts wordt behandeld in de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz, dan wordt deze zorg niet vanuit de zorgverzekeringswet vergoed.

⁷ Cornel, M., 1994. Detection of Problem drinkers in General. Stichting Verantwoord Alcoholgebruik (STIVA); Van de Glind, G., Konstenius, M., Koeter, M.W.J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Carpentier, e.a., 2014. Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: Results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria Drug Alcohol Depend. 134, 158–166; De Graaf, R., Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., 2012. Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Utrecht; De Graaf, R., Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., 2012. Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Utrecht; De Graaf, R., Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., 2012. Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Utrecht; Koppes, L., Kemper, H., Post, G., Snel, J., Twisk, J., 2000. Eur. Addict. Res. 6, 183–188.

⁸ Schuckit, M.A., 2009. J. Subst. Abuse Treat. 36, S5-14.

⁹ In de [Richtlijn middelengebruik jeugdhulp en jeugdbescherming](#) zijn normen te vinden voor de mate van alcoholgebruik die bij jongeren risicovol is. Deze zijn per leeftijdsgroep geformuleerd (kinderen/adolescenten t/m 12 jaar, 13 t/m 15 jaar en 16 jaar en ouder). Jongeren zijn gevoeliger voor het ontwikkelen van problemen met alcoholgebruik dan volwassenen. Er zijn aanwijzingen dat hoe jonger iemand begint met het gebruik van alcohol, hoe groter de kans is op een alcoholverslaving op volwassen leeftijd ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#), 2014). Jongeren reageren anders op alcoholgebruik dan volwassenen. Zij merken het verdovende effect pas na enige tijd, waardoor het gevaar bestaat dat jongeren door blijven drinken tot zij worden overvallen door een acute alcoholvergiftiging. Naast alcohol gebruiken jongeren soms gelijktijdig andere middelen zoals cannabis, XTC en cocaïne. Dit geeft een verhoogd risico op een gecompliceerde alcoholvergiftiging ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014).

¹⁰ 20 procent van de jongeren in deze leeftijdsgroep had in de afgelopen maand 5 glazen alcohol of meer gedronken bij ten minste 1 gelegenheid ('bingedrinken') (Van Laar et al., 2014). In 2015 zijn 931 jongeren onder de 18 jaar voor alcoholgerelateerde klachten opgenomen in het ziekenhuis (Van der Lely et al., 2016).

¹¹ Snoek et al., 2010.

¹² Noteborn, M., Sanderson, R., Zwanikken, H., Deckers, K., Van Alphen, S., 2013. Huisarts Wet. 56, 214–218.

¹³ Het aandeel 55+-ers in het patiëntenbestand van de verslavingszorg steeg in de periode tussen 2004 en 2013 met 61 procent: 10 jaar geleden was van de alcoholpatiënten nog 1 op de 5 (19,7 procent) een 55-plusser, inmiddels is dit 1 op de 4 (26,5 procent). Van de 55+-patiënten in de verslavingszorg heeft het merendeel (71 procent) primair een probleem met alcoholgebruik (Bovens et al., 2014).

¹⁴ American Psychiatric Publishing. (2013). DSM-5. Washington D.C. / London, England: American Psychiatric Publishing.

¹⁵ [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014., Huisarts & Wetenschap

¹⁶ [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014., Huisarts & Wetenschap

¹⁷ Hallers-Haalboom, E.T., Kunst, L.E., Bekker, M.H.J., 2016. Sekse en gender in Alcohol- en opiaatverslaving. Tilburg; White, A., Castle, I.-J.P., Chen, C.M., Shirley, M., Roach, D., Hingson, R., 2015. Alcohol. Clin. Exp. Res. 39, 1712–26.

¹⁸ Hallers-Haalboom, E.T., Kunst, L.E., Bekker, M.H.J., 2016. Sekse en gender in Alcohol- en opiaatverslaving. Tilburg.

¹⁹ GGZ Nederland, 2013. Een visie op verslaving en verslavingszorg : focus op preventie en herstel. Amersfoort.

²⁰ Uit onderzoek blijkt dat patiënten met een dubbele diagnose slechter op een behandeling reageren, meer terugval hebben, vaker opnieuw opgenomen worden, en ernstigere en meer chronische symptomen hebben dan andere patiënten ([Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol](#), 2009).

²¹ Lichamelijke problematiek

De lichamelijke gevolgen van problematisch alcoholgebruik lopen uiteen van overgewicht, kanker, hart- en vaatziekten tot vitaminetekort.

De lichamelijke gevolgen van alcoholproblemen kunnen zijn ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014):

- overgewicht, doordat alcohol relatief veel calorieën bevat, maar ook ondergewicht en vitaminetekorten door gebrekkige voeding;
- letsels door ongevallen, zowel in het verkeer als thuis;
- kanker, vooral in de mondkeelholte en darmen; ook het risico op borstkanker is verhoogd;
- maag-darmproblemen: slijmvliesbeschadiging in maag en twaalfvingerige darm, leverbeschadiging en ontsteking van de alvleesklier;
- hart- en vaatziekten: hoge bloeddruk, een herseninfarct of hersenbloeding, vernauwing van de kransslagaderen bij het hart, hartritmestoornissen, chronisch hartfalen;
- neurologische problemen door een thiaminetekort (vitamine B1): polyneuropathie, klapvoet, Wernicke-encefalopathie (afsterven van cellen met ontstekingsreactie in de hersenen, gevolgd door atrofie) en het syndroom van Korsakov;
- urogenitale problemen: seksuele problemen, verminderde vruchtbaarheid van de man, borstvorming;
- huidafwijkingen, zoals spider naevi (rode adertjes in m.n. het gezicht).

Alcoholproblematiek hangt bovendien vaak samen met een ongezonde leefstijl. Deze ongezonde leefstijl houdt soms de alcoholproblematiek in stand (bijvoorbeeld roken) en is soms een gevolg van het alcoholprobleem (zoals een verstoord dag-nachtritme). Daarom is het van belang om tijdens de behandeling op dit soort ongezond gedrag te screenen. Interventies bijvoorbeeld op het gebied van slaaphygiëne kunnen een bijdrage leveren aan terugvalpreventie. Zie ook de [Richtlijn Leefstijl](#) bij mensen met ernstig psychische aandoeningen. Ook verhoogt alcoholgebruik de kans op verspreiding van soa, omdat bij alcoholgebruik iemand minder goed in staat is om veilig te vrijen (Van Aar & Koedijk, 2014).

Lichamelijke gevolgen van alcoholgebruik bij jongeren en ouderen

- De puberteit en adolescentie zijn belangrijke periodes voor de ontwikkeling van de hersenen. Het gebruik van alcohol, vooral 'bingedrinken', lijkt hierop een direct nadelig effect te hebben. Jongeren die regelmatig overmatig alcohol gebruiken, presteren in het dagelijkse leven minder goed vergeleken met jongeren die geen alcohol gebruiken wat betreft:
 - geheugen
 - aandacht (alertheid, concentratie en selectief verwerken van informatie)
 - de snelheid waarmee ze informatie verwerken
 - uitvoerende functies

Het is niet duidelijk of de hersenen op termijn volledig kunnen herstellen van het effect van alcohol ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik \(derde herziening\)](#), 2014).

- Bij ouderen geeft alcoholgebruik een verhoogde kans op schadelijke effecten in vergelijking met volwassenen (NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening), 2014; Noteborn et al., 2013). Op hogere leeftijd wordt alcohol slechter verdragen door een relatieve toename van lichaamsvet en een verminderde nier- en leverfunctie. Ouderen gebruiken relatief veel medicijnen. Dit gaat vaak niet goed samen met alcoholgebruik. Voorbeelden van klachten door overmatig alcoholgebruik bij ouderen zijn:
 - hoge bloeddruk
 - maagproblemen
 - incontinentie
 - slaapproblemen
 - seksuele problemen
 - angsten
 - depressie
 - desoriëntatie en geheugenverlies
 - medicijnen werken niet, niet goed of averechts

Zie [<https://www.brijder.nl/voor-wie/verslaafd-55plus/alcohol-ouderen-gevolgen>]

²² Psychische problematiek

Mensen met alcoholproblemen hebben vaker dan de algemene bevolking last van (andere) psychische aandoeningen. Vooral angststoornissen, depressie ([Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol](#), 2009), persoonlijkheidsstoornissen, vooral de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008) en ADHD (Van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012) komen vaker voor. Psychische klachten (angst, depressie, stemmingswisselingen) en problematisch gedrag (impulsiviteit, agressie) kunnen het gevolg zijn van problematisch alcohol- en/of drugsgebruik. Hulpverleners dienen er bij mensen met psychische problemen en/of problematisch gedrag alert op te zijn of hier mogelijk problemen met middelengebruik aan ten grondslag liggen. Omgekeerd kunnen psychische en gedragsproblemen juist de oorzaak zijn van problematisch middelengebruik. Een alcoholverslaving ontstaat bijvoorbeeld relatief vaak bij mensen met (sociale) angststoornissen. Hulpverleners dienen er alert op te zijn dat alcoholgebruik bepaalde klachten kan maskeren (Snoek, Wits & Meulders, 2012). Het is van belang dat behandeling en begeleiding bij een alcoholverslaving en eventuele andere psychische problemen geïntegreerd worden aangeboden (zie [8.2.1 Samenwerking in de keten]).

Specifieke aandacht is ook nodig voor de doelgroep met een justitiële achtergrond. Van alle gedetineerden heeft circa 30 procent alcoholproblemen. De helft van deze groep heeft daarnaast ook bijkomende psychische problematiek.

De psychische comorbiditeit onder jongeren die door hun problematische middelengebruik in aanraking komen met de jeugdverslavingszorg is hoog: tussen de 60-88 procent. Jongeren met een lichte verstandelijke beperking (LVB) die middelen gebruiken, lijken door dit gebruik vaker in de problemen te komen dan jongeren zonder een LVB (Wits et al., 2016).

Psychische klachten bij ouderen met alcoholproblemen ontstaan vaak geleidelijk, zoals concentratieproblemen en vergeetachtigheid. Ook komt onder ouderen veel 'stille' psychosociale problematiek voor; bijna 1 op de 4 ouderen heeft een psychische aandoening zoals een angststoornis, dementie of depressie. Deze problemen kunnen aanzetten tot overmatig drinken ('vergetelheid zoeken in de drank'), maar kunnen juist ook worden versterkt door overmatig drinken (Meerkerk et al., 2015).

Uitgebreide informatie over bijkomende psychische problematiek bij verslaving is te vinden in de volgende richtlijnen, protocollen en rapporten:

- Addendum 'Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen' bij de MDR Niet-opioïde drugs (in ontwikkeling).
- [Richtlijn Middelenmisbruik of – afhankelijkheid en angststoornissen](#); richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis en comorbide middelenmisbruik of –afhankelijkheid (2012).
- [Middelenafhankelijkheid en depressie](#); diagnostiek en cognitief gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenafhankelijkheid en depressieve stoornissen (2009).
- [Dubbele Diagnose, Dubbele hulp](#). Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling (2003)
- [Protocol ADHD bij verslaving](#). Screening, diagnostiek en behandeling voor de ambulante en klinische verslavingszorg (Trimbos-instituut, 2004)

Vrouwen die drinken hebben, vergeleken met mannen, vaker angst- en depressieve klachten, komen vaker uit een gezin waarin drankgebruik een probleem vormde, hebben meer ervaringen met seksueel geweld en gebruiken vaker benzodiazepines (Lagro-Janssen & Verdonk, 2007). Bij vrouwen is er vaker sprake van een internaliserende houding (zich aanpassen aan de omgeving en gevoelens willen onderdrukken) (De Kleijn & Lagro-Janssen, 2014).

²³ Verslaving aan andere middelen, naast alcoholprobleem

- Van de patiënten in de verslavingszorg met een alcoholprobleem heeft 30 procent daarnaast ook een verslaving aan middelen zoals drugs of medicijnen ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014).
- Jongeren combineren vaak middelen. Ruim 7 op de 10 uitgaande jongeren (15-35 jaar) (Goossens et al., 2013) die zowel ervaring hebben met alcohol als met drugs geven aan alcohol wel eens te combineren met drugs. De meerderheid daarvan doet dat slechts zelden of af en toe. Het combineren van verschillende drugs komt met bijna 6 op de 10 ook zeer frequent voor. Ook hierbij doet de meerderheid van degenen die drugs combineren dat slechts zelden of af en toe. Zo'n 1 op de 10 deelnemers geeft aan vaak verschillende soorten drugs te combineren en 1 op de 20 doet dat (vrijwel) altijd.
- Ouderen gebruiken relatief vaak psychofarmaca en andere geneesmiddelen die invloed hebben op het psychisch functioneren. Sommige middelen kunnen gewennings- en verslavingsproblemen geven, naast de problemen met alcohol. Veel ouderen gebruiken deze middelen – met name kalmerende middelen – langduriger dan voorgeschreven. Een derde van alle voorgeschreven benzodiazepines (slaap- en kalmerende middelen) en verdovende pijnstillers wordt afgenomen door 65-plussers (Noteborn et al., 2013). Het gebruik van alcohol en slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) is riskant. Het zijn allebei verdovende middelen die elkaars werking versterken en als combinatie het risico op vallen vergroten. Ook geneesmiddelen die voorgeschreven worden voor somatische problemen kunnen psychische klachten geven of versterken.

²⁴ NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening), 2014., Huisarts & Wetenschap

[<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-problematisch-alcoholgebruik>]

²⁵ Loket Gezond Leven, 2016. [Alcohol en werk](#).

²⁶ De Wit, G.A., Van Gils, P.F., Over, E.A.B., Suijkerbuijk, A.W.M., Lokkerbol, J., Smit, F., Mosca, I., Spit, W.J., 2016. Maatschappelijke kosten-batenanalyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen.

²⁷ Solis, J., Shadur, J., Burns, A., & Hussong, A. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Curr Drug Abuse Rev*, 5(2), 135–47.

²⁸ Bij ouders met alcoholproblemen kunnen de opvoeding en het welzijn van kinderen onder druk staan door:

1. De directe effecten van alcohol en drugs op het waarnemend vermogen, de stemming en het gedrag van deze ouders en de leefwijze die samengaat met het alcoholgebruik. Deze kunnen (zeer) nadelig zijn voor het welzijn van kinderen.
2. Erfelijke belasting en schadelijke effecten van alcohol tijdens de zwangerschap. Deze kunnen leiden tot een verhoogde kwetsbaarheid bij kinderen voor het ontwikkelen van een verslaving of andere psychische aandoeningen (Spijkerman et al., 2015).
3. Zwaar alcoholgebruik tijdens de zwangerschap kan bij het kind leiden tot het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS). Dit syndroom houdt in dat een kind bepaalde voor FAS kenmerkende psychische en lichamelijke afwijkingen heeft. FAS wordt gediagnosticeerd als er sprake is van groeiachterstand, specifieke gezichtskenmerken en neurologische schade. Lichtere vormen van FAS [FASD, *foetal alcohol syndrome disorder*], leiden veelal ook tot levenslange cognitieve, sociale en gedragsproblematiek (Fas Stichting, 2016).

De manier waarop de ouder en het kind met elkaar omgaan bepaalt eveneens voor een deel hoe een kind zich ontwikkelt.

Bekende risicofactoren zijn:

- weinig aandacht van de ouder
- een onveilige hechting met de ouder
- geringe betrokkenheid tussen ouder en kind
- weinig zicht van de ouder op het doen en laten van het kind
- agressie en kindermishandeling in het gezin
- inadequate opvoedingsstrategieën en slecht voorbeeldgedrag van ouders

Zie www.loketgezondleven.nl

²⁹ Aangezien er - op basis van de wetenschappelijke literatuur - geen veilige ondergrens voor alcoholgebruik tijdens de zwangerschap kan worden vastgesteld, wordt in Nederland geadviseerd om in het geheel geen alcohol te drinken als een vrouw zwanger wil worden, zwanger is of borstvoeding geeft. (zie ook: www.trimbos.nl)

³⁰ Spijkerman, R., Müller, M., Glopper, A. de, Rosenberg, E., Willems, W., Hendriks, V., 2015. Programma Verslaving & Ouderschap (PVO); Van der Stel, J.C., Buisman, W.R., 2013. Van kwetsbaar naar weerbaar: Eindrapport project preventie en zorg voor kwetsbare groepen en middelengebruik.

³¹ Symptomatisch herstel: Lukt het om de verschijnselen van de alcoholproblemen bij de betrokkene weg te nemen of om verergering te stoppen? Dit is de vraag naar klinisch herstel, met genezing als de meest ideale variant daarvan. Zie ook [5.2].

Functioneel herstel: Lukt het om het door de alcoholproblemen veroorzaakte verminderde functioneren te verbeteren of tenminste te compenseren? In de ggz ligt de focus vooral op het herstel van psychische functies en dan vooral het herstel van executieve (uitvoerende) functies die zelfregulatie mogelijk maken.

Maatschappelijk herstel: Lukt het om de door de alcoholproblemen niet verkregen en/of verloren maatschappelijke positie alsnog te bereiken of weer terug te krijgen? Voor een belangrijk deel is deze vorm van herstel afhankelijk van de inzet van personen en organisaties buiten de zorg in engere zin. Het vereist een zorgvuldig re-integratietraject en er zijn plekken in de samenleving nodig (wonen, arbeid, dagbesteding) waar dit mogelijk is. De aanpak van vooroordelen in de maatschappij ('destigmatisering') en in de zorgverlening ten opzichte van verslaving is hiervoor nodig. Zie ook [6.2], [6.3] en de [generieke module Herstelondersteuning].

Persoonlijk herstel: Lukt het de betrokkene om zijn of haar herstel zelf ter hand te nemen? Persoonlijk herstel heeft betrekking op de voor de betrokkene belangrijkste waarden en doelen. Zelfwaardering, positieve emoties en innerlijke motivatie, waaronder zingeving en spiritualiteit, zijn bij persoonlijk herstel de drijvende krachten. Ook een toenemend inzicht in en relativering van de betekenis van de aandoening zorgen ervoor dat betrokkenen de verslaving leren onderscheiden van wie ze zijn of willen zijn, bijvoorbeeld door middel van 'framing' (Van der Stel, 2015) Zie [6.1] en de [generieke module Herstelondersteuning].

De bovengenoemde vormen van herstel hoeven niet per definitie allemaal, of in een bepaalde volgorde te worden bereikt.

³² Van der Stel, J., 2012. Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Boom Lemma uitgevers Amsterdam.

³³ Deze leeftijdsgrens sluit aan bij het adviesrapport 'Ouderen en Verslaving' van Resultaten Scoren (Bovens, Van Etten & Weingart, 2013). Hierbij merken we op dat deze leeftijdsgrens niet te strak gehanteerd moet worden [zie [generieke module Ouderen met psychische aandoeningen].

³⁴

1. Naasten kampen vaak zelf ook met psychische problemen zoals stressklachten, angstklachten en depressieve klachten. Zij moeten leren om grenzen te stellen en zichzelf weer op de eerste plaats te zetten. Naasten kunnen hulp krijgen van zorgverleners van preventieafdelingen van veel verslavingszorginstellingen of via zelfhulporganisaties (zie [5.1.4 Ondersteuning van naasten]), ook als de naaste met een alcoholprobleem niet in behandeling is.
2. Zij spelen een belangrijke rol in het herstelproces van de patiënt.
3. Naasten kunnen van belang zijn bij de toeleiding naar zorg van een patiënt. Daarom zijn er voor hen effectieve trainingen (zie [5.1.4 Ondersteuning van naasten]).

³⁵ De Haan, G., Oude Bos, J., 2011. Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend. Dalfsen/Groningen.

³⁶ Zie [Agenda GGZ, Achtergrondnotitie](#).

³⁷ Van alle psychische aandoeningen hebben aan alcohol gerelateerde aandoeningen de grootste behandelkloof. Deze behandelkloof is in Nederland 82,5 procent (slechts 17,5 procent van de mensen met alcoholproblematiek wordt hiervoor behandeld; Kohn et al., 2004). De behandelkloof lijkt echter minder problematisch dan vaak wordt verondersteld: onderzoek suggereert dat mensen die de zorg het meest nodig hebben de weg naar de verslavingszorg redelijk goed weten te vinden. Degenen die geen zorg krijgen, hebben over het algemeen milde problemen en een gunstig beloop (Tuithof et al., 2016).

³⁸ ZonMw programma GGZ, 2016.

³⁹ Franx, G., Van Splunteren, G., 2014. Zorgpad Problematisch Alcoholgebruik. Herziene versie november 2014. Utrecht.

⁴⁰ Bedrijven leggen in een alcoholbeleid voorschriften vast over het gebruik van alcohol onder werktijd en vóór aanvang van het werk. Daarnaast kan een werkgever onder bepaalde omstandigheden alcoholtesten laten uitvoeren. Ook voorlichting, trainen van managers om tijdig problematisch alcoholgebruik te herkennen en om taboedoorbrekende gesprekken te voeren zijn mogelijkheden. Verwijzen (door de bedrijfs- of huisarts) naar een passende behandeling of naar een interventie voor (het minderen van) alcoholgebruik behoort ook tot de mogelijkheden van de werkgever (Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, 2015a).

-
- ⁴¹ Zij behoren tot de zogenoemde vangnetpopulatie die niet bij de bedrijfsarts maar bij de verzekeringsarts van het UWV op het spreekuur komt. Wat is vermeld over de bedrijfsarts geldt dus ook voor de verzekeringsarts.
- ⁴² [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol](#), 2009; [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014.
- ⁴³ De kindcheck is bedoeld voor mensen die werken met volwassen patiënten, zoals (huis)artsen, POH-GGZ, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychiaters en psychologen. Het houdt in dat er wordt nagegaan of er kinderen in het gezin zijn en of zij veilig zijn. Voor een effectieve kindcheck is het van belang om het netwerk hieromheen goed te organiseren, zodat voldoende deskundigheid over opvoeding en de ontwikkeling van kinderen voorhanden is.
- ⁴⁴ Geïndiceerde preventie wordt aangeboden aan mensen die verschijnselen hebben van een aandoening, maar (nog) niet voldoen aan de criteria van deze aandoening. Ook mensen bij wie de kans groot is dat ze een aandoening zullen ontwikkelen komen in aanmerking. Doel van de interventie of behandeling is om het ontstaan van een aandoening of verdere gezondheidsschade te voorkomen. Denk hierbij ook aan symptoombestrijding.
- ⁴⁵ GGZ Nederland, 2013. Een visie op verslaving en verslavingszorg : focus op preventie en herstel. Amersfoort.
- ⁴⁶ Nagel, J. van der, Dijk, M. van et al. (2017). (H)erkend en juist behandeld. Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg. Utrecht: Perspectief Uitgevers.
- ⁴⁷ Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care World Health Organization(WHO Publication No. 01.6a), World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- ⁴⁸ Seppä, K., Lepistö, J. and Sillanaukee, P. (1998) *Five-shot questionnaire on heavy drinking*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 22, 1788–1791.
- ⁴⁹ [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol](#), 2009.
- ⁵⁰ Van der Stel, J.C., Buisman, W.R., 2013. Van kwetsbaar naar weerbaar: Eindrapport project preventie en zorg voor kwetsbare groepen en middelengebruik.
- ⁵¹ Wits, E., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Meije, D., van Wijngaarden, B., Van de Glind, G., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Wits, E., van Wijngaarden, B., Van de Glind, G., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Meije, D., van Wijngaarden, B., Van de Glind, G., 2016. Richtlijn middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Trimbos-instituut, Utrecht.
- ⁵² Hendriks, V., Spijkerman, R., Van Oort, M., Van de Glind, G., Müller, M., e.a., 2014. Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten. Screening, diagnostiek en behandeling in de jeugd-GGZ en jeugdverslavingszorg.
- ⁵³ Voor screening op een alcoholverslaving wordt de AUDIT aanbevolen met een afkappunt van 4 (Van Oort et al., 2014). Voor screening op verslaving aan alcohol of andere middelen wordt de CRAFFT aanbevolen ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014). Ook kan de Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten (SMA) worden toegepast in combinatie met de CRAFFT (Wits et al., 2016). De SMA is nog niet gevalideerd, maar is het enige instrument dat

de omvang van het gebruik inventariseert én de uitkomsten relateert aan de leeftijd van de jongere (< 12 jaar, 12-15 jr., 16-18 jr.).

⁵⁴ Problematisch alcoholgebruik onder jongeren kan worden gesignaleerd op school, bijvoorbeeld door mentoren of de leerplichtambtenaar. Ook de jeugdverpleegkundige, de zorgcoördinator en het Zorg en Advies Team (ZAT-team) beschikken over informatie van jongeren die aanleiding kan geven tot vermoedens van riskant drinkgedrag. Daarnaast worden wijkteams, (wijk)politie, jeugdagente, jongerenwerker, straathoekwerker, geestelijk begeleiders en medewerkers van sportverenigingen (trainer, barpersoneel) gezien als belangrijke signaleerders. Zij komen op straat, in jongerencentra, op de sportvereniging, in het uitgaanscircuit en op andere momenten veelvuldig in aanraking met jongeren, zowel individuele jongeren als jongeren in groepsverband. Overkoepelend zijn (outreaching) preventiewerkers van ggz, verslavingszorg en/of GGD belangrijke spelers in het signaleren van problematisch alcoholgebruik bij jongeren. Eventuele verwijzing naar de jeugdhulp verloopt via de huisarts. Zie verder Risselada et al., 2014.

⁵⁵ Huisartsen, praktijkondersteuners (POH-S, POH-GGZ), wijkteams, algemene gezondheidszorg en generalistische basis ggz (SPH'ers, maatschappelijk werkers, GGZ-agogen) zijn alert op het bestaan van problematisch alcoholgebruik onder jongeren bij ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014):

- problemen of veranderingen in gedrag (interessesverlies, verslechteren van de schoolprestaties, spijbelen);
- risicovol gedrag zoals cannabisgebruik en ander drugsgebruik;
- risicovol seksueel gedrag, seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), ongewenste zwangerschappen;
- contacten met de politie;
- gescheiden ouders, gezinsproblemen, ouders met problematisch alcoholgebruik..

Medewerkers in huisartsenpraktijken en algemene gezondheidszorg vragen bij jongeren specifiek naar de aanwezigheid van risicofactoren op ernstig problematisch alcoholgebruik bij ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014):

- een ziekenhuisopname vanwege acute alcoholintoxicatie;
- 'bingedrinken', hoe vaak (elk weekend of sporadisch) en hoeveel glazen per keer?;
- een doorgemaakt negatief life event en de mogelijke relatie met het alcoholgebruik;
- een jonge beginleeftijd van alcoholgebruik (arbitrair 12 tot 14 jaar);
- relevante comorbiditeit zoals diabetes mellitus of psychische problematiek;
- familiair voorkomen van problematisch alcoholgebruik.

⁵⁶ Jongeren in de jeugdhulp en jeugdbescherming zijn een bijzonder kwetsbare groep en hebben een grote kans op problematisch middelengebruik. Risicofactoren voor problematisch middelengebruik zijn bij hen vaak in ruime mate aanwezig, waarbij risicofactoren en middelengebruik elkaar onderling versterken. Voor medewerkers in de jeugdhulp en jeugdbescherming is er de Richtlijn Middelengebruik in de jeugdhulp, over preventie, signalering en behandeling van risicovol middelengebruik en verslaving. Enkele belangrijke aanbevelingen uit deze richtlijn zijn (Wits et al., 2016):

1. Bespreek middelengebruik structureel, in elk gesprek, vanaf het eerste gesprek met jongere en de ouders.
2. Ga met ouders standaard in gesprek over middelengebruik, ook als hun kind (nog) niet met middelen in aanraking is gekomen.
3. Ondersteun ouders in het signaleren van middelengebruik van hun kind en het omgaan daarmee. Benoem het bestaan van zelfhulpgroepen (AA) en zelfhulpgroepen voor ouders van kinderen met problematisch middelengebruik.
4. Leer ouders gespreksvaardigheden aan om middelengebruik op een open en niet-veroordelende manier ter sprake te brengen.
5. Screen op middelengebruik met behulp van de SMA en de CRAFFT.

⁵⁷ Situaties die aanleiding zijn om te vragen naar het alcoholgebruik van een oudere zijn:

- sociale problemen: relatieproblemen of problemen met familie en vrienden; mishandeling (agressie en verbaal geweld) als dader of als slachtoffer, financiële problemen, problemen op het werk of bij een (hobby)vereniging (verzuim, ongevallen);
- psychische klachten: verwardheid, geheugenverlies, black-outs en dementie, stemmingsklachten, depressieve gevoelens (eenzaamheid), gedragsstoornissen, zelfverwaarlozing;
- lichamelijke klachten: frequent vallen, botbreuken, ondervoeding, hypothermie, meerdere onverklaarde lichamelijke klachten, incontinentie, diarree, frequent bezoek aan huisarts of SEH, moeheid, slapeloosheid, malaise, collaps, hyperventilatie, gewichtsverandering, frequente infecties die bovendien minder goed op behandeling reageren, problemen aan het maag-darmstelsel, hart en longen, zenuwstelsel, bewegingsstelsel, urogenitaal stelsel. Bij ouderen vormen daarnaast een chronische ziektegeschiedenis en langdurig medicijngebruik specifieke risico-indicatoren.

Veel van deze klachten kunnen zowel oorzaak als gevolg van overmatig alcoholgebruik zijn. Naast deze min of meer specifieke klachten zijn er een aantal direct waarneembare signalen van overmatig alcoholgebruik en vage indirecte klachten die kunnen wijzen op riskant drinkgedrag (zie [4.2.1 Vroege herkenning - Signalen: Volwassenen/ algemeen]).

⁵⁸ Het afkappunt van de AUDIT bij ouderen ligt op vijf ([Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol](#), 2009).

⁵⁹ Bij ouderen kunnen de symptomen van risicovol of schadelijk alcoholgebruik worden gemaskeerd door andere gezondheidsproblemen of worden verward met de normale gevolgen van het ouder worden. Ouderen zullen net zo min als volwassenen of jongeren snel zelf aangeven zich zorgen te maken over hun alcoholgebruik. Zij zullen zich meestal ook niet bewust zijn van een mogelijke samenhang tussen hun drinkgewoonten en eventuele gezondheidsklachten, zoals slaapproblemen. Wel kunnen signalen uit de omgeving (partner, familie of vrienden) aanleiding geven gericht naar het alcoholgebruik van een patiënt te informeren.

⁶⁰ Een huisarts kan een patiënt met een licht verslavingsprobleem zelf behandelen of de huisarts kan een patiënt doorverwijzen naar de POH-GGZ wanneer de patiënt alcohol niet accepteert als oorzaak van zijn klachten. De huisarts legt uit dat de klachten waar de patiënt de huisarts voor raadpleegde daartoe aanleiding geven (stressgerelateerd of, meer algemeen, psychosomatisch). De POH-GGZ past motiverende gespreksvoering toe. De POH-GGZ dient kennis paraat te hebben van diverse vormen van (informele) ondersteuning met betrekking tot verslaving. Na een eerste gesprek zou de POH-GGZ minimaal 1 vervolgesprek moeten plannen, ook wanneer de patiënt alcohol niet accepteert als oorzaak van zijn klachten, om de situatie nogmaals te bespreken en te monitoren.

⁶¹ [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014, Huisarts & Wetenschap.

⁶² [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014, Huisarts & Wetenschap

⁶³ [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014, Huisarts & Wetenschap

⁶⁴ Zowel de EuropASI als de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) kennen psychometrische tekortkomingen. Toch is het gebruik van deze instrumenten ter ondersteuning van de indicatiestelling en diagnostiek te prefereren boven niet-gestructureerde diagnostiek (Van den Brink et al., 2013).

De MATE is ontwikkeld voor het inventariseren en monitoren van de problemen en situatie van de patiënt - alcoholgebruik, psychische en sociale problemen. Van de MATE zijn verschillende aangepaste versies beschikbaar. De MATE-Q is een vragenlijstversie die bestaat uit negen modules van de MATE die de patiënt zelf kan invullen. De MATE-S (Selectie) bestaat uit één lijst met 14 ja/nee vragen. De MATE-S is afgeleid van module 4 van de MATE, waarmee de ernst van de problematiek kan worden vastgesteld. Voor een volledig beeld van de persoon zijn zowel de MATE-S als de MATE-Q nodig. Deze zijn geschikt voor:

- aanmelding en behandeling via internet (eHealth);
- laagdrempelige afname in de generalistische basis ggz;
- verkorting van de intake in de verslavingszorg.

De MATE-S kan drempelloos en anoniem worden ingevuld en kan dienen als opstap naar de MATE-Q. De MATE-S kan in ongeveer 2 minuten ingevuld worden en de MATE-Q in ongeveer 20-25 minuten. Bron en vragenlijsten via:

[\[http://www.mateinfo.eu/pubs/MATE-Q-nl%202.1%20Manual-D.pdf\]](http://www.mateinfo.eu/pubs/MATE-Q-nl%202.1%20Manual-D.pdf)

De volledige MATE (versie 2.1) wordt in steeds meer Nederlandse verslavingszorginstellingen gebruikt bij de intake van de gespecialiseerde ggz. Diverse problemen – die zowel een gevolg als een oorzaak van de alcoholproblemen kunnen vormen – worden geïnventariseerd om vervolgens de zorgzwaarte en prioriteiten voor behandeling te bepalen. De zorgzwaarte zoals die met behulp van de MATE kan worden bepaald is opgebouwd uit drie dimensies:

1. ernst van de verslaving
2. ernst van comorbide psychopathologie
3. ernst van sociale desintegratie

Patiënten met een alcoholprobleem gebruiken vaak ook andere middelen. De MATE bevat een inventarisatie van veel andere middelen (o.a. nicotine, cannabis, sedativa). Ook bevat de MATE een korte inventarisatie van lichamelijke klachten.

De MATE 2.1 is vrij verkrijgbaar via [\[http://www.mateinfo.eu/pubs/MATE-nl%202.1-D.pdf\]](http://www.mateinfo.eu/pubs/MATE-nl%202.1-D.pdf)

⁶⁵ Als deze instrumenten worden ingezet ter ondersteuning van het klinisch beeld voelen patiënten zich vaak serieus genomen. Door het afnemen van vragenlijsten wordt zichtbaar welke somatische, psychische of andere problemen ervaren worden door patiënten die tot voorheen misschien genegeerd werden.

⁶⁶ Van den Brink & Schippers (2012) hebben een aanzet gegeven om via staging en profilering een betere inschatting van de aard, ernst en beloop van de verslaving te maken. Zo wordt beter rekening gehouden met de heterogeniteit van de groep patiënten met een verslaving (Van den Brink and Schippers, 2012).

⁶⁷ [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#), 2014.

⁶⁸ [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol](#), 2009.

⁶⁹ De SMA en/of de CRAFFT kan worden afgenomen om na te gaan of er sprake is van risicovol middelengebruik. Bij een positieve score dienen de vaardigheden, omstandigheden of omgeving en motivatie rondom het middelengebruik geïnventariseerd en geanalyseerd te worden (Wits et al., 2016). Als triage-instrument bij jongeren is de MATE-Y voorhanden, die ook beoogt op psychische aandoeningen te screenen. Zie [\[http://www.mateinfo.eu/pubs/boi.09101.pdf\]](http://www.mateinfo.eu/pubs/boi.09101.pdf). Hiernaast kan voor jongeren ook de DISC-IV worden gebruikt om bijkomende psychische aandoeningen in kaart te brengen. Zie Ferdinand & Van der Ende, 2002). Zie ook de Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten (Hendriks et al., 2014).

⁷⁰ Uitzondering hierop zijn situaties waarin al jarenlang sprake is van een stabiele situatie en er bij de patiënt geen wens bestaat om het behandelplan te wijzigen. De halfjaarlijkse evaluatie kan samen opgaan met het afnemen van ROM-instrumenten.

⁷¹ ROM heeft vier functies:

1. behandelen en begeleiden: door structureel de uitkomsten van een behandeling of begeleiding te meten kunnen behandelaar en patiënt, indien nodig, tijdig bijsturen in de behandeling of begeleiding;
2. leren: de ROM-uitkomsten worden landelijk verzameld om zicht te krijgen op de kwaliteit van zorg in de ggz. Instellingen kunnen zo hun eigen resultaten afzetten tegen het landelijk gemiddelde;

-
3. verantwoorden: instellingen kunnen de uitkomsten gebruiken ter verantwoording aan toezichthouders en financiers over de kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg;
 4. onderzoek: ROM-gegevens kunnen worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. ROM kent voor de verslavingszorg een aantal instrumenten. Zie [\[https://www.sbggz.nl/MDS\]](https://www.sbggz.nl/MDS). Zie voor actuele informatie en wijzigingen [\[https://www.sbggz.nl/MDS?contentitem=8706ee76-860c-454f-9ae7-c254f6a41e4c\]](https://www.sbggz.nl/MDS?contentitem=8706ee76-860c-454f-9ae7-c254f6a41e4c).

⁷² De MATE-Y-Uitkomsten is een in de praktijk goed bruikbaar instrument gebleken om klinische uitkomsten vast te stellen bij jongere patiënten in behandeling voor problemen met middelengebruik en verslavingsgedrag. De betrouwbaarheid en validiteit van de MATE-Y-Uitkomsten zijn echter niet onderzocht. Dit dient in de toekomst nog te gebeuren (Schipper and Broekman, 2014).

⁷³ Klachten en problemen: [CBCL](#) / [TRF](#) / [YSR](#) / [SDQ](#) / [SPsy](#). Kwaliteit van leven: [Kidscreen](#) . Functioneren: [HoNOSCA](#).

⁷⁴ Duka, T., Trick, L., Nikolaou, K., Gray, M.A., Kempton, M.J., Williams, H., Williams, S.C., Critchley, H.D., & Stephens, D.N. (2011). Unique brain areas associated with abstinence control are damaged in multiply detoxified alcoholics. *Biological Psychiatry*, 70(6), 545-552.

Trick, L., Kempton, M. J., Williams, S. C., & Duka, T. (2014). Impaired fear recognition and attentional set-shifting is associated with brain structural changes in alcoholic patients. *Addiction Biology*, 19(6), 1041-1054.

⁷⁵ Zie [generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken ggz (LGA)].

⁷⁶ Zie [generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken ggz (LGA)].

⁷⁷ De Haan, G., Oude Bos, J., 2011. Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend. Dalfsen/Groningen.

⁷⁸ Luoma, J.B., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Fletcher, L., 2012. *J. Consult. Clin. Psychol.* 80, 43–53.

⁷⁹ Higgs, J., Andresen, L., Fish., D. (2004). Practice knowledge – its nature, sources and contexts. In: Higgs, J., Richardson, B. Abrandt Dahlgren, M. (eds). *Developing practice knowledge for health professionals*. Butterworth-Heinemann, Oxford, p. 51-69.

⁸⁰ Gedeelde besluitvorming is een besluitvormingsmodel waarbij hulpverlener, cliënt en naasten samenwerken om op basis van zorgvuldige en afgewogen informatie de juiste paden te verkennen en beslissingen te nemen. Het gaat om het delen van evidence-based, professionele en ervaringskennis. Hierdoor wordt de patiënt zich meer bewust van waar hij werkelijk naar zoekt in de behandeling en kan hij zijn wensen duidelijk aan te geven. Aan de andere kant wordt de zorgverlener zich meer bewust van de eventuele verschillen in de doelen en van de verwachtingen van de patiënt. Onderhandeling tussen de patiënt en zorgverlener hierover zorgt voor meer consensus over de behandeling. Daarnaast is het een effectieve manier om tot evaluatiegesprekken te komen en de vooruitgang van de patiënt te kunnen observeren en rapporteren (Joosten, Jaspers, Dijkstra, & de Jong, 2015).

⁸¹ Landelijk platform GGz (2015). *Basisset Kwaliteitscriteria GGz*.

⁸² <https://www.bsl.nl/shop/een-verslaving-in-huis-9789031398102.html>.

⁸³ <https://www.bsl.nl/shop/community-reinforcement-and-family-training-craft-9789036810319.html>.

⁸⁴ Voorbeelden van zelfhulp(groepen) zijn:

- [Stichting Naast](#) (Landelijk steun- en informatiepunt voor naasten van mensen met een verslaving);
- [Moedige Moeders](#);
- [LSOVD](#) (Landelijke Stichting voor Ouders en Verwanten van Druggebruikers);
- [Al-Anon](#);
- [Stichting Zelfhulp Netwerk Zuidoost-Brabant](#).

⁸⁵ Een familie-ervaringsdeskundige heeft door scholing tot ervaringsdeskundige de mogelijkheid om de opgedane kennis en ervaring en de ontwikkelde vaardigheden constructief in te zetten. Hij of zij kan een schakel zijn tussen familieleden/verwanten en professionals en kan bijdragen aan de verbetering van het welzijn van familie en patiënten (Familierraden, 2012). Informatie en steun is daarnaast te vinden op <http://www.moedigemoeders.nl/>.

⁸⁶ Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM) is erkend als theoretisch goed onderbouwd door de Erkenningcommissie van het Centrum Gezond Leven. Zie voor een beschrijving van de methode [[https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Methodebeschrijving%20Preventieve%20ondersteuningmantelzorg%20\[MOV-180291-0.2\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Methodebeschrijving%20Preventieve%20ondersteuningmantelzorg%20[MOV-180291-0.2].pdf)]

⁸⁷ De Haan, G., Oude Bos, J., 2011. Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend. Dalfsen/Groningen.

⁸⁸ De zorgverlener bespreekt met de patiënt die bij hem in behandeling is wegens alcoholproblematiek of, in welke mate en wanneer de partner of eventueel andere gezinsleden betrokken worden bij de behandeling. De sociale omgeving kan het gedragspatroon van de patiënt mede in stand houden zonder dat men zich daarvan bewust is ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014).

⁸⁹ Zelfhulpgroepen, supportgroepen en buddyprojecten kunnen een goede aanvulling zijn op professionele hulpverlening. Zorgverleners dienen alle patiënten met alcoholverslaving daarom op de hoogte te brengen van het bestaan en de werkwijze van de zelfhulporganisaties en hoe patiënten ermee in contact kunnen komen ([Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol](#), 2009). Zij kunnen patiënten wijzen op de [AA \(Anonieme Alcoholisten\)](#) of [<http://www.zelfhulpnetwerk.nl>]). Ook veel instellingen voor verslavingszorg organiseren zelfhulpgroepen. Informatie over (de mogelijkheden van) lotgenotencontact en de patiëntenvereniging moet verkrijgbaar zijn bij de zorgverlener.

⁹⁰ Ter inspiratie: zie de [Kwaliteitsstandaard Levensvragen \(2015\)](#) van het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen en het [kennisoverzicht](#) over zingeving in het sociale domein (Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen, 2015).

⁹¹ Religieuze inbedding vormt een beschermende factor voor het ontwikkelen van een verslaving (Snoek et al., 2010). AA-groepen houden zich bezig met de spirituele kant van het mens zijn. Naar het effect van begeleiding bij zingeving en spiritualiteit bij mensen met een alcoholverslaving, bijvoorbeeld door een geestelijk verzorger, is nog weinig onderzoek gedaan. De meeste literatuur over dit onderwerp betreft drugsgebruikers en niet specifiek alcoholverslaving. Zie: Miller W. (2013) Addiction and Spirituality. Substance Use and Misuse. 48(12):1258-9. Miller W.R., Forcehimes, A., O'Leary, M.J., LaNoue, M.D. (2008) Spiritual direction in addiction treatment: Two clinical trials. Journal of Substance Abuse Treatment 35, p 343-442. Schoenthaler, S.J., Blum, K., Braverman, E.R., Giordano J., Thompson, B., Oscar-Berman, M., Badgaiyan, R.D., Madigan, A.M., Dushaj, K., Demotrovs, Zsolt., Waite, R.L. & Gold, M.S. (2015) NIDA-Drug Addiction Treatment Outcome Study (DATOS) Repulse as a Function of Spirituality/Religiosity. Journal of Reward Deficiency Syndrome 1 (1). Gorsuch, R.L. (1995) Religious Aspects of Substance Abuse and Recovery. Journal of Social Issues, Vol. 51, No. 2, 1995, pp. 65-83. Unterrainer, H.F., Lewis, A.J., & Fink, A. (2014) Religious/Spiritual Well-Being, Personality and Mental Health: A Review of Results and Conceptual Issues. J Relig Health 53:382-392. Avants, S.K., Warburton, L.A., Margolin, A., (2001). Spiritual and

-
- religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *J Psychoactive Drugs* 33(1): 39-45.
- Lyons, G.C.B., Deane, F.P., & P.J. Kelly (2010) Forgiveness and purpose in life as spiritual mechanisms of recovery from substance use disorders. *Addiction Research and Theory* 18(5): 528-543.
- Brown, A.E., Pavlik, V.N., Shegog, R., Whitney, S.N., Friedman, L.C., Romero, C., Davis, G.C., Cech, I. (2007) Association of Spirituality and Sobriety During a Behavioral Spirituality Intervention for Twelve Step (TS) Recovery. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33: 611–617.
- Sterling RC, Weinstein S, Losardo D, Raively K, Hill P, Petrone A, Gottheil E. 2007. A retrospective case control study of alcohol relapse and spiritual growth. *The American Journal on Addictions* 16:56–61.
- Koenig HG, George LK, Meador KG, Blazer DG, Ford SM. 1994. Religious practices and alcoholism in a southern adult population. *Hospital and Community Psychiatry* 45:225–231.
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. 1997. Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry* 154:322–329.
- Kaskutas LA, Turk N, Bond J, Weisner C. 2003. The role of religion, spirituality and Alcoholics Anonymous in sustained sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly* 21:1–6.
- Zemore S. 2007. A role for spiritual change in the benefits of 12-step involvement. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31:76s–79s.
- Neff JA, MacMaster SA. 2005a. Spiritual mechanisms underlying substance abuse behavior change in faith-based substance abuse treatment. *Journal of Social Work in the Addictions* 5:33–54.
- Neff JA, MacMaster SA. 2005b. Applying behavior change models to understanding spiritual mechanisms underlying change in substance abuse treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31:669–684.
- Neff JA, Shorkey CT, Windsor LC. 2006. Contrasting faith-based and traditional substance abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30:49–61.
- Conner BT, Anglin MD, Annon J, et al. Effect of religiosity and spirituality on drug treatment outcomes. *Journal of Behavioral Health Services and Research*. 2008; 36(2).
- Alford GS, Koehler RA, Leonard J. Alcoholics anonymous-narcotics anonymous model inpatient treatment of chemically dependent adolescents: A 2-year outcome study. *Journal of Studies on Alcohol* 1991; 52(2):118–126.
- Pideman KM, Schneekloth TD, Pankratz VS, Maloney SD, Altchuler SI. 2007. Spirituality in alcoholics during treatment. *The American Journal on Addictions* 16:232–237.
- Pideman KM, Schneekloth TD, Pankratz VS. 2008. Spirituality during alcoholism treatment and continuous abstinence for one year. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 38:391–406.
- Kass, J. D., Friedman, R., Leserman, J., Zuttermeister, P. C., & Benson, H. (1991). Health outcomes and a new index of spiritual experience. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30, 203–211.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58, 64–74.
- Robinson E.A., Cranford, J.A., Webb, J.R., & Brower, K.J. (2007) Six-month changes in spirituality, religiousness, and heavy drinking in an treatment-seeking sample. *J Stud Alcohol Drugs* 68(2): 282-90.

⁹² [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.](#)

⁹³ [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014, Huisarts & Wetenschap.

⁹⁴ Deze situaties zijn:

- ernstige (niet medicamenteus te onderdrukken) ontweningsverschijnselen, delier en/of onttrekkingsinsulten in het verleden of te verwachten ernstige ontweningsverschijnselen, gelet op de hoeveelheden alcohol die de patiënt gebruikt;
- een insult of delier in de voorgeschiedenis;
- patiënten met een ernstige vorm van afhankelijkheid: 30 EH per dag of een score van >30 op de SADQ;

- verslaving aan meerdere psychoactieve middelen waaronder benzodiazepines;
- ernstige of instabiele bijkomende psychische aandoeningen zoals psychosen, stoornissen in de impulscontrole, ernstige actuele suïcidale gedragingen of poging tot suïcide in het verleden;
- ernstige somatische comorbiditeit, hoge leeftijd, verzwaktheid of slechte lichamelijke conditie;
- sociale desintegratie: onvoldoende mogelijkheid om afspraken te maken, onvoldoende zelfzorg of toezicht, ontbreken van een sociaal netwerk, dakloosheid;
- een leerstoornis of cognitieve beperking;
- epilepsie;
- chronische pijn;
- zwangerschap.

(Dijkstra et al., 2016; [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014).

⁹⁵ Wanneer verslavingsbehandeling gevolgd wordt door een relatief lichte nazorginterventie, zoals telefonische monitoring en gerichte feedback, leidt dit tot betere resultaten (McKay et al., 2010). Ook een herstelwerkgroep georganiseerd door ervaringsdeskundigen, eventueel begeleid door professional, kan patiënten ondersteunen. Het blijven deelnemen aan nazorg, de frequentie en intensiteit van deelname en de duur van de nazorg beïnvloeden in belangrijke mate het positieve effect van nazorg. Vooral voor patiënten die een klinische behandeling hebben gevolgd is er vaak een aanbod van nazorg. Het lijkt effectief om ook ambulante patiënten een vorm van nazorg aan te bieden (Polman et al., 2014).

⁹⁶ NIDA, 2012. Principles of drug addiction treatment. A research-based guide., 3rd ed. National Institute on Drug Abuse.

⁹⁷ Het percentage rokers onder mensen met psychische aandoeningen (waaronder verslaving) ligt naar schatting 2 tot 4 keer zo hoog als in de algemene bevolking. Roken is een belangrijke oorzaak voor de aanzienlijk kortere levensverwachting in deze groep. Roken kan daarnaast een ongunstig effect hebben op het beloop van psychische stoornissen en kan de werking van bepaalde psychofarmaca beïnvloeden (Blankers et al., 2015). Het succes van alcoholhulpverlening lijkt mede afhankelijk te zijn van de mate waarin het patiënten lukt om ook te stoppen met roken (Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists, 2013; Walitzer et al., 2015). Het herstel van neurocognitieve functies lijkt bovendien na een succesvolle alcoholbehandeling niet goed van de grond te komen als patiënten blijven roken (Durazzo et al., 2014). Aandacht voor roken mag daarom in de behandeling van alcoholproblemen niet ontbreken.

⁹⁸ Bij patiënten met problematisch alcoholgebruik en een achterliggende dan wel comorbide angststoornis of depressie is in eerste instantie de aanpak van het alcoholgebruik aangewezen. ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014). Daarbij worden de angstklachten en/of depressieve klachten goed gemonitord. Als blijkt dat na minderen van het alcoholgebruik een angststoornis of een depressie resteert, dan is de behandeling vervolgens gericht op die aandoening. Zie verder de [zorgstandaard Depressieve stoornissen] en [zorgstandaard Angststoornissen] en de NHG-Standaarden Angst en Depressie. De behandelpraktijk leert dat angstklachten of depressieve klachten ook kunnen verdwijnen zodra wordt gestopt met het alcoholgebruik. In die gevallen is geen behandeling voor deze psychische problemen meer nodig na het minderen of staken van het alcoholgebruik. Zie voor uitgebreide informatie over diagnostiek en behandeling van verslaving en comorbide psychische problematiek:

- [Richtlijn Middelenmisbruik of –afhankelijkheid en angststoornissen](#); richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis en comorbide middelenmisbruik of –afhankelijkheid (2012).
- [Middelenafhankelijkheid en depressie](#); diagnostiek en cognitief gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenafhankelijkheid en depressieve stoornissen. (2009).
- [Dubbele Diagnose, Dubbele hulp](#). Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. (2003).
- Müller, M. & van Oort, M. (2014). Werkboek ADHD en middelengebruik bij adolescenten (2014)

- [Handleiding ADHD en middelengebruik bij adolescenten \(2014\)](#).

⁹⁹ van Hemert, A., Kerkhof, A.J.F., de Keijser, B., Verwey, V., van Boven, C., Hummelen, J., de Groot, M., Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M. Stringer, B., Verlinde, A., van de Glind, G., 2012. Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (1.0). Utrecht.

¹⁰⁰ De '[Richtlijn middelengebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming](#)' (Wits et al., 2016) biedt een actueel overzicht van werkwijzen bij signalering, diagnostiek en behandeling van risicovol middelengebruik bij jongeren. Een overzicht van beschikbare preventieve interventies voor kwetsbare groepen jongeren die (problematisch) middelen gebruiken is te vinden in [Snoek et al., 2010, blz. 68](#).

¹⁰¹ In het adviesrapport 'Ouderen en verslaving' van Resultaten Scoren (Bovens et al., 2013) wordt aanbevolen om bij *ouderen* uit te gaan van de richtlijnen voor behandeling van volwassenen. Wel zouden programma's rekening moeten houden met deze doelgroep. Reviews suggereren namelijk dat de behandeling van ouderen met een alcoholverslaving succesvoller kan zijn dan die bij jongere volwassenen, mogelijk omdat ouderen therapietrouwer zijn. Er zijn meerdere RCT's verricht die effectiviteit suggereren van met name minimale interventies in de eerste lijn bij deze doelgroep (Kuerbis et al., 2013; Moy et al., 2011).

¹⁰² De forensische verslavingszorg en verslavingsreclassering opereren in het grensgebied tussen verslavingszorg en justitie. Patiënten hebben in het algemeen een justitiële titel (bijvoorbeeld:

toezicht, voorwaarde bij voorwaardelijke veroordeling, sepot, schorsing of invrijheidstelling). Het justitieel kader heeft invloed op de hulpverleningsrelatie. Er is sprake van een combinatie van beveiliging (voorkomen criminele recidive) en zorg. Vaak is er sprake van verzet van patiënten tegen het opgelegde contact en, in het verlengde hiervan, een beperkte interne motivatie tot verandering. Aan de andere kant biedt de relatie met justitie ook voordelen. Door het justitieel kader wordt instroom en retentie in behandeling minder vrijblijvend. Verder biedt het justitieel kader de mogelijkheden om in contact te komen met de patiënten (Koeter et al., 2009).

De toeleiding via justitie is een waardevolle interventie: gebleken is dat klinische behandelingen in een formeel juridisch kader niet meer of minder succesvol zijn dan formeel vrijwillige behandelingen (Koeter & van Maastricht, 2006). Dit is te verklaren doordat mensen met een ernstige stoornis in middelengebruik zich meestal wenden tot de hulpverlening met een externe motivatie, en of die motivatie nu uit de relationele, maatschappelijke, somatische, financiële of juridische hoek komt, maakt dan niet veel verschil.

[De Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg](#) (2015) beschrijft de mogelijkheden voor diagnostiek, risicotaxatie, behandeling en re-integratie van forensische patiënten met problematisch middelengebruik. Zie verder het [Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg](#) (EFP, 2016). Een overzicht van effectieve interventies ter vermindering van criminele recidive bij justitiabelen met een verslaving is te vinden in de [Interventiematrix Justitiële Verslavingszorg van Resultaten Scoren \(2009\)](#) (Koeter et al., 2009).

¹⁰³ Psycho-educatie heeft als doel het versterken van zelfmanagement: het beter leren omgaan met problemen, gebeurtenissen en hevige gedachten of gevoelens. Iedere patiënt heeft zijn eigen leefregels, normen en waarden, kennis, sociale omgeving en geloof om te kunnen veranderen. De psycho-educatie moet daarop worden afgestemd. De behandelaar kijkt samen met de patiënt naar de belemmeringen, mogelijkheden en vaardigheden. Bij het geven van voorlichting en educatie is het van belang dat informatie op diverse manieren en door alle betrokken zorgverleners eenduidig wordt gegeven. Voorlichting wordt zowel gesproken, geschreven als praktisch ('voordoen') aangeboden. Daarbij is het belangrijk dat na elk consult of gesprek gecontroleerd wordt of de patiënt alles heeft begrepen en of hij nog vragen heeft. Het verdient aanbeveling gebruik te maken

van materialen en toepassingen die de patiënt ook in zijn persoonlijke situatie kan gebruiken als ondersteuning bij het omgaan met alcoholproblemen. De patiënt krijgt voor hem begrijpelijke en schriftelijke informatie mee naar huis, zodat hij deze eventueel samen met zijn partner of familie nog eens kan nalezen en zo nodig kan gebruiken. Het is essentieel dat een patiënt de informatie begrijpt, zodat hij dit kan relateren aan zijn eigen situatie, gedachtes, gevoelens en alcoholgebruik. Bij het geven van voorlichting en educatie kan de zorgverlener gebruik maken van verschillende gesprekstechnieken. In ieder geval moet er ook plaats zijn voor de emoties die het hebben van een verslaving met zich meebrengt. Daarbij is (getoond) begrip en inlevingsvermogen door alle zorgverleners van belang.

¹⁰⁴ [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.](#)

¹⁰⁵ Er is steeds meer bekend over de risico's van alcohol voor de lichamelijke gezondheid. De Gezondheidsraad adviseert om het alcoholgebruik te beperken tot hooguit 1 glas per dag (Gezondheidsraad, 2015).

¹⁰⁶ [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014. Huisarts & Wetenschap.

¹⁰⁷ NB: Thiamine (tabletten) en vitamine B-complex worden niet vergoed uit de basisverzekering.

¹⁰⁸ De website [\[http://www.huisarts-emh.nl/aanbod#qaanbod\]](http://www.huisarts-emh.nl/aanbod#qaanbod) biedt een overzicht van e-mental health mogelijkheden per veel voorkomende aandoening, waaronder problematisch alcoholgebruik. Voorbeelden zijn:

- Door middel van de website www.drinktest.nl kunnen mensen zelf hun alcoholgebruik in kaart brengen. Ook bestaan er gratis en anonieme online cursussen voor mensen die zelfstandig hun alcoholgebruik willen minderen. Zie bijvoorbeeld de website www.minderdrinken.nl. Ook veel verslavingszorginstellingen bieden gratis online cursussen aan, zoals [\[http://www.alcoholdebaas.nl/\]](http://www.alcoholdebaas.nl/) (Tactus), [\[http://www.alcoholondercontrole.nl\]](http://www.alcoholondercontrole.nl) (Brijder), [\[http://www.alcoholenik.nl\]](http://www.alcoholenik.nl) (Antes) en [\[http://www.zelfhulpalcohol.nl\]](http://www.zelfhulpalcohol.nl) (Jellinek).
- De website [Onlinehulpstempel](#) heeft als doel informatie te bieden over de kwaliteit van online hulpprogramma's op het gebied van geestelijke gezondheid. Het Onlinehulpstempel beoordeelt of het online hulpaanbod voldoet aan technische en zorginhoudelijke standaarden. Ook biedt het gebruikers de mogelijkheid om hun mening te geven over e-mental health cursussen, waaronder cursussen gericht op alcoholproblemen.
- Om mensen bewust te maken van hun alcoholgebruik en om gewoontegedrag te doorbreken, zouden mensen met beginnende alcoholproblemen op de 'IkPas-benadering' kunnen worden geattendeerd. IkPas zet in op 30 of 40 dagen geen alcohol drinken, al dan niet in groepsverband (samen met collega's, vrienden). Dit kan een laagdrempelige manier zijn om mensen bewust te maken van hun alcoholgebruik. Meer informatie via www.ikpas.nl.
- De [alcoholinfolijn](#) is zowel te bellen op kantooruren als per mail benaderbaar. In de praktijk vervult de infolijn een aantal functies:
 - De lijn is een vraagbaak voor algemene informatie.
 - Vaak zit er een hulpvraag voor betrokkene of de omgeving achter een informatievraag; dan vindt telefonische counseling plaats.
 - Voor mensen die op een wachtlijst staan voor een voorziening kan de infolijn een manier zijn om de wachttijd te overbruggen.
 - De lijn wordt soms ingezet in combinatie met landelijke campagnes.
 - Vanuit de lijn wordt doorverwezen naar vervolghulp (uitgebreide sociale kaart beschikbaar) en/of zelfhulp.

¹⁰⁹ [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.](#)

¹¹⁰ De voorlichting aan jongeren en de ouders of verzorgers is gericht op het uitstellen van de beginleeftijd (bij voorkeur tot 18 jaar) en beperking van alcoholgebruik. Veelvuldige en open communicatie, met duidelijke regels van ouders over alcoholgebruik (zoals geen gebruik of een beperkt gebruik van alcohol), waarbij de ouders zich hun voorbeeldfunctie realiseren, verkleint de kans op alcoholgerelateerde problemen ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde

herziening), 2014 , aangevuld 'tot 18 jaar').

Met geïndiceerde preventieprogramma's wordt geprobeerd jongeren te motiveren om te veranderen. De sterkste effecten worden behaald wanneer motiverende gespreksvoering wordt gecombineerd met feedback over het middelengebruik, waarbij tevens een vergelijking wordt gemaakt met het middelengebruik van andere jongeren (normatieve feedback). In het [Basisaanbod Preventie](#) is een overzicht van interventies te vinden die tenminste theoretisch goed zijn onderbouwd en een goede implementatiegraad kennen.

Feedback past goed binnen eHealth interventies: een advies op maat zonder tussenkomst van een hulpverlener, via internet. Daarvoor lijken jongeren bij uitstek geschikt, niet alleen vanwege de rol die internet in hun generatie speelt, maar ook vanwege de anonimiteit en de online beschikbaarheid. Over de effectiviteit van feedback via dit medium is echter nog weinig bekend (Wits et al., 2016).

Op www.watdrinkjij.nl en www.drugsinfoteam.nl is betrouwbare informatie te vinden over alcoholgebruik. De eerste is een test- en advieswebsite rond alcoholgebruik voor jongeren van 10 tot 25 jaar. De test geeft jongeren een advies op maat over hun alcoholgebruik. De adviesteksten zijn gebaseerd op de huidige wetenschappelijke inzichten. Jongens die de website watdrinkjij.nl hebben bezocht drinken na 1 en 3 maanden minder glazen alcohol per week dan jongens in de controlegroep die geen interventie hebben ontvangen. Bij meisjes wordt geen effect gevonden (Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, 2015b).

Drugsinfoteam.nl richt zich op consumenten van alcohol en partydrugs. Zij geven betrouwbare informatie over de in Nederland meest gebruikte drugs zoals alcohol, cannabis en XTC. Daarbij adviseren zij over het beperken van de risico's van gebruik. Drugsinfoteam.nl biedt een database met duizenden vragen en antwoorden over alcohol en drugs om te lezen.

¹¹¹ Juist omdat het aandeel ouderen met een alcoholprobleem in de verslavingszorg toeneemt (zie [3.1.3 Hoe vaak komen alcoholproblemen voor?]) is de inzet van preventie bij deze groep belangrijk. Preventieve interventies voor deze doelgroep zijn echter nog onvoldoende verkend (Bovens et al., 2013). Zie voor meer informatie over ouderen en verslaving het adviesrapport [Ouderen en verslaving](#) (Bovens et al., 2013).

Risicofactoren of symptomen gelden voor ouderen zoals bij volwassenen beschreven in de NHG-standaard Alcohol ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014). Bij ouderen geldt wel een andere richtlijn voor verantwoord alcoholgebruik. Door normale verouderingsverschijnselen, zoals verminderde werking van lever en nieren, afname van het gehalte lichaamsvocht en toename van het vetgehalte, krijgen ouderen eerder gezondheidsproblemen door alcoholgebruik. Denk daarbij aan maag-darmproblemen, incontinentie, vermoeidheid, seksuele problemen en een groter risico op vallen. Bij ouderen treden onder meer de volgende veranderingen of verschijnselen op (zie ook: Inleiding gerontologie en geriatrie (Eulderink et al., 2008).

1. Verminderde homeostase: het lichaam van een oudere is minder goed in staat om bij verstoring te compenseren. Ouderen worden daardoor kwetsbaarder (psychisch, lichamelijk en sociaal);
2. snelle achteruitgang door een vermindering van de reserve van de verschillende organen;
3. Vele complicaties: de oudere neigt naar het ontwikkelen van complicaties, door de genoemde kwetsbaarheid. Vooral immobiliteit, instabiliteit, urine-incontinentie en psychiatrische aandoeningen spelen een rol, maar ook life events;
4. Vertraagd herstel of niet volledig herstel: bij ouderen verloopt het herstel van ziekten vaak traag en soms is deze zelfs onvolledig;
5. Anders presenteren van ziekten: screening en diagnostiek bij ouderen - en dan vooral op hogere leeftijd - is moeilijker dan bij jongere volwassenen doordat ziekten en klachten vaak anders gepresenteerd worden. Er zijn vier algemene klachten, ook wel de 'Giants of Geriatrics' genoemd, waarmee een oudere patiënt zijn klachten kan presenteren: immobiliteit, instabiliteit, incontinentie van urine en intellectuele achteruitgang;
6. Multipathologie: de oudere met een verslavingsprobleem heeft bijna altijd meerdere aandoeningen, waardoor het een geriatrisch patiënt wordt. Er zijn problemen op meerdere levensgebieden, zowel somatisch, psychisch en/of sociaal, spiritueel;

-
7. Gewijzigde farmacokinetiek en farmacodynamiek: door verandering van de farmacokinetiek en -dynamiek kunnen de plasmaspiegels tot hogere waarden leiden. Dus ook het gebruik van middelen kan tot hogere waarden leiden. Gevaar is eerder intoxicatie van middelen of medicatie.

Het advies aan ouderen is net als bij volwassenen: drink 1, hooguit 2 glazen per dag en in ieder geval 2 dagen per week niet ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik \(derde herziening\)](#), 2014).

E-mental health voor ouderen

Specifiek voor ouderen is er de website [alcoholenouderen](#). Deze site bevat ook een zelftest. De website heeft als doel ouderen bewust te maken van hun alcoholgebruik, informatie en uitleg te geven over alcohol en bevat een zelfhulpmodule met oefeningen om meer inzicht te krijgen in en grip te krijgen op het alcoholgebruik.

- ¹¹² European monitoring centre for drugs and drug addiction, 2015. Perspectives on drugs. The role of psychosocial interventions in drug treatment.

- ¹¹³ [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.](#)

- ¹¹⁴ Miller, W.R., Rollnick, S., 2014. Motiverende Gespreksvoering. Mensen helpen veranderen. Ekklesia, Ouderkerk a/d IJssel.

- ¹¹⁵ [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.](#)

- ¹¹⁶ Motiverende gespreksvoering (MGV) is een op samenwerking gerichte, doelgerichte gespreksstijl met bijzondere aandacht voor verandertaal. Het is ontworpen om de persoonlijke motivatie en het commitment voor een bepaald doel te versterken. Dit gebeurt door iemands eigen redenen om te veranderen te ontlocken en te verkennen, in een sfeer van acceptatie en compassie. MGV is een manier om patiënten hun (mogelijke) problemen te laten herkennen en aanpakken. Het wordt vooral als nuttig gezien bij mensen die niet of wisselend gemotiveerd zijn om te veranderen. Het is van belang een onderscheid te maken tussen 1) motiverende gespreksvoering als gespreksstijl en 2) geprotocolleerde interventies die gebaseerd zijn op deze stijl, maar die ook andere, meest cognitief-gedragstherapeutische of psycho-educatieve elementen bevatten. Dergelijke interventies zijn gericht op het geven van feedback, het voorhouden van reële gedragsopties, het geven van neutraal advies, het versterken van de eigen verantwoordelijkheid en van de zelfeffectiviteit (het gevoel in staat te zijn eigen doelen te halen).

Motiverende gespreksvoering behelst bij uitstek een relatie tussen patiënt en zorgverlener waarin samengewerkt wordt. Het is niet alleen een set technieken of aan te leren vaardigheden, maar ook een stijl van benaderen vanuit een empathische, patiëntgerichte houding, die respect behelst en uitgaat van de autonomie van de patiënt. Motiverende gespreksvoering benadrukt de keuzevrijheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt waar het gaat om het besluit tot en de gevolgen van gedragsverandering. Tegelijkertijd is het een directieve benadering omdat deze stuurt naar het eerst creëren en vervolgens oplossen van de ambivalentie.

- ¹¹⁷ Wits, E., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Meije, D., van Wijngaarden, B., Van de Glind, G., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Wits, E., van Wijngaarden, B., Van de Glind, G., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Meije, D., van Wijngaarden, B., Van de Glind, G., 2016. [Richtlijn middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming](#). Trimbos-instituut, Utrecht.

- ¹¹⁸ [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.](#)

- ¹¹⁹ Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een behandeling voor mensen die problemen hebben met het gebruik van alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen of met gokken. CGT helpt hen om de situaties te herkennen waarin zij geneigd zijn om te gaan gebruiken, om deze situaties te vermijden, of om in deze situaties hun gebruik of gokgedrag te weerstaan. Daarnaast

richt CGT zich op het beter om leren gaan met problemen die met de problematiek van het gebruik of het gokken samenhangen.

¹²⁰ Mark B. Powers Maarten B. Zum Vörde Sive Vörding Paul M.G. Emmelkamp (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychother Psychosom* 2009;78:73-80. DOI: 10.1159/000190790. A-Tjak et al., 2015.

¹²¹ Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. & Lindenmeyer, J. (2011). Re-training automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychological Science*, 22(4), 490-497.

Eberl, C., Wiers, R. W., Pawelczack, S., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2013). Approach bias modification in alcohol dependence: Do clinical effects replicate and for whom does it work best? *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 38-51.

¹²² Community Reinforcement Approach is gebaseerd op de aanname dat alcoholverslaving in stand wordt gehouden door allerlei bekrachtigers die gekoppeld zijn aan het gebruik, terwijl alternatieve bekrachtigers die niet aan gebruik gekoppeld zijn, nagenoeg ontbreken. Het ontwikkelen of tot stand brengen van zulke beloningen is essentieel voor het bereiken en vasthouden van abstinentie. Dit geldt met name voor sociale activiteiten, zodat abstinentie lonender is dan drinken. CRA benadrukt daarom het belang van werk, ontspannende activiteiten en gezins- of familiebanden en betreft belangrijke anderen bij de behandeling. Daarnaast integreert CRA naar behoefte - afhankelijk van de functionele analyse van het middelengebruik - diverse andere behandelcomponenten, waaronder ook farmacologische interventies.

¹²³ [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009](#).

¹²⁴ Dijkstra, B.A.G., & Roozen, H.G. (2012). Patients' Improvements Measured with the Pleasant Activities List and the Community Reinforcement Approach Happiness Scale: Preliminary Results. *Addictive Disorders & their Treatment*, 11(1):6-13.

Dijkstra, B.A.G., DeFuentes-Merillas, L., Blaauw, E., Roozen, H.G. (2012). De community reinforcement approach (CRA). In Blaauw E. & Roozen H.G. (2012). *Forensische Verslavingszorg*. Utrecht: Bohn Stafleu & van Loghum. pp 243-256.

Roozen, H.G. Greeven, P.G.J., Dijkstra, B.A.G., & Bischof, G. (2013). Verbesserung bei Patienten durch den community reinforcement approach: effecte auf zufriedenheit and psychiatrische symptom. *Suchttherapie*, 14: 72-77. [Duits]

¹²⁵ Rawson, R.A., McCann, M.J., Flaminio, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C., Ling, W. (2006). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant dependent individuals. *Addiction*, Feb;101(2):267-74.

¹²⁶ Schippers, G.M., Smeerdijk, M., Merx, M., 2014. *Handboek Cognitieve Gedragstherapie bij Middelengebruik en Gokken*. Perspectief Uitgevers, Utrecht.

¹²⁷ (Cognitief) gedragstherapeutische relatietherapie is even effectief als individuele CGT ([Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009](#)). Uitgangspunt is dat door het leren bekrachtigen van matiging of abstinentie en door het verbeteren van de communicatie de kans op terugval in alcohol verkleind wordt. (Cognitief) gedragstherapeutische relatietherapie gaat uit van een wisselwerking tussen alcoholmisbruik en relatieproblemen en richt zich zowel op het alcoholgebruik als op de relatie, waarbij het alcoholprobleem centraal blijft staan. Naar de effectiviteit van de inzet van andere systeemtherapieën bij alcoholproblematiek is literatuuronderzoek nodig.

¹²⁸ [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.](#)

¹²⁹ MDFT richt zich niet alleen op de jongere zelf, maar ook op het gezin en op de bredere sociale omgeving van de jongere.

Het doel van MDFT is het realiseren van een verslavingsvrije leefstijl zonder probleemgedrag en het verminderen van het risico op (strafrechtelijke) recidive.

¹³⁰ [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.](#)

¹³¹ De Multidisciplinaire richtlijn stelt dat het vooralsnog geen aanbeveling verdient een klinische behandeling in te richten volgens de twaalfstappenbenadering. Volgens het Zorginstituut Nederland (2013) is behandeling volgens het Minnesotamodel even effectief als andere behandelingen van alcoholverslaving maar is het Minnesota Model wel veel duurder. Het Minnesota Model als behandeling van alcoholverslaving behoort echter wel tot de te verzekeren zorg (Latta and Welten, 2013; Polman et al., 2014).

¹³² Polman, P., Visser, E., Beurs, P., Salzmänn, W., van Amesfoort, L., Streuper, C., 2014. Verslavingszorg in beeld-alcohol en drugs. Diemen.

¹³³ Harm Reduction International is de organisatie die zich wereldwijd inzet voor drugsbeleid dat gestoeld is op wetenschappelijke evidentie en opgezet is vanuit een mensenrechten benadering.

¹³⁴ Van Essen, J., van der Horst, K., Wieske, E., Ruyten, M., de Jong, C., 2011. Richtlijn Alcoholgebruiksruimten.

¹³⁵ Zijlstra-Vlasveld, M., van der Poel, A., 2016. Alcoholgebruiksruimten in Nederland. Organisatie en inrichting 2015. Utrecht.

¹³⁶ Zie 3.2 [noot 42], doorklik-link naar deze tekst:

Symptomatisch herstel: lukt het om de verschijnselen van de alcoholproblemen bij de betrokkene weg te nemen of om verergering te stoppen? Dit is de vraag naar klinisch herstel, met genezing als de meest ideale variant daarvan.

Functioneel herstel: lukt het om het door de alcoholproblemen veroorzaakte verminderde functioneren te verbeteren of tenminste te compenseren? In de ggz ligt de focus vooral op het herstel van psychische functies en dan vooral het herstel van executieve functies die zelfregulatie mogelijk maken.

Maatschappelijk herstel: lukt het om de door de alcoholproblemen niet verkregen of verloren maatschappelijke positie alsnog te bereiken of weer terug te krijgen? Voor een belangrijk deel is deze vorm van herstel afhankelijk van de inzet van personen en organisaties buiten de zorg in engere zin. Het vereist een zorgvuldig re-integratietraject en er zijn plekken in de samenleving voor nodig (wonen, arbeid, dagbesteding) waar dit mogelijk is. De aanpak van vooroordelen in de maatschappij ('destigmatisering') en in de zorgverlening ten opzichte van verslaving is hiervoor nodig.

Persoonlijk herstel: lukt het de betrokkene om zijn herstel zelf ter hand te nemen? Persoonlijk herstel heeft betrekking op de voor de betrokkene belangrijkste waarden en doelen. Zelfwaardering, positieve emoties en innerlijke motivatie, waaronder zingeving en spiritualiteit, zijn bij persoonlijk herstel de drijvende krachten.

¹³⁷ Onderzoek onder patiënten met een dubbele diagnose naar de resultaten van geïntegreerde behandelprogramma's heeft aangetoond dat er nauwelijks resultaten van belang behaald worden als deze patiënten een kortdurend programma (6 maanden of minder) volgen (Drake et al., 2008). Deze patiënten laten alleen na een langere periode van behandeling geleidelijk een verbetering zien. Dit geldt waarschijnlijk ook voor mensen met ernstige alcoholproblemen en bijkomende psychische aandoeningen. Een gezondere leefstijl wordt pas stapsgewijs bereikt na een periode van maanden tot jaren. Dat geldt ook voor het ontwikkelen van de vaardigheden die nodig zijn om te leren omgaan met de aandoening, om weer in de maatschappij en in sociale relaties te kunnen functioneren. Het is voor een effectief behandelprogramma voor deze groep

daarom van belang om langdurige hulpverlening zonder tijdslimiet aan te kunnen bieden (Van Wamel and Neven, 2015). Daarnaast loont het de moeite om te blijven investeren in het contact met deze patiënten. Als een patiënt aangeeft geen hulp te willen voor het alcoholgebruik, dient de zorgverlener te blijven benadrukken dat die hulp er altijd weer zal zijn mocht hij een andere beslissing willen nemen in de toekomst. Ook blijven andere vormen van hulp beschikbaar.

¹³⁸ Raadpleeg andere relevante zorgstandaarden en het Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen bij de multidisciplinaire richtlijn Niet-opioïde drugs wanneer sprake is van bijkomende psychische problematiek en/of persoonlijkheidsproblematiek.

¹³⁹ In de [multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009](#) wordt aanbevolen om patiënten met een chronische stoornis in het gebruik van alcohol dagelijks thiamine (vitamine B1) te laten gebruiken, in combinatie met vitamine B-complex. Dit laatste brengt een risico op neurologische schade door een vitamine B6 overschot met zich mee bij langdurig gebruik van doseringen van 50 mg of meer (J Clin Neuromuscul Dis. 2014 Sep;16(1):25-31. Revisiting the evidence for neuropathy caused by pyridoxine deficiency and excess. Ghavanini AA).

¹⁴⁰ Het verdient aanbeveling om bij (een vermoeden van) chronische alcoholproblemen 4 maal daags 25 mg (oraal) thiamine te gebruiken, ook als de patiënt nog alcohol drinkt. Als de patiënt gestopt is met het drinken van alcohol en weer een sufficiënt voedingspatroon heeft, kan de dosis in de loop van een maand worden afgebouwd door elke week de dosering met 1 tablet te verlagen. Als orale medicatie niet mogelijk is wordt 100 mg thiamine intramusculair gegeven, tot de patiënt kan overgaan op orale medicatie ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik \(derde herziening\)](#), 2014).

¹⁴¹ [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik \(derde herziening\)](#), 2014., Huisarts & Wetenschap.

¹⁴² Zie ook: <http://www.medischcontact.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/88813/Wernicke-lastig-te-herkennen.htm>
<http://www.verenstijdschrift.nl/om2016/februari-2016/wetenschap/wernicke-korsakov-syndroom-vaker-en-minder-sluipend-dan-meestal-wordt-aangenomen/#.VzsMkZGLS72>

¹⁴³ De [multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009](#) dient te worden geactualiseerd op het onderwerp medicatie. Met name de conclusie dat disulfiram een middel van tweede keus is staat ter discussie. Recentere informatie over medicamenteuze terugvalpreventie bij alcoholverslaving is o.a. te vinden in de [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik \(derde herziening\)](#) (2014) en het [artikel](#) 'Evidence-Based Pharmacological Treatment of Substance Use Disorders and Pathological Gambling. In Current Drug Abuse Reviews (van den Brink, 2012).

¹⁴⁴ Acamprosaat vermindert de behoefte aan alcohol. Acamprosaat is een veilig en effectief middel bij de behandeling van alcoholverslaving, ook bij ouderen. Acamprosaat wordt bij voorkeur voorgeschreven aan onlangs gedetoxificeerde patiënten hoewel er eventueel ook mee gestart kan worden tijdens de detoxificatie ([multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009](#)). Voor acamprosaat is de kwaliteit van bewijs voor effectiviteit in de huisartsenpraktijk laag en wordt het voorschrijven in de huisartspraktijk niet aanbevolen ([NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik \(derde herziening\)](#), 2014).

¹⁴⁵ Naltrexon vermindert de belonende effecten van alcohol en vermindert waarschijnlijk ook de trek in alcohol (van den Brink, 2012). Naltrexon is een veilig en effectief middel bij de behandeling van een alcoholverslaving. Naltrexon kan ook worden ingezet wanneer het behandelgoal gecontroleerd gebruik is (i.p.v. abstinentie). Het kan ook aan ouderen worden voorgeschreven, indien de leverfuncties in de gaten worden gehouden. Vanwege mogelijke bijwerkingen dient tijdens de behandeling de nodige aandacht besteed te worden aan het motiveren van patiënten tot regelmatige inname van medicatie. Gebruikers van naltrexon dienen een 'patiënt alert' bij zich te dragen, zodat bij een plotseling noodzakelijke anesthesie hiermee rekening kan worden gehouden. Voor intramusculaire toepassing van naltrexon is voorsnog te weinig bekend over

de effectiviteit ervan ([multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009](#)). Naltrexon per injectie wordt niet vergoed en is voor de meeste patiënten te duur. Bovendien is het niet zeker of naltrexon per injectie effectiever is dan orale naltrexon bij deze indicatie.

¹⁴⁶ Disulfiram kan ernstige bijwerkingen geven waaronder collaps, hepatitis, neuropathie en soms psychose. Het heeft meer contra-indicaties dan acamprosaat en naltrexon. Disulfiram wordt bijvoorbeeld ontraden bij ouderen in verband met beperkte belastbaarheid van het hart. Het is daarom een middel dat alleen onder zorgvuldige begeleiding voorgeschreven kan worden. Als disulfiram onder toezicht wordt ingenomen kan het patiënten echter effectief helpen in het handhaven van abstinentie ([multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009](#)) (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2011) (Skinner et al., 2014). Sommige personen kiezen zelf voor tijdelijk of langdurig gebruik van disulfiram omdat het besef enkele dagen niet te kunnen drinken hen bevrijdt van de voortdurende overweging al of niet te gaan drinken. Zij ervaren dat als stabiliserend (bron: practice-based).

Recente literatuur (bijvoorbeeld Skinner et al., 2014) geeft mogelijk aanleiding tot nuancering van het in de multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol geformuleerde aanbeveling om disulfiram als middel van tweede keuze aan te bevelen. Daarom wordt in deze zorgstandaard geadviseerd om, afhankelijk van de individuele situatie en voorkeur van de patiënt, een keuze te maken tussen de beschikbare middelen (disulfiram, acamprosaat, naltrexon).

¹⁴⁷ Nalmefeen is een relatief nieuw middel bij de behandeling van alcoholverslaving. In tegenstelling tot de reeds bestaande geneesmiddelen (disulfiram, acamprosaat en naltrexon) kan nalmefeen ook ingezet worden bij patiënten die niet volledig kunnen of willen stoppen (van den Brink, 2013). Meer onderzoek naar de effectiviteit van dit middel is nodig.

¹⁴⁸ [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009](#)

¹⁴⁹ [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014, Huisarts & Wetenschap.

¹⁵⁰ Zie het overzichtsartikel van Luigjes en collega's (Luigjes et al., 2013) over toepassing en effect van verschillende neuromodulatietechnieken als interventie voor (alcohol)verslaving, zoals elektro-encefalografie (eeg)- en real-time-functionele-MRI (rt-fMRI)-neurofeedback, transcraniële magnetische stimulatie (TMS), transcraniële gelijkstroomstimulatie (tDCS) en diepe hersenstimulatie (DHS).

¹⁵¹ Homeopathische preparaten zijn doorgaans op alcoholbasis bereid en zijn daarom veelal nadrukkelijk ongeschikt voor mensen met alcoholproblemen, zeker als zij disulfiram gebruiken.

¹⁵² [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009](#).

¹⁵³ GGZ Nederland, 2013. Een visie op verslaving en verslavingszorg : focus op preventie en herstel. Amersfoort.

¹⁵⁴ Vrij naar: Slade, 2009. Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge University Press, Cambridge.

¹⁵⁵ Lees meer over empowerment via: http://www.canonsociaalwerk.eu/nl_ggz/details.php?cps=14&canon_id=296.

¹⁵⁶ Van der Stel, J., 2012. Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Boom Lemma uitgevers, Amsterdam.

¹⁵⁷ GGZ Nederland, 2013. Een visie op verslaving en verslavingszorg : focus op preventie en herstel. Amersfoort.

-
- ¹⁵⁸ Services Administration Substance Abuse and Mental Health (2012). SAMSHA' s working definition of recovery. 10 guiding principles of recovery. Rockville. Meer informatie is te vinden op [SAMHSA](#).
- ¹⁵⁹ Couwenbergh, C., van Weeghel, J., 2014. Over de Brug, Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht.
- ¹⁶⁰ Shaw, B.A., Agahi, N., Krause, N., 2011. J. Stud. Alcohol Drugs 72, 917–925.
- ¹⁶¹ Housing First-projecten vanuit de verslavingszorg bieden (vaak in samenwerking met woningcorporaties) een vorm van begeleid wonen waarbij een moeilijk plaatsbare doelgroep direct een woning krijgt aangeboden. Het streven is dat patiënten het vertrouwen in de maatschappij en in zichzelf terugkrijgen. De nadruk ligt op herwinnen van de regie over de eigen leefsituatie. De doelgroep bestaat uit dak- en thuisloze patiënten met meervoudige en complexe problematiek als gevolg van de verslavingsproblematiek. Een deel van deze groep verblijft met enige regelmaat in de voorzieningen van de nachtopvang. Naast een huis ontvangt de patiënt een vorm van ambulante woonbegeleiding volgens de rehabilitatiemethodiek. Ook worden patiënten begeleid en gemotiveerd om vormen van hulpverlening (en/of behandeling) te aanvaarden. Dit is geen voorwaarde of verplichting.
- ¹⁶² Fitzpatrick-Lewis, D., Ganann, R., Krishnaratne, S., Ciliska, D., Kouyoumdjian, F., Hwang, S.W., 2011. BMC Public Health 11, 638.
- ¹⁶³ Mares, A.S., Greenberg, G.A., Rosenheck, R.A., 2008. Community Ment. Health J. 44, 367–376.
- ¹⁶⁴ Reif e.a. (Reif et al., 2014) hebben een systematische review uitgevoerd naar *recovery housing*. *Recovery housing* is een tijdelijke vorm van groepswonen voor mensen met verslavingsproblemen of een dubbele diagnose (verslaving en psychische problemen), waarbij abstinentie (onthouding) verplicht is. Sommige van deze voorzieningen zijn door cliënten opgezet. Voorbeelden van *recovery housing* zijn 'Oxford houses' en 'Sober living houses'. De review van Reif bevat vijf artikelen van twee RCT's en een quasi-experimentele studie. Hierin wordt *recovery housing* vergeleken met standaardzorg. Hieruit komt naar voren dat *recovery housing* het middelengebruik en de psychiatrische symptomen bij cliënten vermindert. Verder leidt het tot een verbetering van het arbeidsfunctioneren van cliënten en tot een vermindering van criminaliteit. De kwaliteit van de opgenomen studies is matig door verschillen in de beschrijving van het programma en in uitkomstmaten en door de kleine onderzoeksgroepen. Ook is er sprake van een beperkt aantal studies.
- ¹⁶⁵ Reif, S., George, P., Braude, L., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., Ghose, S.S., Delphin-Rittmon, M.E., 2014. Psychiatr. Serv. 65, 295–300.
- ¹⁶⁶ Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C.J., Krausz, M., Somers, J.M., 2013. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 48, 1245–1259.
- ¹⁶⁷ Rog, D.J., Marshall, T., Dougherty, R.H., George, P., Daniels, A.S., Ghose, S.S., Delphin-Rittmon, M.E., 2014. Psychiatr. Serv. 65, 287–294.
- ¹⁶⁸ Dit kan via inzet van:
- Een herstelcoach, voor laagdrempelige ondersteuning bij herstel en participatie;
 - Een trajectbegeleider, om mensen naar buurthuis, vrijwilligerswerk e.d. te begeleiden;
 - Een kwartiermaker, om voorzieningen en activiteiten toegankelijk te maken;
 - Een familie-ervaringsdeskundige, voor ondersteuning van betrokken naasten.

¹⁶⁹ Zie voor meer informatie over re-integratie de [generieke module Arbeid als medicijn] en de [multidisciplinaire richtlijn Werk en Ernstige Psychiatrische Aandoeningen \(EPA\)](#).

¹⁷⁰ Van Boekel, L.C., Brouwers, E.P.M., Van Weeghel, J. Garretsen, H.F.L. (2015). Stigmatisering van patiënten met een verslaving en de gevolgen voor de hulpverlening: een systematisch literatuuronderzoek. Tijdschrift voor psychiatrie, 57, 489-497.

¹⁷¹ Zie voor een helder overzicht van de mogelijkheden: Hoekstra, R., van Hoorn, E., de Wit, L., Zuiderhoudt, R., 2015. De zaak Bart van U.: het rapport van de onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen Openbaar Ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U, 90 e.v.

¹⁷² Knelpunten zijn:

1. Wanneer in een gesloten setting specifieke verslavingsbehandeling kan worden aangeboden, is dat geen garantie voor een succesvolle behandeling. Terugval en heropname zijn immers de dagelijkse praktijk bij veel patiënten met een ernstige vorm van alcoholverslaving. Men kan niet binnen een gesloten, alcoholvrije setting, leren hoe men in de buitenwereld van alcohol kan afblijven. Therapeutisch proefverlof tijdens een klinische opname is een belangrijk onderdeel van de behandeling, ook in de laatste fase van een onvrijwillige behandeling. Daarnaast is het van groot belang dat de behandelaar gebruikmaakt van de ambulante vormen van de BOPZ, het voorwaardelijk ontslag en de voorwaardelijke Rechterlijke Machtiging (RM), om snel weer te kunnen ingrijpen bij terugval, of om randvoorwaarden in de ambulante situatie mogelijk te maken.
2. Een RM dwingt de patiënt tot opname, niet tot behandeling. Als een patiënt weigert mee te werken aan behandeling heeft een lange gedwongen opname geen zin, tenzij er sprake is van chronisch gevaar voor de persoon, de omgeving of de openbare orde.
3. Bij de RM op eigen verzoek doen zich nog enkele praktisch problemen voor:
 - Patiënten kunnen het idee hebben dat als zij op eigen verzoek de RM aanvragen, en er dus ook op eigen verzoek weer vanaf kunnen. Dat is niet het geval.
 - Patiënten kunnen een RM, al dan niet op eigen verzoek, misbruiken vanwege problemen met geld of dakloosheid.

¹⁷³ McGillicuddy, N.B., 2006. Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev. 12, 41–47.

¹⁷⁴ McGillicuddy, N.B., 2006. Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev. 12, 41–47.

¹⁷⁵ Dijkstra, M., Bransen, E., 2010. Middelengebruik bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Utrecht.

¹⁷⁶ Van der Nagel, J., Kiewik, M., Didden, R., 2013. Iedereen gebruikt toch?- Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Boom, Amsterdam.

¹⁷⁷ Wits, E., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Meije, D., van Wijngaarden, B., Van de Glind, G., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Wits, E., van Wijngaarden, B., Van de Glind, G., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Meije, D., van Wijngaarden, B., Van de Glind, G., 2016. Richtlijn middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Trimbos-instituut, Utrecht.

¹⁷⁸ Geus, R., Kiewik, M., VanderNagel, J., Sieben, G., 2009. Verstandelijk gehandicapten en verslavingsproblematiek, in: Verslaving.

¹⁷⁹ Van der Nagel, J., Van Dijk, M., Kemna, L., Barendregt, C., Wits, E., 2016. (H)erkend en juist behandeld, Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB vriendelijke intake in de verslavingszorg. Amersfoort.

¹⁸⁰ Projectgroep plan van aanpak EPA (Couwenberg & van Weeghel, 2014). Andere uitgangspunten voor de organisatie van herstelondersteunende zorg zijn:

- Behandeling, begeleiding en ondersteuning worden zoveel mogelijk in de gewone samenleving en in de eigen omgeving van de patiënt aangeboden.
- Alle behandel-, begeleidings- en ondersteuningsfuncties zijn goed bereikbaar (flexibel op- en af te schalen) en toegankelijk voor patiënten (en naastbetrokkenen), ongeacht achterliggende bekostigingsstructuren.
- Er is sprake van nauwe samenwerking tussen netwerkpartners (inclusief, en op gelijkwaardig niveau, met mensen met alcoholproblematiek en hun naaste omgeving).
- De zorgaanbieder betreft patiënten(organisaties) bij het inrichten en verbeteren van de zorg (MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, [basisset kwaliteitscriteria](#) (Landelijk platform GGz, 2015).
- Binnen een integrale herstelbenadering dient ook het zelfmanagement [*5.1 Zelfmanagement*] en het herstelvermogen van de patiënt zelf fors gestimuleerd te worden en maken nazorg, rehabilitatie ([zie 6.2 Participatie]) en re-integratie ([zie 6.3 Re-integratie]) onderdeel uit van de zorg.
- Ook naasten worden gezien: niet alleen als mede-ondersteuner of zelfs co-begeleider, maar ook als mens met een mogelijk ondersteuningsbehoefte (zie ook [5.2 Behandeling en begeleiding] en de [generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek]). Ook is er aandacht voor mogelijk betrokken kinderen (KOPP/KVO) (zie [5.2 Behandeling en begeleiding – Patiënten met minderjarige kinderen]).
- Er is sprake van een goede relatie, samenwerking, zorgcoördinatie en afstemming met de somatiek en met professionals buiten het zorgdomein, bijvoorbeeld om mensen met psychisch aandoeningen zo snel mogelijk terug te leiden naar de arbeidsmarkt en (weer) deel te laten nemen aan de samenleving.

¹⁸¹ De huisarts kan deze hulp bieden door:

- uitbreiding van de huisartsenpraktijk met een POH-GGZ
- een verbreed aanbod van e-health
- een verbreed aanbod van consultatiemogelijkheden bij de generalistische basis ggz en gespecialiseerde GGz.

Ook patiënten met chronische psychische problematiek worden vaker door de huisarts ondersteund en begeleid. In de generalistische basis ggz worden vaker mensen met ernstigere en complexere problematiek behandeld dan voorheen in de eerstelijns psychologische zorg. In de gespecialiseerde ggz is de ambulantisering van de zorg, mede als gevolg van vereiste beddenreductie, meer op de voorgrond gekomen en heeft de patiënt ook ernstigere en complexere problematiek dan voorheen. Een onderdeel van de gespecialiseerde ggz is de HS GGz, die richt zich op patiënten die vanwege de ernst, complexiteit of zeldzame aandoeningen onvoldoende resultaat hebben van behandeling in de gespecialiseerde ggz en naar verwachting wel zullen profiteren van een behandeling in de HS GGz.

¹⁸² In principe behandelt de GB GGZ alleen patiënten die geen risico op terugval meer hebben. Toch is er altijd een risico op terugval. De vraag is hoe de patiënt omgaat met terugval en of hij in staat is om het herstel zelf op te pakken. Dit bepaalt of iemand in de GB GGZ terecht kan, waarbij de terugval vaak in heel korte tijd kan worden hersteld.

¹⁸³ Deze situaties zijn:

- ernstige (niet medicamenteus te onderdrukken) ontweningsverschijnselen, delier en/of onttrekkingsinsulten in het verleden of te verwachten ernstige ontweningsverschijnselen, gelet op de hoeveelheden alcohol die de patiënt gebruikt;
- een insult of delier in de voorgeschiedenis;
- patiënten met een ernstige vorm van afhankelijkheid: 30 EH per dag of een score van >30 op de SADQ;
- verslaving aan meerdere psychoactieve middelen waaronder benzodiazepines;
- ernstige of instabiele bijkomende psychische aandoeningen zoals psychosen, stoornissen in de impulscontrole, ernstige actuele suïcidale gedragingen of poging tot suïcide in het verleden;
- ernstige somatische comorbiditeit, hoge leeftijd, verzwaktheid of slechte lichamelijke conditie;

- sociale desintegratie: onvoldoende mogelijkheid om afspraken te maken, onvoldoende zelfzorg of toezicht, ontbreken van een sociaal netwerk, dakloosheid;
- een leerstoornis of cognitieve beperking;
- epilepsie;
- chronische pijn;
- zwangerschap.

(Dijkstra et al., 2016; [NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik \(derde herziening\)](#), 2014)

¹⁸⁴ Profielen in de GB GGZ zijn per module omschreven (Bakker & Jansen, 2013)

1. Module Kort: problematiek van lichte ernst, waarbij sprake is van een laag risico, een enkelvoudig beeld of eventueel lage complexiteit en aanhoudende of persisterende klachten.

De gemiddelde zorgzwaarte betreft problematiek van lichte ernst (er is sprake van relatief weinig kernsymptomen maar dit is wel voldoende om een diagnose te stellen, de impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt, de cliënt ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren). Er is sprake van een laag risico (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie). Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit (er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, verstandelijke beperkingen, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de verslaving). En er zijn aanhoudende/persisterende klachten (eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd).

2. Module Middel: problematiek van matige ernst, waarbij sprake is van een laag tot matig risico, een enkelvoudig beeld of eventueel lage complexiteit en de duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

De gemiddelde zorgzwaarte betreft problematiek van matige ernst (de kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en daarnaast is er sprake van een aantal aanvullende symptomen, er is sprake van waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren). Er is sprake van een laag tot matig risico (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie of er is wel sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun). En er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit (er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, verstandelijke beperkingen, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de verslaving). De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

3. Module Intensief: ernstige problematiek, waarbij sprake is van een laag tot matig risico, een enkelvoudig beeld of eventueel lage complexiteit en de duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

De gemiddelde zorgzwaarte betreft ernstige problematiek (de meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig, er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren). Er is sprake van een laag tot matig risico (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar of er is wel sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover, zie product GB GGZ Middel). En er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit (er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, verstandelijke beperkingen, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze

interfereert niet met de behandeling van de verslaving). De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

4. Module Chronisch: instabiele of stabiele chronische problematiek, waarbij sprake is van een laag tot matig risico.

De gemiddelde zorgwaarde betreft risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie. Er is sprake van een laag tot matig risico (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suicide, geweld of automutilatie of er is wel sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun). Vaak hebben cliënten een traject binnen de gespecialiseerde ggz achter de rug en is er veelal sprake van onderliggende persoonlijkheidsproblematiek. Cliënten hebben bijvoorbeeld behoefte aan onderhoudsbehandelingen, zorggerelateerde preventie en zorgcoördinatie. Behandeling is gericht op stabiliseren of stabiel blijven.

¹⁸⁵ [Richtlijn Detoxificatie, 2016](#).

¹⁸⁶ Een andere mogelijkheid is het inschakelen van een ambulant werker van de verslavingszorg. Medicamenteuze interventies betreffende onthoudingsverschijnselen, vitaminetekorten en voorkomen van terugval kunnen door de huisarts worden aangewend als deze zich daartoe voldoende competent acht ([Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009](#)).

Er kunnen echter noodgedwongen acute en ongeplande detoxificaties plaatsvinden in andere settings vanwege het spoedeisende karakter van de intoxicatie of het onthoudingssyndroom (algemeen ziekenhuis), maar ook vanwege een somatische indicatie (algemeen ziekenhuis), een psychiatrische indicatie (PAAZ) of een justitieel kader. Detoxificatie vindt dan niet per definitie plaats als onderdeel van een bredere verslavingsbehandeling, maar de opname kan leiden tot vroegtijdige opsporing, secundaire preventie en toeleiding naar vervolgbehandeling. Essentieel bij de behandeling van afhankelijke patiënten in het ziekenhuis is een goede samenwerking tussen spoedeisende hulp arts, psychiater, intensivist, verpleegkundig specialisten of andere betrokken behandelaars. Zie [Richtlijn Detoxificatie](#).

¹⁸⁷ Verwijzing naar het ziekenhuis is nodig:

- Als er sprake is van delier of (onttrekkings)insulten. Hierbij is (acute) opname in het algemeen ziekenhuis dringend aangewezen, omdat er hierbij vrijwel altijd sprake is van ernstige lichamelijke problematiek.
- Bij een aangetoonde intoxicatie (vergiftiging, vast te stellen op basis van bloedwaardes)) van methanol of ethyleenglycol.
- Als een patiënt acute neurologische symptomen heeft, zoals oogbewegingsstoornissen, cognitieve stoornissen, loopstoornissen. Dit wijst op het Wernicke syndroom. Het advies is om de patiënt met spoed naar de neuroloog te verwijzen en onmiddellijk hoge doses vitamine B1 (thiamine) toe te dienen (intraveneus of intramusculair). Baseer een indicatie voor behandeling in een algemeen ziekenhuis op het algemeen klinisch beeld, waarbij het alcoholpromillage in het bloed enkel ter ondersteuning wordt gebruikt.

(Dijkstra et al., 2016)

¹⁸⁸ Indien zorg binnen het betreffende echelon door één zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie ook de regiebehandelaar. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt. De regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep. In beginsel komt elke discipline in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen, mits deze een –gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt– relevante inhoudelijke deskundigheid bezit en er is voldaan aan een aantal voorwaarden.

189 Dit vereist onder meer eenheid van taal. Partijen zullen nog landelijke afspraken maken over welke brongegevens worden vastgelegd tijdens het primaire proces en welke gegevens worden uitgewisseld tussen zorg- en hulpverleners. Daarnaast worden nog afspraken gemaakt over welke terminologie hierbij wordt gebruikt en worden kernbegrippen nader gedefinieerd. Deze afspraken over een eenduidige wijze van communicatie zullen de basis vormen voor digitale communicatie in een informatiestandaard. Doel van de informatie-uitwisseling is een optimale en levensbrede ondersteuning van de patiënt in zijn persoonlijke proces van herstel. Er worden geen gegevens uitgewisseld buiten de patiënt om. De informatiestandaard besteedt ook aandacht aan de uitwisseling van informatie met begeleiders en ondersteuners die geen zorgverlener zijn, zoals bijvoorbeeld re-integratie- en participatieprofessionals.

¹⁹⁰ In de ggz:

- zijn voor de wachttijden de [Treeknormen](#) van toepassing, tenzij er afwijkende normen voor wachten/of toegangstijden zijn vastgelegd;
- is de zorglocatie of praktijk goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer;
- is de zorglocatie fysiek goed toegankelijk. De inrichting van de ruimtes en de faciliteiten van zorglocaties of praktijken sluiten aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt;
- is de wachttijd in de wachtkamer van de zorgverlener acceptabel;
- stemt de zorgverlener dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt;
- werkt de zorgverlener zo mogelijk samen met naasten en ondersteunt hen daar waar noodzakelijk;
- informeert de zorgverlener de patiënt over problemen met de bekostiging van medicijnen of problemen met andere behandelingen die onderdeel zijn van de behandeling en begeleiding van de patiënt en zoekt, voor zover mogelijk, naar alternatieven;
- is de juiste ggz-deskundigheid op wijkniveau, in de buurt van en bij de patiënt thuis aanwezig. Dit in het kader van de transitie en beoogde toename van Wmo georganiseerde begeleiding;
- worden wachttijsten voorkomen.

¹⁹² Een patiëntondersteuner kan iemand zo helpen bij het voorbereiden op en voeren van het zogenoemde 'keukentafelgesprek', bij een eventuele beroepsprocedure en bij het zoeken en vinden van de hulp en steun die bij hem past. Hij helpt dus om de weg te vinden naar de oplossingen en als dat nodig is daarbij een gerichte aanspraak te doen op de gemeente (het sociaal domein: Wmo, Jeugdwet, Participatiewet), de zorgverzekeringswet of de Wlz. Daarnaast en in aanvulling daarop kan iemand te allen tijde een naaste vragen aanwezig te zijn bij het keukentafelgesprek. Volgens het inspiratiedocument van de VNG kan patiëntondersteuning in drie lagen worden benaderd en zouden gemeenten idealiter aandacht moeten hebben voor alle drie de lagen:

1. patiëntondersteuning bij reflectie op het eigen leven;
2. patiëntondersteuning bij de toegang tot ondersteuning in het sociaal domein;
3. patiëntondersteuning voor mensen die al van bepaalde voorzieningen gebruik maken.

Zie: VNG (2015). [Inspiratiedocument cliëntondersteuning](#).

¹⁹³ Overige samenwerkingspartners van de ggz bij het bieden van verslavingszorg en –preventie zijn bijvoorbeeld:

- MEE
- Ouderenzorg (niet-medische zorg)
- Zelfhulpgroepen
- Patiënten- en consumentenorganisaties
- Culturele of religieuze organisaties, vrijwilligersorganisaties
- Politie en justitie
- Jeugdhulp (anders dan Jeugd ggz)
- Veilig Thuis (voorheen Advies en Meldpunt Kindermishandeling/Meldpunt Huiselijk Geweld)

¹⁹⁴ Landelijk platform GGZ, 2015. Basisset Kwaliteitscriteria GGZ.

¹⁹⁵ Brun, C., Rapp, R.C., 2001. Soc. Work 46, 278–288.

¹⁹⁶ Jenner, J., 2008. Maandbl. Geestelijke Volksgezond. 63, 207–216.

¹⁹⁷ Van der Sande, Y., Neijmeijer, L., 2011. Modelbeschrijving (F)ACT Verslavingspsychiatrie. Utrecht.

¹⁹⁸ Loth, C., Wits, E., de Jong, C., van de Mheen, D., 2012. Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling. Amersfoort.

¹⁹⁹ Zie ook de "[Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg](#)" (Resultaten Scoren, 2007).

²⁰⁰ Over de effectiviteit van F-ACT-zorg bij patiënten met alcoholproblematiek is weinig bekend. Tot op heden is er geen gerandomiseerde gecontroleerde studie naar F-ACT uitgevoerd. Wel zijn er enkele Nederlandse effectstudies over F-ACT gepubliceerd. Zo bleek uit een observationele studie (Bak et al., 2007, 2008) dat het aantal patiënten in remissie toenam in de periode na de introductie van F-ACT, echter na correctie voor vertekende factoren was dit verschil niet meer significant. Een onderzoek van Drukker et al. (2013) vergeleek patiënten in F-ACT met patiënten die ooit F-ACT-zorg hadden maar op het moment van de meting niet meer, en met een groep patiënten die nooit F-ACT-zorg had ontvangen. Patiënten in F-ACT hadden meer ambulante contacten met zorgverleners en een beter psychosociaal functioneren dan de patiënten in de twee controlegroepen. Zie <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/flexible-assertive-community-treatment>

F-ACT zou hoge zorgkosten voorkomen doordat patiënten hierdoor minder en korter worden opgenomen in een kliniek of ziekenhuis. Door de F-ACT-zorg kunnen ook ernstig ontregelde verslaafde (en vaak ook psychiatrische) patiënten zelfstandig in een wijk wonen en (meer) meedoen in de samenleving. De zorg aan patiënten vanuit de F-ACT-teams is van lange duur, omdat de problematiek vaak ernstig en hardnekkig is. Het gaat over patiënten die soms meerdere malen per week in crisis raken. <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/flexible-assertive-community-treatment>

²⁰¹ ACT-teams richten zich op mensen met ernstige psychische aandoeningen die deze zeer intensieve hulp nodig hebben. Verslaving en complexe maatschappelijke problemen, zoals dakloosheid en schulden komen bij hen vaak voor. Dankzij ACT worden zij geholpen bij hun problemen, verbetert hun kwaliteit van leven en kan hun ziekte en/of verslaving worden behandeld. Zie: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2012. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. De Tijdstroom, Utrecht.

²⁰² Vaste partners in het team zijn de psychiater en de casemanager van het F-ACT-team. Verder kiest de patiënt de voor hem waardevolle naasten die hij nauw wil betrekken bij de uitvoering van zijn behandelplan. Daarbij kan ook gedacht worden aan informele zorg als ondersteunend aan formele zorg, met name aan de zelfhulpgroepen. Na een uitgebreid assessment door de casemanager met de patiënt en de uitgekozen naasten, stelt de patiënt met hulp van de casemanager een behandelplan op. Hierna komt het gevormde team bij elkaar en vergadert over het behandelplan waarbij duidelijk moet worden wie wat doet om de gestelde doelen te bereiken. Er wordt bepaald met welke frequentie men bij elkaar komt om het plan te evalueren. Doel is dat de patiënt uiteindelijk met zijn eigen gekozen team verder kan, zonder begeleiding van het F-ACT-team. <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2014/09/29-Zelfregie-met-Resource-ACT-binnen-FACT-teams.pdf>. Onderzoek in Nederland is nodig om de meerwaarde en effectiviteit van deze werkwijze aan te tonen.

²⁰³ Het Strengths-model is in de Verenigde Staten en Zweden op effectiviteit onderzocht. Uit enkele studies blijkt dat het betere effecten heeft dan standaardzorg. In Nederland is tot dusver één evaluatiestudie gedaan. Hieruit komen positieve ervaringen

naar voren. De methode is erkend door de Erkeningscommissie langdurige ggz. Zie:
https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/strengths-model_april_2015.

²⁰⁴ Gedetacheerde of aangestelde psychiaters in de verslavingszorg en verslavingsspecialisten in de ggz maken naadloze samenwerking mogelijk. Belangrijk is dat verslavingsbehandelaars ook ter plaatse in ggz-instellingen helpen om verslavingsproblematiek te herkennen, deskundigheid bevorderen en zo de brug slaan (consultatie bieden). Wanneer dit niet voldoende kan worden gerealiseerd is moeten de verslavingszorg en ggz-instelling een structurele multidisciplinaire samenwerking hebben, met daarin afspraken over periodieke monitoring (zie ook [8.2.2 Regie binnen de zorg].)

²⁰⁵ <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/verwijzer-medisch-specialistische-zorg>

²⁰⁶ In de [generieke module Organisatie kind en jongere] en [de generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ] wordt dieper ingegaan op de overgang 18- naar 18+. Meer informatie over de structuur van hulpverlening voor jongeren met problemen rondom middelenmisbruik: rapport “[Van kwetsbaar naar weerbaar. Verslaving bij kwetsbare jongeren voorkomen en adequaat begeleiden](#)” van Resultaten Scoren (2011).

Meer over samenwerking tussen instellingen voor jeugdverslavingszorg (JVZ) en jeugdpartners: rapport “[Samenwerken om bij middelenproblematiek tijdig te signaleren, door te verwijzen en te behandelen. Voorbeelden van verslavingspreventie en -zorg voor kwetsbare jongeren in de jeugdsector](#)” (2013).

²⁰⁷ Bovens, R.H.L.M., Van Etten, D.M., Weingart, S.W.S.M., 2013. Advies ouderen en Verslaving. Stichting Resultaten Scoren, Amersfoort.

²⁰⁸ Kennisinstituten IVO en NISPA zijn voornemens om, in samenwerking met Resultaten Scoren en patiënten, een methodiek te ontwikkelen voor de (beslissing tot) palliatieve zorg.

²⁰⁹ De reclassering heeft een belangrijke rol vanwege haar toezichhoudende en adviserende functie, maar ook vanwege de verwijzende functie naar de forensische zorginstellingen. Daarnaast heeft de reclassering een belangrijke rol in het effectief omgaan met terugval, om:

- negatieve consequenties te beperken;
- te leren van de terugval;
- gezondheidsrisico's te beperken;

en een stabiel leefpatroon te creëren.

²¹⁰ Lans, M., Raaijmakers, L., Wits, E., 2015. Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg. Utrecht/ Rotterdam.

²¹¹ Lans, M., Raaijmakers, L., Wits, E., 2015. Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg. Utrecht/ Rotterdam.

²¹² Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2016. Zie ook: rapport “[Interventiematrix Justitiële Verslavingszorg](#)” van Resultaten Scoren (2009).

²¹³ Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), 2008. Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden. Utrecht.

²¹⁴ Landelijk platform GGZ, 2015. Basisset Kwaliteitscriteria GGZ.

²¹⁵ Zorgaanbieders zorgen er bovendien voor dat:

- er gewerkt wordt op basis van principes van matched care;
- de effectiviteit van de behandeling regelmatig wordt gemeten. De frequentie hiervan is stoornis- en patiëntafhankelijk en wordt (op termijn) beschreven in de zorgstandaarden;
- behandelingen worden afgesloten wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Dat kan worden geconstateerd door het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling (deze worden op termijn opgenomen in de zorgstandaarden) en via intervisie en peer reviews;
- zorgverleners voldoende kennis hebben over het betrekken en ondersteunen van naasten waarbij bekend is dat veel informatie en ondersteuning gegeven mag worden zonder het beroepsgeheim van of de vertrouwensband met de patiënt te schaden. Tijdige signalering van mogelijke overbelasting van naasten (en zo nodig doorverwijzing) hoort in het takenpakket van elke zorgprofessional ongeacht het echelon of zorgdomein;
- zorgaanbieders in de curatieve ggz ROM-gegevens aanleveren voor de landelijke benchmark ggz conform vigerende bestuurlijke afspraken.

²¹⁶ [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009](#).

²¹⁷ Verschillende beroepsgroepen in de verslavingszorg hebben competentieprofielen ontwikkeld; zie bijvoorbeeld het [opleidingsplan Verslavingsgeneeskunde](#) (Luijckx, 2012), ontworpen door de Vereniging van Verslavingsartsen in Nederland (VVGZ).

²¹⁸ Verslag congres: [‘Effectief hulpverlenerschap in de Verslavingszorg en de GGZ’](#) van Resultaten Scoren, 2013.

²¹⁹ GGZ Nederland, 2013. Een visie op verslaving en verslavingszorg : focus op preventie en herstel. Amersfoort.

²²⁰ Van Hoof, F. & Van Rooijen, S., 2013. Werkplaats ambulantisering. Naar een regionaal transitiekader ambulantisering en vermaatschappelijking. Utrecht: Trimbos-instituut.

²²¹ Zie ook Delespaul, Ph., Keet, R., Feltz-Cornelis, C. van der, 2014. Inrichting van de sociale psychiatrie in de moderne tijd. In Van der Feltz-Cornelis en N. Mulder (red.), Handboek Sociale Psychiatrie (85-102). Utrecht: DeTijdstroom.

²²² Tielens, J. (2013). Verbindende gesprekstechniek: een praktische handleiding om in contact te komen en te blijven met mensen met een psychose. Voordracht op het Wetenschappelijk Middag Programma Dijk en Duin. Castricum, 10 oktober 2013.

²²³ Wijland, Y. en Goede, E. De (2012). Competentieprofiel generalist. Amsterdam: Ellen de Goede Training, Coaching, Mediation en Wijland Advies en Coaching TMA.

²²⁴ Zie: [Ervaringsdeskundigheid. Beroepscompetentieprofiel](#).

²²⁵ Het kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop een aanbieder in de ggz de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen, op een zodanige manier dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder:

-
- maakt voor de patiënt en diens naasten inzichtelijk hoe de zorgverlener aan minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het kwaliteitsstatuut stelt de patiënt zo in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot hun individuele behandelproces;
 - dient als kader voor werkafspraken binnen de instelling of het professioneel netwerk;
- stelt financiers, toetsende en toezichhoudende instanties in de gelegenheid om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door een individuele zorgaanbieder wordt geboden.

²²⁶ Zie [<http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/ouderen-en-verslaving.html>].

²²⁷ Suijkerbuijk, A., van Gils, P., de Wit, G., 2014. De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen: Een review van de literatuur. Bilthoven.

²²⁸ Er bestaan veel interventies gericht op het terugdringen van alcoholmisbruik. In het genoemde RIVM-rapport is gekeken naar 16 economische evaluaties van algemene interventies (die zich niet specifiek richten op bepaalde doelgroepen zoals studenten of zwangere vrouwen). Bij 10 van de 16 evaluaties ging het om min of meer dezelfde interventie, namelijk screening en korte interventie in de eerste lijn. De overige interventies betroffen een internetinterventie, cognitieve gedragstherapie, screening en interventie op de EHBO en vormen van therapie in combinatie met medicatie. Alle studies wijzen erop dat interventies gericht op alcoholverslaving kosteneffectief zijn. Hierbij is de drempelwaarde voor kosteneffectiviteit van €20.000 aangehouden, die in Nederland vaak wordt gehanteerd. Van de 16 beschreven interventies zijn er (slechts) 5 uitgevoerd vanuit het maatschappelijk perspectief, het perspectief dat in richtlijnen wordt aanbevolen en dat zeker bij verslavingen, met bijkomende maatschappelijke problematiek, de voorkeur zou verdienen (Suijkerbuijk, Van Gils & De Wit, 2014).

²²⁹ Blankers, M., Koeter, M.W.J., Schippers, G.M., 2011. J. Consult. Clin. Psychol. 79, 330–341.

²³⁰ Smit, F., Lokkerbol, J., Riper, H., Majo, M.C., Boon, B., Blankers, M., 2011. J. Med. Internet Res. 13, e56.

²³¹ Blankers, M., Donker, T., Riper, H., 2013. De Psycholoog.

²³² Landelijke samenwerkingsafspraken ggz (LGA), 2016.

²³³ Landelijk platform GGz, 2015. Basisset Kwaliteitscriteria GGz.



Kwaliteits-
ontwikkeling
GGZ

Netwerk voor goede zorg