

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 23-05-2022 om 14:40. Bekijk de meest actuele versie op
</zorgstandaarden/problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving>

Autorisatiedatum 02-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

Zorgstandaard

Alcohol

Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	7
1.1 Introductie	7
2. Over problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving	10
2.1 Wat is problematisch alcoholgebruik?	10
2.1.1 Wat is het beloop van alcoholproblemen?	12
2.2 Wat is een alcoholverslaving?	13
2.3 Hoe vaak komen alcoholproblemen voor?	14
2.3.1 Wat is het beloop van alcoholproblemen?	15
2.3.2 Comorbiditeit	16
2.4 Wat zijn de maatschappelijke gevolgen van alcoholproblemen?	16
3. Vroege onderkenning en preventie	19
3.1 Wees alert op signalen	19
3.1.1 Geïndiceerde preventie	20
3.2 Alcoholproblemen herkennen: wie doet wat?	20
3.3 Signalen van alcoholproblemen	21
3.4 Geïndiceerde preventie	22
4. Diagnostiek en monitoring	24
4.1 Diagnostiek	24
4.1.1 Algemene aandachtspunten	24
4.1.2 De vijf onderdelen van het eerste gesprek (anamnese)	25
4.1.3 Signalering van alcoholproblemen en bijkomende problemen	25
4.1.4 Inventariseren van het alcoholgebruik en de omstandigheden van de patiënt	28
4.1.5 Nagaan rol alcohol in iemands leven en inschatten van de ernst	28
4.1.6 Motivatie voor (zelf)hulp bij verandering van het drinkgedrag	30
4.1.7 Diagnostiek bij volwassenen in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz	30
4.1.8 Inschatting of detoxificatie kansrijk is	33
4.1.9 Waar naartoe na diagnostiek	33
4.2 Monitoring	34
5. Behandeling en begeleiding	36
5.1 Organisatie van zelfmanagement	36
5.1.1 Zorgbehoeften	36
5.1.2 Rol van schaamte	37
5.1.3 Zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming	37
5.1.4 Ondersteuning van naasten	38

5.2 Individueel zorgplan	39
5.3 Behandeling en begeleiding - algemene aandachtspunten	39
5.3.1 Ondersteuning bij herstel	41
5.3.2 Detoxificatie	42
5.3.3 Vervolgzorg	43
5.3.4 Bijkomend middelengebruik	44
5.3.5 Comorbide problematiek	44
5.3.6 Patiënten met minderjarige kinderen	45
5.3.7 Gezamenlijke besluitvorming	46
5.3.8 Eigen regie, motivatie en verantwoordelijkheid	46
5.3.9 Ondersteuning van naasten	47
5.4 Psycho-educatie	48
5.5 E-mental health	50
5.6 Eerste stappen interventies en eenmalige interventies	51
5.6.1 Eenmalige en kortdurende interventies	51
5.7 Psycho-sociale behandeling	52
5.8 Psychologische en psychotherapeutische behandeling	54
5.8.1 Cognitief gedragstherapeutische interventies	54
5.8.2 Systeemtherapieën	57
5.8.3 Twaalfstappenbenadering	57
5.8.4 Therapeutische gemeenschappen	58
5.8.5 Behandeling en ondersteuning bij chronische verslaving: 'harm reduction'	58
5.9 Medicamenteuze behandeling	60
5.10 Combinatiebehandeling	63
5.11 Biologische behandeling	63
5.12 Aanvullende behandelingen	63
5.12.1 Vaktherapie	63
5.12.2 Complementaire en aanvullende behandelwijzen	64
6. Herstel, participatie en re-integratie	65
6.1 Herstel	65
6.1.1 Wat is herstel?	65
6.1.2 Herstelondersteunende zorg bij verslaving	66
6.1.3 Herstelondersteunende interventies	67
6.2 Participatie	68
6.2.1 Verbetering van de leefsituatie	68
6.2.2 Methoden om participatie te bevorderen	71
6.2.3 Inzet ervaringsdeskundigheid	71
6.3 Re-integratie	71

6.3.1 Re-integratie naar arbeid	71
6.3.2 Stigma	72
7. Samenhang met andere kwaliteitsstandaarden	73
7.1 Relevante kwaliteitsstandaarden	73
7.2 Generieke module Assertieve en verplichte zorg	73
7.3 Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB)	74
7.3.1 Vroege onderkenning	75
7.3.2 Competenties zorgverleners	76
7.3.3 Toeleiding naar zorg	76
7.3.4 Eigen regie	77
7.4 Landelijke samenwerkingsafspraken	77
8. Organisatie van zorg	78
8.1 Verslavingszorg als onderdeel van de ggz	78
8.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten	78
8.2.1 Echelonering en gepast gebruik	78
8.2.2 Regiebehandelaar	81
8.2.3 Overdracht en consultatie	81
8.2.4 Informatie-uitwisseling	82
8.2.5 Toegankelijkheid	82
8.2.6 Keuzevrijheid	82
8.2.7 Onafhankelijke patiëntondersteuning	83
8.2.8 Privacy	84
8.3 Regie binnen de zorg	84
8.4 Samenwerking binnen de zorgketen	87
8.4.1 Samenwerking huisartsenpraktijken, generalistische basis-ggz, gespecialiseerde ggz	88
8.4.2 Samenwerking met andere domeinen	89
8.5 Benodigde competenties	93
8.5.1 Algemene competenties	93
8.5.2 Systemisch werken	94
8.5.3 Persoonlijke kwaliteiten	94
8.5.4 Overige specifieke competenties	95
8.5.5 Competenties ervaringsdeskundige	95
8.6 Kwaliteitsbeleid	95
8.6.1 Kwaliteitsstatuut	96
8.6.2 Deskundigheidsbevordering	96
8.7 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	97
8.7.1 eHealth	98
8.7.2 Zelfhulpgroepen	98

8.8 Financiering	98
9. Kwaliteitsindicatoren	100
9.1 Inleiding	100
9.2 Uitkomstindicatoren	100
9.2.1 Inleiding	100
9.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren	101
9.2.3 Specifieke instrumenten	102
9.2.4 Generieke instrumenten	104
9.3 Procesindicatoren	109
9.4 Structuurindicatoren	109
10. Achtergronddocumenten	110
10.1 Referenties	110
10.2 Samenstelling werkgroep	115
10.3 Verdieping	118
10.3.1 Herstel	118
10.3.2 Richtlijnen	119
10.3.3 Lichamelijke problematiek	120
10.3.4 Psychische problematiek	121
10.3.5 Verslaving aan andere middelen, naast alcoholprobleem	123
10.3.6 Ouders met alcoholproblemen	124
10.3.7 Vier dimensies van herstel	124
10.3.8 Vroege onderkenning op school en in de vrije tijd	125
10.3.9 Vroege onderkenning in huisartsenpraktijken en algemene gezondheidszorg	125
10.3.10 Vroege onderkenning in de jeugdhulp en jeugdbescherming	126
10.3.11 Situaties die aanleiding zijn om te vragen naar het alcoholgebruik van een oudere	127
10.3.12 Europ-ASI	127
10.3.13 Functies van ROM	128
10.3.14 Gedeelde besluitvorming	128
10.3.15 Zelfhulp(groepen)	129
10.3.16 Zingeving en spiritualiteit	129
10.3.17 Situaties	131
10.3.18 Patiënten met problematisch alcoholgebruik en een achterliggende dan wel comorbide angststoornis of depressie	132
10.3.19 Verslaafde justitiabelen	132
10.3.20 Psycho-educatie	133
10.3.21 eHealth en sociale media	134
10.3.22 Geïndiceerde preventie jongeren	135
10.3.23 Geïndiceerde preventie ouderen	136
10.3.24 Motiverende gespreksvoering (MGV)	137
10.3.25 Langdurige zorg en herstel	138

10.3.26 Geïntegreerde behandelprogramma's	138
10.3.27 Naltrexon	139
10.3.28 Disulfiram	139
10.3.29 Knelpunten gedwongen opname bij verslaving	140
10.3.30 Uitgangspunten ggz	141
10.3.31 Situaties waarin klinische detoxificatie moet worden overwogen	141
10.3.32 Profielen in de GB GGZ	142
10.3.33 Motivatie voor intensievere behandeling	143
10.3.34 Verwijzing naar algemeen ziekenhuis	144
10.3.35 Toegankelijkheidseisen ggz	144
10.3.36 Patiëntondersteuner	145
10.3.37 Overige samenwerkingspartners	145
10.3.38 Effectiviteit F-ACT	146
10.3.39 Team	146
10.3.40 Overgang 18- naar 18+	146
10.3.41 Overige eisen zorgaanbieder	147
10.3.42 Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ	147
10.3.43 Economische evaluatie	147
10.3.44 Richtlijnen	148
10.3.45 Zingeving	148

1. Introductie

Autorisatiedatum 02-04-2020 Beoordelingsdatum 02-04-2020

1.1 Introductie

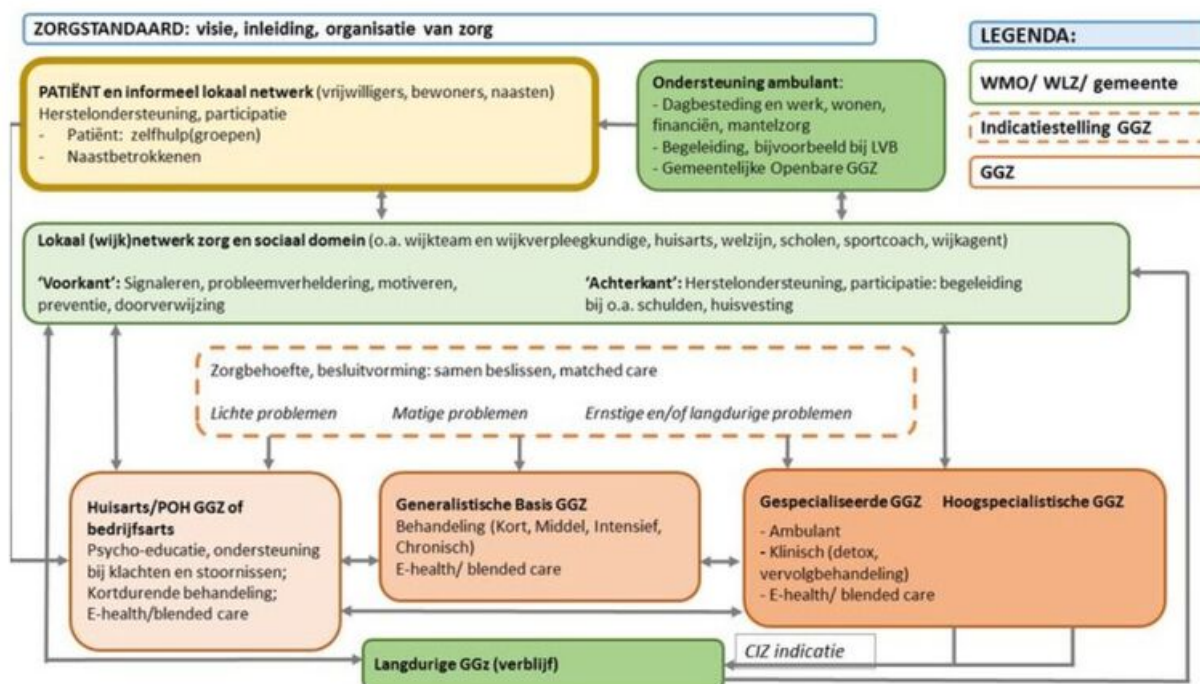
Alcoholproblemen ontstaan vaak geleidelijk en worden door degene die drinkt zelf vaak lange tijd niet herkend en onderkend. Het wordt problematisch als het drinkpatroon leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen. Zodra iemand klinisch significante beperkingen of lijdensdruk ervaart, spreken we van een verslaving.

Over de zorgstandaard Alcohol (alcoholproblemen en alcoholverslaving) Mensen met alcoholproblemen of -verslaving 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 wat goede zorg is voor deze patiëntengroep. De standaard is vastgesteld in 2017

is vastgesteld in 2017: Deze standaard is in 2021 beoordeeld op de vraag of herziening aan de orde is. Het bestuur van Akwa GGZ heeft besloten om herziening te starten zodra de onderliggende multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol is herzien. Naar verwachting start de herziening van de zorgstandaard in 2022.

- Lees hier de samenvatting van de standaard voor de beschrijving van alle fasen van het zorgproces.
- Aan de zorgstandaard ligt de algemene visie op zorg ten grondslag.
- De zorgstandaard is gemaakt door een werkgroep van zorgverleners, patiënten en hun naasten. In het document Totstandkoming en methoden vind je het overzicht van de werkgroep, de uitgangspunten en doelstelling van de standaard.
- De standaard is goedgekeurd door beroepsorganisaties en organisaties voor patiënten en hun naasten.
- Op Thuisarts vind je de patiënteninformatie over alcoholproblemen en - verslaving, afgestemd op deze zorgstandaard.

Doel van de zorg 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. Onderstaand schema geeft weer hoe de zorg is gestructureerd en hoe de verwijzing verloopt.



Welke informatie vind je in de zorgstandaard? 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.

- 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 Herstel, participatie & re-integratie).

Bij de standaard hoort ook een korte leeswijzer

een korte 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.

Meer over de patiëntenversie van deze standaard Via Thuisarts is de inhoud van deze zorgstandaard beschikbaar voor patiënten en naasten. 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 [Herstel](#)).

2. Over problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving

Autorisatiedatum 02-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

2.1 Wat is problematisch alcoholgebruik?

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.

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. 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.

Bron: 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;

Koppes, L., Kemper, H., Post, G., Snel, J., Twisk, J. (2000). Eur. Addict. Res. 6, 183–188

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').

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.

Problematisch alcoholgebruik door 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

een nadelig effect te hebben op de ontwikkeling van de hersenen: 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).

[Meer informatie](#)

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.

alcohol heeft gedronken.: 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).

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).

Bron: Snoek, A., Wits, E., van der Stel, J., van de Mheen, D., 2010. Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix. Amersfoort.

Problematisch alcoholgebruik door 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.

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

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

55- tot 65-jarige drinkers tot de zware drinkers behoort: 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).

[Meer informatie](#)

. Omdat ouderen alcohol minder goed verdragen, is dit probleem in werkelijkheid waarschijnlijk omvangrijker (zie [Geïndiceerde preventie](#)).

2.1.1 Wat is het beloop van alcoholproblemen?

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.

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

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 (lees hieronder meer over comorbiditeit).

De aanwezigheid van een psychische aandoening (naast de alcoholproblemen)

een psychische aandoening (naast de alcoholproblemen): 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)

[Meer informatie](#)

heeft gevolgen voor het behandelplan en de kans op slagen van de behandeling. De groep patiënten met een ernstige, chronische alcoholverslaving valt onder de EPA-doelgroep (mensen met een ernstige psychische aandoening) (zie de kwaliteitsstandaard [Ernstige psychische aandoeningen](#)).

2.2 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.

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

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 lichamelijk 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.

2.3 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.

Ongeveer 4 procent van de algemene Nederlandse bevolking heeft een alcoholverslaving; 6,6% van de mannen versus 2,3% van de vrouwen.

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

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.

Bron: 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.

Voor een overzicht van onderzoek over man-vrouwverschillen in onder meer prevalentie, risicofactoren en gevolgen zie [het Factsheet Gender en Sekse & Alcohol](#).

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

2.3.1 Wat is het beloop van alcoholproblemen?

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.

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

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 (lees hieronder meer over comorbiditeit).

De aanwezigheid van een psychische aandoening (naast de alcoholproblemen)

een psychische aandoening (naast de alcoholproblemen): 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)

[Meer informatie](#)

heeft gevolgen voor het behandelplan en de kans op slagen van de behandeling. De groep patiënten met een ernstige, chronische alcoholverslaving valt onder de EPA-doelgroep (mensen met een ernstige psychische aandoening) (zie de kwaliteitsstandaard [Ernstige psychische aandoeningen](#)).

2.3.2 Comorbiditeit

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

- lichamelijke problematiek;
- psychische problematiek;
- verslaving aan andere middelen

Zie verder [Diagnostiek](#) en [Comorbide problematiek](#) voor meer informatie over wat comorbiditeit betekent voor diagnostiek en behandeling.

2.4 Wat zijn de maatschappelijke gevolgen van alcoholproblemen?

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.

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

Naar schatting hangt 20-25% van de bedrijfsongevallen samen met alcoholgebruik. Een derde van de werkgevers voert een actief alcoholbeleid.

een actief alcoholbeleid.: Zie Loket Gezond Leven, 2016. Alcohol en werk.
[Meer informatie](#)

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.

Bron: 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.

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.

Bron: 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.

Daarbij spelen verschillende factoren

verschillende factoren: Bij ouders met alcoholproblemen kunnen de opvoeding en het welzijn van kinderen onder druk staan door: (klik door bij Meer informatie):
[Meer informatie](#)

een rol, waaronder alcoholgebruik tijdens de zwangerschap.

alcoholgebruik tijdens de zwangerschap.: 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 de site van het Trimbos hierover (zie onder Meer informatie).
[Meer informatie](#)

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.

Bron: 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.

Meer informatie op de site van het Trimbos over kinderen van ouders met verslavingsproblemen [KOPP KVO](#) en de site [Kindcheck GGZ](#), en zie ook de kwaliteitsstandaard [KOPP/KOV](#). Ook familie (bijvoorbeeld ouders) en andere naasten vormen een risicogroep.

3. Vroege onderkenning en preventie

Autorisatiedatum 02-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

3.1 Wees alert op signalen

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.

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

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

Onder vroegdetectie en vroeg 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.

Bron: ZonMw programma GGZ, 2016.

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.

3.1.1 Geïndiceerde preventie

Kernwoorden bij geïndiceerde preventie

preventie: 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.

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.

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

Uitleg over de aandoening (psycho-educatie) is hierbij van belang (zie [Psycho-educatie](#)).

In [Eerstestaps interventies](#) worden de verschillende mogelijkheden voor geïndiceerde preventie bij alcoholproblemen besproken.

3.2 Alcoholproblemen herkennen: wie doet wat?

In huisartsenpraktijken, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz, door bedrijfs- en verzekeringsartsen en in de algemene gezondheidszorg (zie [Echelonering en gepast gebruik](#)) dient altijd het gesprek te worden aangegaan over gebruik van alcohol wanneer daar aanleiding voor is (zie 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 alcoholbeleid

passend alcoholbeleid : 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).

op de agenda zetten. Verzekeringsartsen hebben dezelfde taak bij de grote groep patiënten met een alcoholverslaving

grote groep patiënten met een alcoholverslaving: 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.

die (tijdelijk) zonder werk zitten.

Zorgverleners in het ziekenhuis Ook zorgverleners in ziekenhuizen (zie de kwaliteitsstandaard [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 [Medicamenteuze behandeling – Thiaminesuppletie \(vitamine B1\)](#)). Ontslag van patiënten met een alcoholverslaving mag niet gebeuren zonder thiaminesuppletie.

3.3 Signalen van alcoholproblemen

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.

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 ([Diagnostiek](#)) en geeft aan hier graag verder op te willen ingaan (zie [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 [Eerste stappen interventies](#)). Zij kunnen ook verwijzen naar andere bekwame en bevoegde professionals (zie [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 kwaliteitsstandaard Naasten](#)).

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

kindcheck: 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.

[Meer informatie](#)

3.4 Geïndiceerde preventie

Kernwoorden bij geïndiceerde preventie

preventie: 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.

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.

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

Uitleg over de aandoening (psycho-educatie) is hierbij van belang (zie [Psycho-educatie](#)).

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

4. Diagnostiek en monitoring

Autorisatiedatum 10-01-2022 Beoordelingsdatum 10-01-2022

4.1 Diagnostiek

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);
- het risico op gevaar voor zichzelf en/of zijn/haar omgeving (zoals risico op suïcide);
- ernst van de verslaving;
- eventuele andere psychische en lichamelijke problemen.

Het tijdig signaleren van een lichte verstandelijke beperking is van belang (zie de [generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid \(ZB\) of een lichte verstandelijke beperking \(LVB\)](#)). Vanaf het eerste contact kiest de zorgverlener een bij de beperking passende communicatie en benadering.

Bron: 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.

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.

4.1.1 Algemene 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 \(2011\)](#).

4.1.2 De vijf onderdelen van het eerste gesprek (anamnese)

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 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.

4.1.3 Signalering van alcoholproblemen en bijkomende problemen

Bij [aanwezigheid van een of meer signalen](#) die wijzen op een mogelijk alcoholprobleem dient altijd het alcoholgebruik besproken te worden. Screeningsvragenlijsten (zoals de AUDIT

Bron: 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.

of de Five-shottest

Bron: Seppä, K., Lepistö, J. and Sillanauke, P. (1998) Five-shot questionnaire on heavy drinking. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 22, 1788–1791.

) 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.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.

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.

Bron: Van der Stel, J.C., Buisman, W.R., 2013. Van kwetsbaar naar weerbaar: Eindrapport project preventie en zorg voor kwetsbare groepen en middelengebruik.

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.

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

Bron: 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.

1. de hoeveelheid alcohol en frequentie van het gebruik (rekening houdend met de leeftijd). Zie de werkkaart 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

screenen op risicovol middelengebruik bij adolescenten: 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.).

Zie de NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik.

[Meer informatie](#)

zijn verschillende instrumenten beschikbaar. Vroege onderkenning van alcoholproblemen bij jongeren dient in elk geval plaats te vinden:

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

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

aanleiding: Zie onder meer informatie situaties die aanleiding zijn om te vragen naar het alcoholgebruik van een oudere.

[Meer informatie](#)

zijn het alcoholgebruik van een patiënt in kaart te brengen. Wanneer daar aanleiding voor is dient het alcoholgebruik (zie [Wat is problematisch alcoholgebruik?](#)) besproken te worden. Een screeningsinstrument zoals de AUDIT

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

kan behulpzaam zijn als er signalen zijn die wijzen op alcoholproblemen.

wijzen op alcoholproblemen.: 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.

4.1.4 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.

4.1.5 Nagaan rol alcohol in iemands leven en inschatten van de ernst

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-GGZ

POH-GGZ: 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 vervolggesprek moeten plannen, ook wanneer de patiënt alcohol niet accepteert als oorzaak van zijn klachten, om de situatie nogmaals te bespreken en te monitoren.

dienen hierin voldoende deskundig en vaardig te zijn (zie ook [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 [Wat is een alcoholverslaving?](#)). Deze kan licht, matig of ernstig zijn. Ook bij ontweningsverschijnselen wordt onderscheid gemaakt tussen lichte, matig ernstige en ernstige ontweningsverschijnselen. De arts gaat na of de patiënt ook andere middelen dan alcohol gebruikt.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009; NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening), 2014.

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. 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 [Medicamenteuze behandeling – Thiaminesuppletie](#).

4.1.6 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](#) van de patiënt. Samen gaan ze na welk de patiënt met de [Behandeling](#) voor ogen heeft.

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, en adviseert over het gebruik van vitamine B1.

4.1.7 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. 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

European Addiction Severity Index: 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).

[Meer informatie](#)

(Europ-ASI). De lijsten moeten met een voor de patiënt en de zorgverlener duidelijk doel

duidelijk doel : 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.

worden gebruikt.

gebruikt.: 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)

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 [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.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009; NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening), 2014.

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.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.

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.

Ook hiervoor zijn standaard-vragenlijsten beschikbaar. : 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 geïnterviewd 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 meer informatie voor het document over MATE-Y van zonMw.

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).

[Meer informatie](#)

Ouderen

Bij ouderen vindt diagnostiek op dezelfde wijze plaats als bij volwassenen. Let op de specifieke aandachtspunten bij ouderen met alcoholproblemen (zie [Diagnostiek – algemene aandachtspunten](#) en [Signalen van alcoholproblemen](#)). Ook bij ouderen is aanvullende diagnostiek op comorbide psychische of lichamelijke problemen belangrijk.

4.1.8 Inschatting of detoxificatie kansrijk is

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.

Bron: 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

4.1.9 Waar naartoe na diagnostiek

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 [Echelonering en gepast gebruik](#).

4.2 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) 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

Routine Outcome Measurement : ROM heeft vier functies:

1. behandelen en begeleiden
2. leren
3. verantwoorden
4. onderzoek

[Meer informatie](#)

(ROM) in de ggz en verslavingszorg. 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

MATE-Y-Uitkomsten: 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).

gebruikt worden.

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

(klachten en problemen, kwaliteit van leven en functioneren: Klachten en problemen: CBCL / TRF / YSR / SDQ/ SPsy. Kwaliteit van leven: Kidscreen. Functioneren: HoNOSCA.

) meten.

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

Monitoring van onthoudingsverschijnselen

Het regelmatig vastleggen van onthoudingsverschijnselen is van groot belang bij een medisch verantwoorde ontgiftiging (detoxificatie). Aanbevelingen hiervoor staan in de [Richtlijn Detoxificatie](#).

5. Behandeling en begeleiding

Autorisatiedatum 02-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

5.1 Organisatie van zelfmanagement

Het [individueel 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.

Evaringsdeskundigen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Zie verder de [generieke module Zelfmanagement](#).

5.1.1 Zorgbehoeften

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 ontgiftiging; 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 sprake is van direct gevaar (ernstig nadeel) voor de persoon of zijn omgeving (gevaarscriterium), dan kan het inzetten van verplichte zorg noodzakelijk

zijn. Het vaststellen van instabiliteit van chronische problematiek is afhankelijk van de onderliggende aandoening en de context van de patiënt. Dit staat los van het eventueel voldoen aan een minimaal aantal symptomen (zie [Wat is een alcoholverslaving](#)) die de DSM-5 benoemt bij verslaving (zie ook de [generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken ggz \(LGA\)](#)).

5.1.2 Rol van 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.

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

Schaamte kan het zoeken en benutten van hulp blokkeren. 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.

5.1.3 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 Herstelondersteuning – [Samenvattingskaart](#) (onderdeel Rol, attitude en beroepsuitoefening 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. 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 besluitvorming

gezamenlijke besluitvorming: 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)

in de praktijk te brengen. Zo heeft [de NPCF een website over Samen Beslissen](#) ontwikkeld met daarop een aantal hulpmiddelen.

5.1.4 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.

Bron: Landelijk platform GGz (2015). Basisset Kwaliteitscriteria GGz.

Er zijn [trainingen en boeken beschikbaar voor naasten van mensen met verslavingsproblemen](#), voor patiënten (zelfhulp) en voor de professional. Een effectieve methode is [Community Reinforcement and Family Training \(CRAFT\)](#). 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.

zelfhulpgroepen.: Voor voorbeelden van zelfhulp(groepen) kijk bij meer informatie.
[Meer informatie](#)

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

familie-ervaringsdeskundige: 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 Moedige Moeders.

[Meer informatie](#)

kan worden ingezet om het herstelproces van familieleden van een persoon met een verslaving te ondersteunen. Voor mantelzorgers die naasten met een verslaving ondersteunen kan de methode Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM)

Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM): Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM) is erkend als theoretisch goed onderbouwd door de Erkenningscommissie van het Centrum Gezond Leven. Zie meer informatie voor een beschrijving van de methode.

[Meer informatie](#)

helpen om overbelasting en verminderd welbevinden te voorkomen.

Klik hier voor [meer informatie over informele zorg](#) bij verslavingen.

5.2 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 [Monitoring](#)).

5.3 Behandeling en begeleiding - algemene aandachtspunten

Een behandeling moet het door een patiënt zelf ingezette herstelproces ondersteunen en 'empoweren'.

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

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 naasten

naasten: 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).

van de patiënt bij de behandeling en begeleiding en geeft informatie over zelfhulpgroepen

zelfhulpgroepen : 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 (zelfhulpnetwerk, zie meer informatie voor website). Ook veel instellingen voor verslavingszorg organiseren zelfhulpgroepen. Informatie over (de mogelijkheden van) lotgenotencontact en de patiëntenvereniging moet verkrijgbaar zijn bij de zorgverlener.

[Meer informatie](#)

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 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 zingeving

zingeving: 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).

Zie meer informatie voor link naar de Kwaliteitsstandaard Levensvragen en het Kennisoverzicht over zingeving in het sociale domein.

[Meer informatie](#)

en spiritualiteit

spiritualiteit: 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.

[Meer informatie](#)

wordt besproken. Wanneer iemand daar behoefte aan heeft of er open voor staat kan dit het herstelproces ondersteunen.

5.3.1 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.

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

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.

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.

Uitgangspunt is het werken volgens het principe van matched care.: Zie ook: Agenda GGZ, achtergrond notitie
[Meer informatie](#)

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.

5.3.2 Detoxificatie

In elke zorgzwaarte 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.

Deelname aan zelfhulpgroepen kan de ontwenning van alcohol ondersteunen. Bij twijfel dient altijd de verslavingszorg te worden ingeschakeld. In een aantal situaties

aantal situaties: Deze situaties zijn te vinden onder [Meer informatie](#).

moet een klinische detoxificatie worden overwogen. Overwegingen voor klinische detoxificatie zijn opgenomen in de [Richtlijn Detoxificatie](#), evenals een leidraad voor de duur van detoxificatie per middel.

5.3.3 Vervolgzorg

Niet alleen tijdens, maar ook na uitstroom uit een behandeling dient altijd een concrete vorm van ondersteuning

ondersteuning: 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).

te worden geboden, afhankelijk van de wens en mogelijkheden van de patiënt. Terugval (relapse) na een verslavingsbehandeling komt vaak voor.

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

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 [Herstel, participatie en re-integratie](#)).

5.3.4 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 verdovende 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 verminderen 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.

5.3.5 Comorbide problematiek

Comorbide lichamelijke en psychische aandoeningen, ontwikkelingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke beperkingen doen zich vaak samen voor met alcoholproblemen (zie ook [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.

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.: 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.
[Meer informatie](#)

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 [Zorgstandaardonafhankelijke aspecten](#)).

Het gebruik van alcohol kan suïcidale en/of hopeloze gevoelens versterken en daarmee het risico op suïcide verhogen.

Bron: an 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.

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](#) is van cruciaal belang.

5.3.6 Patiënten met minderjarige kinderen

Wanneer een patiënt met alcoholproblemen minderjarige kinderen heeft dient een zorgverlener hier altijd aandacht voor te hebben (zie ook [Kindercheck GGZ](#)). 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'.

De [kwaliteitsstandaard KOPP/KOV](#) geeft handvatten voor preventie, vroege opsporing en gepaste interventies voor deze groep kinderen en ouders.

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 jongeren,

jongeren,: 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.

ouderen

ouderen : 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)

en verslaafde justitiabelen

verslaafde justitiabelen: De forensische verslavingszorg en verslavingsreclassering opereren in het grensgebied tussen verslavingszorg en justitie. Patiënten hebben in het algemeen een justitiële titel.

[Meer informatie](#)

met alcoholproblemen.

5.3.7 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.

5.3.8 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 [Behandeling en begeleiding](#)) of zo nodig toepassen van drang of 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.

5.3.9 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.

Bron: Landelijk platform GGz (2015). Basisset Kwaliteitscriteria GGz.

Er zijn [trainingen en boeken beschikbaar voor naasten van mensen met verslavingsproblemen](#), voor patiënten (zelfhulp) en voor de professional. Een effectieve methode is [Community Reinforcement and Family Training \(CRAFT\)](#). 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.

zelfhulpgroepen.: Voor voorbeelden van zelfhulp(groepen) kijk bij meer informatie.
[Meer informatie](#)

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

familie-ervaringsdeskundige: 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 Moedige Moeders.

[Meer informatie](#)

kan worden ingezet om het herstelproces van familieleden van een persoon met een verslaving te ondersteunen. Voor mantelzorgers die naasten met een verslaving ondersteunen kan de methode Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM)

Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM): Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM) is erkend als theoretisch goed onderbouwd door de Erkenningscommissie van het Centrum Gezond Leven. Zie meer informatie voor een beschrijving van de methode.

[Meer informatie](#)

helpen om overbelasting en verminderd welbevinden te voorkomen.

Klik hier voor [meer informatie over informele zorg](#) bij verslavingen.

5.4 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. Dit gaat 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

psycho-educatie: 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.

. 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.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.

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: drink 1, hooguit 2 glazen per dag en in ieder geval 2 dagen per week niet.
- 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) 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, 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-publiekswebsite Thuisarts.

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.

5.5 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. Zie voor een overzicht van het (erkende) aanbod van eHealth bij alcoholproblemen en andere psychische problemen:

- Trimbos-instituut
- Thuisarts
- Handreiking Psychische klachten en alcohol (voor huisartsen en POH-GGZ).

5.6 Eerste stappen interventies en eenmalige 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 Onderscheid). 'Eerste stap' betekent niet dat iedereen deze programma's eerst moet doorlopen alvorens intensievere zorg te krijgen.

5.6.1 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.

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

jongeren: 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).

[Meer informatie](#)

kan geïndiceerde preventie aan de orde zijn net als voor ouderen

ouderen: Juist omdat het aandeel ouderen met een alcoholprobleem in de verslavingszorg toeneemt (zie paragraaf: 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).

[Meer informatie](#)

met (beginnende) alcoholproblemen. Tips voor de huisarts en POH-GGZ zijn te vinden in de [Handreiking Psychische klachten en alcohol](#).

5.7 Psycho-sociale behandeling

Psychosociale interventies zijn interventies die het alcoholgebruik beïnvloeden door directe of indirecte (mondeling 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:

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

- 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 contingentie management; zie ook 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 ook [Herstel, rehabilitatie en 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.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.

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

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering (MGV)

Motiverende gespreksvoering (MGV): 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.

[Meer informatie](#)

dient te worden ingezet bij alle behandelingen van alcoholproblemen

behandelingen van alcoholproblemen: Zie ook de Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.

[Meer informatie](#)

, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.

Bron: Wits, E., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Meije, D., Van Wijngaarden, B., Van de Glind, G., 2016. Richtlijn middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming. Utrecht.

Motiverende gespreksvoering kan ook worden ingezet bij jongeren, inclusief jongeren met LVB. Motiverende gespreksvoering is effectief zowel bij drinkers die behandeling zoeken als bij opportunistische interventies, dus bij patiënten die geen hulp vragen voor alcoholproblemen.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.

5.8 Psychologische en psychotherapeutische behandeling

5.8.1 Cognitief gedragstherapeutische interventies

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Cognitieve gedragstherapie (CGT): 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.

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:

1. de gewoonte van het drinkgedrag te veranderen en
2. 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.

Bron: 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.

A-Tjak, J.G.L., Davis, M.L., Morina, N., Powers, M.B., Smits, J.A.J., Emmelkamp, P.M.G., 2015. *Psychother. Psychosom.* 84, 30–36.

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* is een relatief nieuwe, aanvullende behandelwijze waarvan enige effectiviteit is aangetoond.

Bron: 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.

Community Reinforcement Approach

Community Reinforcement Approach: 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

(CRA) is een multimodale behandeling die aanvullend kan worden ingezet bij mensen met veelal een ernstige verslaving en comorbide problemen

ernstige verslaving en comorbide problemen : Zie ook: Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.
[Meer informatie](#)

en die niet sterk gemotiveerd zijn. 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 middenlevens 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.

Bron: 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]

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 werkzaam.

Bron: Rawson, R.A., McCann, M.J., Flammio, 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.

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. Zie voor informatie over de toepassing van cognitieve gedragstherapie bij jongeren die middelen gebruiken de [Richtlijn Cognitieve gedragstherapie jeugd](#) (2012).

5.8.2 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. Bij voorkeur betreft de zorgverlener de betreffende partner bij elke individuele behandeling, omdat deze betrokkenheid de behandeling ondersteunt (zie ook de [Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol](#), 2009).

Voor jongeren wordt multidimensionele familietherapie

multidimensionele familietherapie: 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.

(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. Deze behandelvorm is beoordeeld als 'effectief volgens sterke aanwijzingen' op het verminderen van cannabisverslaving. Zie [Databank Effectieve Jeugdinterventies](#).

5.8.3 Twaalfstappenbenadering

De twaalfstappenbenadering

twaalfstappenbenadering: 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).

[Meer informatie](#)

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 protocolair wordt toegepast bij groepen met alcoholafhankelijken, geleid door al dan niet ex-verslaafde professionals.

5.8.4 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.

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

5.8.5 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

Harm Reduction International: 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.

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 gebruikruimte zijn de volgende disciplines vertegenwoordigd: groepswerker, bemoeizorger, casemanager, verpleegkundige, verslavingsarts KNMG, verpleegkundig specialist, ggz-agoog of sociaal werker en een leidinggevende.

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

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](#).

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

- 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 herstel

functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel: Lees meer over langdurige zorg en herstel bij Meer Informatie.

[Meer informatie](#)

– vooral de door het alcoholgebruik veroorzaakte schade te beperken. Een dergelijke behandeling en begeleiding kan lange tijd duren. Hiervoor zijn diverse vormen van casemanagement ontwikkeld (zie [Organisatie van Zorg](#)). Belangrijk is om bij deze doelgroep vitamine B1 voor te schrijven (zie [Medicamenteuze behandeling](#)).

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

keuze : 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.

hangt onder meer af van bijkomende psychische problematiek en psychische problematiek die zich voordoet na vermindering of stoppen van het alcoholgebruik.

5.9 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

Thiaminesuppletie: 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 (Ghavanini, 2014)

is geïndiceerd bij (een vermoeden van) chronische alcoholproblemen

chronische alcoholproblemen : 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).

en tijdens alcoholontwenning.

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

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. [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.

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. 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.

- Acamprosaat vermindert de hunkering naar alcohol.
- Ook naltrexon vermindert de trek.
- Disulfiram 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.

Nalmefeen

Nalmefeen : 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.

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.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.

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).

Overige medicijnen

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

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009; NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening), 2014.

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

5.11 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

Neuromodulatie: 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).

lijkt een unieke kans te bieden om neurowetenschappelijke kennis toe te passen voor de behandelingen van verslaving. Er is wel meer onderzoek nodig om de effectiviteit, veiligheid, en mogelijkheden van de verschillende technieken vast te stellen.

5.12 Aanvullende behandelingen

5.12.1 Vaktherapie

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 Vaktherapie](#) en de Multidisciplinaire richtlijn Drugs (niet-opioïde).

5.12.2 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,

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

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.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.

6. Herstel, participatie en re-integratie

Autorisatiedatum 02-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

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.

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

Iemand die in herstel is staat voor de volgende opgaven:

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

- 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 empowerment

empowerment : Lees meer over empowerment.

[Meer informatie](#)

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 Herstelondersteuning](#)). 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 [Behandeling en begeleiding](#)). Deze groepen kunnen ook waardevol zijn voor het ondersteunen van naasten (zie [Ondersteuning van naasten](#)). Deze ondersteuning is juist tijdens het herstel belangrijk. Zie voor meer algemene informatie over zelfhulp de kwaliteitsstandaard [Herstelondersteuning](#) en de kwaliteitsstandaard [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.

Bron: 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

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.

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

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:

Bron: 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

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 [Behandeling en begeleiding](#)), maar ook voor hun naasten (zie [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 Herstelondersteuning](#) 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.

Bron: Couwenbergh, C., van Weeghel, J., 2014. Over de Brug, Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht

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.

Bron: Shaw, B.A., Agahi, N., Krause, N., 2011. J. Stud. Alcohol Drugs 72, 917–925.

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.

dak boven het hoofd.: 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.

Dit heeft een positief effect op de gezondheidssituatie en op het gebruik van middelen.

Bron: Fitzpatrick-Lewis, D., Ganann, R., Krishnaratne, S., Ciliska, D., Kouyoumdjian, F., Hwang, S.W., 2011. BMC Public Health 11, 638.

Mares, A.S., Greenberg, G.A., Rosenheck, R.A., 2008. Community Ment. Health J. 44, 367–376

Een tijdelijke vorm van groepswonen

groepswonen: 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.

waarbij abstinentie verplicht is valt te overwegen om het middelengebruik en de psychiatrische symptomen van mensen met verslavingsproblemen te verminderen.

Bron: 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

Housing First is aan te bevelen voor mensen met een psychische aandoening die dakloos zijn.

Bron: Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C.J., Krausz, M., Somers, J.M., 2013. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 48, 1245–1259.

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.

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 kwaliteitsstandaard [Ernstige psychische aandoeningen \(EPA\)](#).

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 [Behandeling en ondersteuning bij chronische verslaving: '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 kwaliteitsstandaarden:

- Herstelondersteuning;
- Daginvulling en participatie;
- Destigmatisering;
- Arbeid als medicijn.

6.2.3 Inzet ervaringsdeskundigheid

Om participatie van patiënten te ondersteunen is de inzet van ervaringsdeskundigheid van belang. De kwaliteitsstandaard [Herstelondersteuning](#) doet hiervoor de volgende aanbevelingen:

- Maak in zorg, sociaal domein en bij patiëntinitiatieven de steun van ervaringsdeskundigen toegankelijk.
- 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 kwaliteitsstandaarden [Herstelondersteunende zorg](#), [Daginvulling en participatie](#) en [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

geïntegreerd: Zie voor meer informatie over re-integratie de generieke module Arbeid als medicijn en de multidisciplinaire richtlijn Werk en Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA).

met behandeling: de trajectbegeleider is lid van een ambulant ggz-team. Zie [Werken met tips](#). 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.

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.

Bron: 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.

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 kwaliteitsstandaard [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. Samenhang met andere kwaliteitsstandaarden

Autorisatiedatum 02-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

7.1 Relevante kwaliteitsstandaarden

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.

Relevant voor mensen met alcoholproblemen zijn:

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

Ook is de [Generieke module Assertieve en verplichte zorg](#) relevant - leer hier verder over [de aanbevelingen uit de module die specifiek voor mensen met alcoholproblemen](#) gelden.

Ook van de generieke module [Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid \(ZB\) of een lichte verstandelijke beperking \(LVB\)](#) kan je hier verder lezen over [de aanbevelingen uit de module die specifiek voor mensen met alcoholproblemen](#) gelden).

De inhoud van de zorgstandaard is afgestemd op [de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz \(LGA\)](#).

7.2 Generieke module Assertieve en verplichte zorg

Relevant voor mensen met alcoholproblemen is de kwaliteitsstandaard [Assertieve en verplichte zorg](#).

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) regelt onder meer onder welke omstandigheden er verplichte zorg mogelijk is. De wet beschrijft ook welke vormen van verplichte zorg dit kunnen zijn. op de website van de rijksoverheid over dwang in de zorg wordt een helder overzicht gegeven over de verplichte zorg binnen de [Wvggz](#).

De Wvggz kent twee gronden voor verplichte zorg: de crisismaatregel en de zorgmachtiging. De crisismaatregel kan worden toegepast wanneer de zorgmachtiging niet kan worden afgewacht. Er zijn

in het kader van de Wvvggz meerdere personen die (onderzoek naar de noodzaak voor) een crisismaatregel of zorgmachtiging kunnen starten. Vaststelling van een psychische stoornis in het kader van verplichte zorg is de expertise van de psychiater. De diagnose die de psychiater als deskundige in het kader van de Wvvggz moet vaststellen, mag men echter niet gelijkstellen aan de diagnose die men bijvoorbeeld in de klinische praktijk of in wetenschappelijk onderzoek moet stellen. De stoornis is pas relevant voor toepassing van de Wvvggz indien het risico op gevaar (ernstig nadeel) wordt veroorzaakt door de stoornis en verplichte zorg als ultimum remedium ingezet moet worden om het gevaar (ernstig nadeel) af te wenden.

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

Het is van belang dat hulpverleners optimaal de mogelijkheden van verplichte zorg binnen de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) kennen. Als behandelaar kan je van diverse mogelijkheden gebruik maken om samen met de patiënt te zorgen dat dwang zo min mogelijk hoeft worden toegepast en de patiënt en zijn omgeving zo min mogelijk ernstig nadeel ondervinden.

Eén mogelijkheid is het maken van een eigen plan van aanpak, waarin patiënt een alternatief biedt voor de verplichte zorg. Dit biedt de patiënt bescherming op weg naar zijn herstel, doordat bijvoorbeeld snel en passend gehandeld kan worden bij een terugval of een crisis.

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

kanttekeningen: De knelpunten bij een gedwongen opname bij verslaving kunt u vinden bij Meer informatie.
[Meer informatie](#)

te plaatsen bij gedwongen opname bij verslaving. 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.

7.3 Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB)

Relevant voor patiënten met alcoholproblemen is de [generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid \(ZB\) of 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.

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

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.

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

Problematisch middelengebruik komt bij grofweg 10-30 procent van de volwassenen met een LVB voor.

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

7.3.1 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?'

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

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.

Bron: 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.

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](#).

7.3.2 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?](#)'.

7.3.3 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.

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

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](#)).

Bron: 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.

7.3.4 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.

7.4 Landelijke samenwerkingsafspraken

De inhoud van de zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving is afgestemd op de [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz \(LGA\)](#).

8. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 02-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

8.1 Verslavingszorg als onderdeel van de ggz

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 [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 uitgangspunt 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) lees je in dit hoofdstuk meer over de organisatie van de behandeling, begeleiding en zorg voor iemand met een alcoholprobleem. Uitgangspunt daarbij is het bieden van kwalitatief goede, integrale zorg op basis van multidisciplinaire samenwerking. Kwaliteitsbeleid wordt methodisch benaderd en structureel ingebed in de organisatie van het zorgproces.

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.

8.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

8.2.1 Echelonering en gepast gebruik

Echelonering

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. In de [Landelijke samenwerkingsafspraken GGZ 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 GGZ

Bron: Fitzpatrick-Lewis, D., Ganann, R., Krishnaratne, S., Ciliska, D., Kouyoumdjian, F., Hwang, S.W., 2011. BMC Public Health 11, 638.

wordt de zorg 'opgeschaald'. In sommige situaties moet een klinische detoxificatie

klinische detoxificatie: Situaties waarin een klinische situatie moet worden overwogen zijn te vinden bij Meer informatie.

[Meer informatie](#)

worden overwogen. Overwegingen voor klinische detoxificatie zijn opgenomen in de [Richtlijn Detoxificatie](#).

Het verwijfsproces 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, stabiel	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

[Meer informatie over GB GGZ](#)

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 [Onderscheid](#) en [Participatie](#)). Bij een indicatie voor verslavingszorg,

verslavingszorg,: Zie ook de Richtlijn Detoxificatie.

[Meer informatie](#)

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.

motiveren voor intensievere behandeling,: 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.

[Meer informatie](#)

Verwijzing naar een [algemeen ziekenhuis](#) is noodzakelijk in een aantal situaties.

De uitgebreidheid (duur en intensiteit) van de interventies (zie [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 [Diagnostiek](#) en [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.

8.2.2 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. 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.

8.2.3 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 [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.

8.2.4 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).

8.2.5 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.

toegankelijkheidseisen voor de ggz.: In de ggz:
[Meer informatie](#)

8.2.6 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' 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.

8.2.7 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

patiënt (of cliënt-)ondersteuner: 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.

[Meer informatie](#)

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.

8.2.8 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).

8.3 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:

Bron: Landelijk platform GGZ, 2015. Basisset Kwaliteitscriteria GGZ.

- 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 verplichte 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 het meest toegepast.

Bron: Brun, C., Rapp, R.C., 2001. Soc. Work 46, 278–288.
Jenner, J., 2008. Maandbl. Geestelijke Volksgezond. 63, 207–216.
Van der Sande, Y., Neijmeijer, L., 2011. Modelbeschrijving (F)ACT
Verslavingspsychiatrie. Utrecht.

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.

deelplannen delen van de begeleiding laten uitvoeren. : Zie ook de Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg (Resultaten Scoren, 2007).

[Meer informatie](#)

Bron: Loth, C., Wits, E., de Jong, C., van de Mheen, D., 2012. Richtlijn Opiatoonderhoudsbehandeling. Amersfoort.

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

van het team: 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.

[Meer informatie](#)

. 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

Assertive Community Treatment: 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.

(ACT).

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.

Strengths-model

Het Strengths-model

Het Strengths-model: 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 Erkenningcommissie langdurige ggz.

[Meer informatie](#)

voor casemanagement is gebaseerd op theorieën en kennis over herstel en empowerment. Het Strengths-model is een face-to-facemethode die mensen helpt 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.

8.4 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.

8.4.1 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 [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 behandelaanbod 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

geïntegreerd: 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.

worden aangeboden. Aanvullende hulp moet ingeschakeld kunnen worden zonder dat daardoor de eerder gestarte behandeling stagneert of stopt (zie ook [Regiebehandelaar](#)).

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 verblijft) kan een verwijfsbrief schrijven voor [verwijzing](#) van een patiënt met alcoholproblemen naar een algemeen ziekenhuis.

8.4.2 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 zwakbegaafdheid \(ZB\) of een lichte verstandelijke beperking \(LVB\)](#).

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

jongere 18 jaar: 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](#)

is.

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.

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

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

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

niet rekenen tot hun takenpakket, zien andere instellingen het als een onderdeel van de zorg aan 'doordrinkers'.

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.

reclassering.: De reclassering heeft een belangrijke rol vanwege haar toezichthoudende 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.

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.

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

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.

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

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.

Bron: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2016. Zie ook: rapport Interventiematrix Justitiële Verslavingszorg van Resultaten Scoren (2009).

Zie ook de Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden.

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

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:

Bron: Landelijk platform GGz, 2015. Basisset Kwaliteitscriteria GGz.

- 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.

8.5 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 eisen aan zorgverleners

diverse andere eisen aan zorgverleners: Zorgaanbieders zorgen er bovendien voor dat:
[Meer informatie](#)

gesteld.

8.5.1 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, 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 competenties van zorgverleners

competenties van zorgverleners: Verschillende beroepsgroepen in de verslavingszorg hebben competentieprofielen ontwikkeld; zie bijvoorbeeld het opleidingsplan Verslavingsgeneeskunde (Luijkx, 2012), ontworpen door de Vereniging van Verslavingsartsen in Nederland (VVGn).

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.

8.5.2 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.

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

We noemen dit ‘omgevingsgevoeligheid’: rekening houden met, aansluiting zoeken bij en ondersteuning bieden aan de (brede) sociale omgeving.

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

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.

8.5.3 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.

Bron: 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.

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 [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.

8.5.4 Overige specifieke competenties

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

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

- 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.

8.5.5 Competenties ervaringsdeskundige

In de [generieke module Herstelondersteuning](#) 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.

8.6 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.

8.6.1 Kwaliteitsstatuut

Sinds 1 januari 2017 is het zogeheten (model-)kwaliteitsstatuut van kracht, in 2020 opgevolgd door het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#). 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 Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ

kwaliteitsstatuut GGZ : 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,.....

[Meer informatie](#)

kan ook toegepast worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd-ggz, de langdurige zorg en de overige zorg. Voor de inhoud van alle afspraken wordt verwezen naar het [Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ](#). Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op deze zorgstandaard.

8.6.2 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:

- 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 Herstelondersteuning](#)) 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. 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.

8.7 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.

Bron: Suikerbuijk, 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.

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.

8.7.1 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.

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

In ander onderzoek is de kosteneffectiviteit bekeken van de invoering van e-mental health-interventies in de Nederlandse gezondheidszorg voor schadelijk alcoholgebruik. De invoering van effectief bevonden e-mental health-interventies blijkt de kosteneffectiviteit volgens dit onderzoek te verhogen.

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

Invoering kan zelfs kostenbesparingen opleveren wanneer reguliere ambulante behandelcontacten deels worden vervangen door e-mental health-interventies.

Bron: Blankers, M., Donker, T., Riper, H., 2013. De Psycholoog.

8.7.2 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.

8.8 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 (zie ook de [Landelijke samenwerkingsafspraken GGZ \(LGA\)](#)). Ook kan er vergoeding mogelijk zijn vanuit de gemeente (bijv. begeleiding).

9. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 07-02-2020 Beoordelingsdatum 07-02-2020

9.1 Inleiding

De patiënt en de behandelaar beslissen samen hoe en wanneer zij de voortgang van de behandeling en het herstelproces periodiek monitoren en evalueren. Om dit proces te ondersteunen is een aantal uitkomstindicatoren geformuleerd met bijbehorende meetinstrumenten. Het doel van de opgenomen indicatoren is het bevorderen van de kwaliteit van het individuele proces van herstel. Het interpreteren van de uitkomsten van meetinstrumenten wordt gedaan in de context van de behandeling en het persoonlijke verhaal van de patiënt.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van deze indicatoren en een aantal veelgebruikte meetinstrumenten voor deze patiëntengroep. In paragraaf monitoring leest u meer over belangrijke aspecten en aandachtspunten van monitoring.

Dit hoofdstuk is op 3 maart 2020 toegevoegd aan deze zorgstandaard zoals deze is aangeboden aan het Register van het zorginstituut nederland.

Register van het zorginstituut nederland.: Niet alle partijen die de zorgstandaard 'Problematisch alcoholgebruik of alcoholverslaving' hebben onderschreven hebben dit hoofdstuk onderschreven:

Nederlands huisartsen genootschap (NHG) en Landelijke huisartsen vereniging (LHV): hebben geen bezwaar, maar achten het hoofdstuk niet van toepassing op de huisartsenpraktijk

9.2 Uitkomstindicatoren

9.2.1 Inleiding

De keuze van indicatoren is afhankelijk van het doel van de behandeling en van de patiënt.

de patiënt.: Hiermee wordt ook bedoeld dat er rekening gehouden moet worden (met de belasting van) de patiënt:

Het invullen van de diverse vragenlijsten kost tijd en energie, en is soms emotioneel belastend. Als het op een waardevolle manier bijdraagt aan het herstelproces van de patiënt en / of de evaluatie van de behandeling, dan willen patiënten daar zeker aan mee werken. Wees open over de kosten en de baten van het periodiek invullen van vragenlijsten. En gebruik het als een indicator voor evaluatie, maar geef ook ruimte aan eigen inbreng van de patiënt.

Let daarnaast op het feit dat veel mensen in Nederland moeite hebben met het begrijpen en invullen van vragenlijsten. 36% van de mensen in Nederland heeft beperkte gezondheidsvaardigheden en 2,5 miljoen mensen zijn laaggeletterd. In sommige gevallen kan het beter zijn om de vragenlijsten samen met de patiënt door te nemen.

Niet alle indicatoren zijn per definitie geschikt voor alle echelons van zorg, voor alle type zorgprofessionals of voor alle type patiënten. De behandelaar bepaalt samen met de patiënt welke indicatoren het doel van de behandeling goed omvatten.

Met de volgende indicatoren kunnen de voortgang en uitkomst van de behandeling en herstelproces worden gemonitord:

- De mate van symptomatisch herstel.
- De mate van functioneel herstel: het kan hier gaan om persoonlijk of maatschappelijk herstel.
- De mate van verandering van kwaliteit van leven.
- De mate waarin overeengekomen doelen zijn gerealiseerd.
- Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie.

9.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren

Hieronder treft u een lijst van veelgebruikte meetinstrumenten voor het monitoren en evalueren van de behandeling en het herstelproces van de patiënt in het kader van de zorgstandaard 'Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving'. Kortom: instrumenten voor direct gebruik in de behandelkamer.

Deze lijst is opgesteld na raadpleging van professionals en patiënten; het is dus een handreiking van professionals aan professionals. Bij ontwikkeling van de lijst is niet naar volledigheid gestreefd. In de [ROM bibliotheek](#) vindt u meer meetinstrumenten, zowel generieke als specifieke. De behandelaar kan naar eigen inzicht en voorkeuren van de patiënt gebruik maken van deze instrumenten, of andere passende instrumenten

In onderstaande tabel zijn de indicatoren met bijbehorende meetinstrumenten opgenomen, in de volgende paragrafen worden deze kort toegelicht.

De instrumenten genoemd bij volwassenen zijn ook geschikt voor ouderen, alleen als er een specifiek instrument is ontwikkeld dan staat deze specifiek benoemd in de tabel.

Overzicht van instrumenten per indicator en doelgroep			
Doelgroep	Volwassenen	Jongeren	Ouderen
Symptomatisch herstel	MATE (module1) Middelenmatrix	MATE-Y (module 1) middelenmatrix	
	MATE-Q1 (module9) Verlangen - craving	MATE-Y-Q1 (module 9) Verlangen - craving	
	MATE-Q2 (module 10) DASS 21	MATE-Y-Uitkomsten Module 5 lichamelijke klachten	
Functioneel herstel	MATE-IC (module 7) Activiteiten & Participatie	MATE-Y -IC (module 7) Activiteiten & Participatie	
		Child Behaviour Checklist (CBCL)	
		Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	
		HoNOS-CA	Health of the Nation Outcome Scales 65+ (HoNOS 65+).
Doelrealisatie	Zie ROM bibliotheek		
Kwaliteit van leven	Manchester (verkorte) kwaliteit van leven meting (Mansa12/16)	KIDSCREEN-27	
	EQ-5D		
Patiënt-ervaringen	Consumer Quality Index (CQi)	Consumer Quality Index (CQi) (vanaf 16 jaar)	

9.2.3 Specifieke instrumenten

Mate van symptomatisch herstel

Volwassenen:

Het *Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie – module 1*

Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie – module 1: <https://www.mateinfo.nl/>

Bron: Schippers G.M., Broekman T.G. & Buchholz A. (2007)

specifiek de Middelenmatrix, is een instrument dat het gebruik van psychoactieve middelen vaststelt. Inventarisatie vindt plaats in een matrix waarin de middelen (stoffen) worden benoemd, het gebruik en de hoeveelheid gebruikt op een kenmerkende gebruikersdag. Met de

inventarisatie van het middelengebruik wordt het huidige gebruik in beeld gebracht en kan ook de verandering in gebruik bepaald worden ten opzichte van de vorige afname(s). De terugvraagperiode is 30 dagen. De middelenmatrix is een beoordelingslijst (kan patiënt zelf zijn, patiënt samen met (onafhankelijk) behandelaar)

De MATE-Q1

MATE-Q1: <https://www.mateinfo.nl/>

Bron: Schippers G.M., Broekman T.G. & Buchholz A. (2007)

(ook wel bekend als Module 9 - craving) is als onderdeel van het bepalen van de verslavingsernst als Module 9 van de MATE opgenomen. Deze is gebaseerd op de verkorte OCDS (Obsessive/Compulsive Drinking Scale). De OCDS kan beschouwd worden als een maat voor het verlangen naar middelen (craving) en vraagt naar de gedachten en gevoelens over het gebruik, en over wel of niet gebruiken in de afgelopen 7 dagen. Het is een zelfbeoordelingslijst van vijf items.

De MATE-Q2

MATE-Q2 : <https://www.mateinfo.nl/>

(ook wel bekend als Module 10 of DASS 21)

Bron: Schippers G.M., Broekman T.G. & Buchholz A. (2007)

is bedoeld om patiënten op te sporen waarbij mogelijke behandeling voor angst-, stemmings-, of stresssymptomen is geïndiceerd. De lijst bestaat uit 21 vragen waarbij steeds een keuze gemaakt wordt uit vier antwoordmogelijkheden van “Helemaal niet of nooit van toepassing” tot “Zeer zeker of meestal van toepassing”. De terugvraagperiode is 7 dagen. De MATE-Q2 is een zelfbeoordelingslijst.

Jongeren:

De MATE-Y

MATE-Y : <https://www.mateinfo.nl/>

Bron: Schippers, G. M., & Broekman, T. G.. (2013). MATE-Y 2.1a. Handleiding en protocol voor de MATE-Jeugd. Nederlandse bewerking: G. M. Schippers & T. G. Broekman. Nijmegen: Bêta Boeken.

is een in de praktijk goed bruikbaar instrument gebleken om klinische uitkomsten vast te stellen bij jongere patiënten (12-24 jaar) in behandeling voor problemen met middelengebruik en verslavingsgedrag:

- *Module 1. Middelengebruik en gedragsverslavingen. Deze bevat een inventarisatie van het aantal dagen gebruik van alle middelen en ander verslavingsgedrag en van de hoeveelheid van enkele middelen over de afgelopen 30 dagen. Module 1 van de MATE-Y- Uitkomsten is een beoordelingslijst (kan patiënt zelf zijn, patiënt samen met (onafhankelijk) behandelaar)*
- *Module 5. Lichamelijke klachten. Inventariseert lichamelijke symptomen (identiek aan de MATE). Er worden 10 vragen gesteld waarbij steeds de keuze gemaakt wordt uit 5 antwoord categorieën van “helemaal niet” tot “voortdurend”. Module 5 is een beoordelingslijst (kan patiënt zelf zijn, patiënt samen met (onafhankelijk) behandelaar)*
- *Q1. Verlangen. Op gelijke wijze als in de MATE-Y een geselecteerde set van items uit de (Amerikaanse) adolescentenversie van de - ook in de MATE gebruikte - OCDS.*

De betrouwbaarheid en validiteit van de MATE-Y-Uitkomsten zijn niet onderzocht .

9.2.4 Generieke instrumenten

Functioneel herstel

Volwassenen:

MATE-IC, ook wel bekend als module 7

MATE-IC, ook wel bekend als module 7: <https://www.mateinfo.nl/>

Bron: Schippers G.M., Broekman T.G. & Buchholz A. (2007)

is een onderdeel van de MATE gebaseerd op het ICF. Module 7 wordt gebruikt voor het vaststellen van de mate van sociale (des)integratie en is bij uitstek geschikt voor het meten van verandering in functioneren in de tijd. Module 7 beoordeelt op de 19 'Activiteiten en Participatie' domeinen de beperking in de uitvoering, ofwel de moeite die de persoon heeft met de betrokken activiteit of participatie. Dit loopt van geen beperking tot volledige beperking. De terugvraagperiode is 30 dagen. Module 7 is een beoordelingsschaal.

Jongeren:

MATE-Y-IC

MATE-Y-IC: <https://www.mateinfo.nl/>

, ook wel bekend als module 7.

Bron: Schippers, G. M., & Broekman, T. G.. (2013). *MATE-Y 2.1a. Handleiding en protocol voor de MATE-Jeugd. Nederlandse bewerking: G. M. Schippers & T. G. Broekman. Nijmegen: Bêta Boeken*

Deze module is gebaseerd op de MATE-IC, maar vraagt de mate van beperking en de aspecten die van toepassing zijn voor jongeren uit.

De Child Behaviour Checklist (CBCL)

Child Behaviour Checklist (CBCL): <https://www.aseba.nl/home>

Bron: Verhulst, F.C., Koot, J.M., Akkerhuis, G.W., & Veerman, J.W. (1990). *Praktische handleiding voor de CBCL (child behavior checklist). Assen: Van Gorcum & Comp B.V. © 2000 T.M. Achenbach, Reproduced by permission. Nederlandse vertaling door: F.C. Verhulst en J. van der Ende, Erasmus MC Rotterdam.*

is er in verschillende versies, De CBCL is een diagnostisch instrument om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. De vragenlijst bestaat uit een algemeen gedeelte en een set vragen die gescoord worden op een 3-

puntsschaal van helemaal niet (0), een beetje of soms (1) tot duidelijk of vaak (2). De CBCL wordt individueel door de ouders of verzorgers van het kind ingevuld, maar kan ook worden ingevuld door andere familieleden of volwassenen die het kind of de jongere goed kennen. Het is van belang dat er gedurende het invullen of na afloop iemand aanwezig is om eventuele vragen te beantwoorden.

De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Bron: van Widenfelt BM1, Goedhart AW, Treffers PD, Goodman R. (2003) Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); Eur Child Adolesc Psychiatry. 2003 Dec;12(6):281-9.

is er in verschillende versies

verschillende versies: Er zijn vijf volledige versies (allen bestaande uit een eerste meting en follow-up variant): SDQ-J 11-17 Kindversie (zelfinvullijst, 32 items); SDQ-L 2-4 Leerkrachtversie (30 items); SDQ-L 4-16 Leerkrachtversie (30 items); SDQ-O 2-4 Ouderversie (33 items); SDQ-O 4-16 Ouderversie (33 items); Er is één verkorte versie: SDQ-L/O 11-17 Leerkracht-/ouderversie (25 items)

, en meet de aanwezigheid van psychosociale problemen, de sterke kanten van het kind en de invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren van het kind. De vragen kunnen met "niet waar" - "een beetje waar" - "zeker waar" beantwoord worden (score 0, 1 of 2). Alle varianten van de vragenlijst bevatten in totaal 25 hoofditems, die betrekking hebben op de volgende vijf subschalen: Hyperactiviteit / aandachtstekort; emotionele problemen; problemen met leeftijdsgenoten; gedragsproblemen; pro-sociaal gedrag. De terugvraagperiode is de afgelopen 6 maanden. De SDQ wordt gewoonlijk zelfstandig door ouders en leraren ingevuld. Jongeren vanaf 11 vullen de lijst doorgaans in onder begeleiding. Het verdient aanbeveling om de SDQ door tenminste twee informanten te laten invullen, bij voorkeur ouder en leerkracht.

Een afgeleide van de SDQ die ook schalen heeft voor het uitvragen van problemen met alcohol en drugs is het screeningsinstrumenten psychische stoornissen (SPsy).

Bron: Robert Goodman, 1997; Nederlandse vertaling Flip Treffers & Brigitte van Widenfelt, 2000

Deze kan ingevuld worden door jongeren en hun ouders. De vragenlijst bestaat uit de SDQ en additionele vragen gericht op eetstoornissen, zelfdestructief gedrag en psychotische kenmerken. In het geval van jongeren (12-18) worden tevens vragen gesteld over alcohol- en drugsgebruik.

De HoNOS-CA is de HoNOS voor jongeren

Bron: Wing et al. (1998) Engelse Ministerie van Volksgezondheid Vertaling uitgegeven door het Trimbos instituut: HoNOS-12 (2001) N. Mulder, J. Loos, A. Wierdsma & H. Poodt; HoNOS-CA (2003) T. Staring, E. Hofman & N. Mulder; HoNOS-65+ (2003) T. Staring, J. Stobbe & N. Mulder

. De uitkomst op de HoNOS-CA geeft weer hoe het geestelijk en sociaal functioneren van een cliënt in de GGZ op een bepaald ogenblik is. De HoNOS kan op meerdere momenten voor, tijdens of na een behandeling ingevuld worden, zodat de verandering in klachten in kaart gebracht wordt. Het doel van de HoNOS is dan ook het evalueren van de behandeling of begeleiding. De score loopt van 0 (geen probleem) tot en met 4 (zeer ernstig probleem). De terugvraagperiode is 2 weken. De scores worden door getrainde hulpverleners op grond van observaties bepaald.

Ouderen:

De Health of the Nation Outcome Scales 65+ (HoNOS 65+)

Bron: Mulder, C. L., Staring, A. B. P., Loos, J., Buwalda, V. J. A., Kuijpers, D., Sytema, S., & Wierdsma, A. I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. Tijdschrift voor Psychiatrie, 46, 273-284.

. De uitkomst op de HoNOS geeft weer hoe het geestelijk en sociaal functioneren van een cliënt in de GGZ op een bepaald ogenblik is. De HoNOS kan op meerdere momenten voor, tijdens of na een behandeling ingevuld worden, zodat de verandering in klachten in kaart gebracht wordt. Het doel van de HoNOS is dan ook het evalueren van de behandeling of begeleiding. De score loopt van 0 (geen probleem) tot en met 4 (zeer ernstig probleem). De terugvraagperiode is 2 weken. De scores worden door getrainde hulpverleners op grond van observaties bepaald.

De mate van verandering van kwaliteit van leven

Volwassenen:

De Manchester (verkorte) kwaliteit van leven meting (Mansa12/16)

Bron: Van Nieuwenhuizen Ch, Schene AH, Koeter MWJ. Manchester – verkorte Kwaliteit van Leven meting. Eindhoven: GGzE. 2000.

is een multidimensionale vragenlijst ontwikkeld om de kwaliteit van leven vast te stellen. De vragen verwijzen naar tevredenheid over baan, woning, algehele gezondheid en dergelijke. De vragenlijst bestaat uit 12 gesloten vragen waarbij de tevredenheid wordt vastgesteld over leefomstandigheden. Bij de MANSA 16 zijn 4 extra items over veiligheid en vriendschap toegevoegd. Bij de antwoorden kan steeds een keuze gemaakt worden uit zeven mogelijkheden lopend van “kan niet slechter” tot “kan niet beter”. De vragenlijst richt zich op de huidige situatie en is een zelfbeoordelingsschaal.

De EuroQol-5D (EQ-5D)

Bron: <https://euroqol.org/>

is een gestandaardiseerd instrument waarmee op vijf gezondheidsniveaus (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie) een score wordt gegeven. Verder moet de patiënt aangeven hoe hij zijn gezondheidstoestand op een schaal van 0 tot 100 ervaart. Om de lijst goed te kunnen interpreteren, is het belangrijk dat de zorgverlener bekend is met de demografische gegevens van de patiënt. De vragenlijst gaat over hoe de patiënt zich vandaag voelt en is een zelfbeoordelingsschaal.

*Jongeren:**De KIDSCREEN-27*

Bron: <https://www.kidscreen.org/english/publications/manual/>

brengt de kwaliteit van leven in kaart bij kinderen en adolescenten op basis van het fysiek welzijn, mentaal welzijn, autonomie en ouderrelatie, vriendschappen en functioneren op school. Er is één versie voor ouders en één versie voor kinderen / adolescenten. De KIDSCREEN-27 bestaat uit 27 vragen die op een 5-puntsschaal worden beantwoord. De volgende subschalen worden uitgevraagd: fysiek welzijn; mentaal welzijn; autonomie en ouderrelatie; sociale steun & vrienden; school. De terugvraagperiode is een week. Het is een zelfbeoordelingsschaal.

Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie

De Consumer Quality Index (CQi)

Consumer Quality Index (CQi): Meer informatie via de ROM-bibliotheek
<https://ggzdataportaal.nl/rom-bibliotheek/>

De Consumer Quality Index wordt momenteel doorontwikkeld, de resultaten van de pilot worden eerste kwartaal 2020 verwacht.

is ontwikkeld om patiëntervaringen in de zorg te meten. Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn twee versies ontwikkeld, een voor de kortdurende ambulante ggz en verslavingszorg, en een voor de klinische ggz en verslavingszorg. De vragenlijsten bestaan uit de volgende schalen waarin voor ambulant ingegaan wordt op bejegening, samen beslissen, uitvoering behandeling en een aantal losse ervaringsvragen, en de klinische versie voegt daar gevoel van veiligheid en woon- en leefomgeving aan toe. De vragen worden op een 5-puntsschaal beantwoord. De terugvraagperiode is de periode van behandeling en de patiënt zelf vult de vragenlijst in.

9.3 Procesindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren vast te stellen die specifiek gelden voor mensen met problematisch alcoholgebruik of alcoholverslaving. Indien er in de toekomst nieuwe procesindicatoren worden ontwikkeld voor generieke modules en andere zorgstandaarden wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

9.4 Structuurindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaarden heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om structuurindicatoren vast te stellen die specifiek gelden voor mensen met problematisch alcoholgebruik of een alcoholverslaving. Indien er in de toekomst nieuwe structuurindicatoren worden ontwikkeld voor generieke modules en andere zorgstandaarden wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

10. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 02-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

10.1 Referenties

- Aar, F van, Koedijk, F.D.H., 2014. Wat zijn soa en welke factoren beïnvloeden de kans op soa? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven.
- APA, 2013. DSM-5. American Psychiatric Publishing, Washington D.C. / London, England.
- A-Tjak, J.G.L., Davis, M.L., Morina, N., Powers, M.B., Smits, J.A.J., Emmelkamp, P.M.G., 2015. Psychother. Psychosom. 84, 30–36.
- Bakker, P., Jansen, P., 2013. Generalistische Basis-GGZ. Verwijzmodel en productbeschrijvingen. Enschede: Bureau HHM.
- Blankers, M., Donker, T., Riper, H., 2013. De Psycholoog.
- Blankers, M., Weijde, W. Ter, van Laar, M., 2015. Rookbeleid in de GGZ. Utrecht.
- Bovens, R., Weingart, S., Heuving, M., Wisselink, J., Mol, T., 2014. Alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland. Houten.
- Bovens, R.H.L., van Etten, D., Weingart, S.W.S., 2013. Ouderen en Verslaving. Amersfoort.
- Bovens, R.H.L.M., Van Etten, D.M., Weingart, S.W.S.M., 2013. Advies ouderen en Verslaving. Stichting Resultaten Scoren, Amersfoort.
- Van den Brink, W., 2012. Curr. Drug Abuse Rev. 5, 3–31.
- Van den Brink, W., 2013. Tijdschr. Psychiatr.
- Van den Brink, W., Van de Glind, G., Schippers, G., 2013. Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving. Utrecht.
- Van den Brink, W., Schippers, G.M., 2012. Tijdschr. Psychiatr. 54, 941–948.
- Brun, C., Rapp, R.C., 2001. Soc. Work 46, 278–288.
- CBS StatLine, 2016. Leefstijl en (preventief) gezondheidsonderzoek; persoonskenmerken. Den Haag/Heerlen.
- Clark, D.B., Thatcher, D.L., Tapert, S.F., 2008. Alcohol. Clin. Exp. Res. 32, 375–385.
- Cornel, M., 1994. Detection of Problem drinkers in General Practice. Stichting Verantwoord Alcoholgebruik (STIVA).
- Couwenbergh, C., van Weeghel, J., 2014. Over de Brug, Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), 2008. Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden. Utrecht.
- Dijkstra, B., van Oort, M., de Jong, C., 2016. Richtlijn Detoxificatie- Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie van psychoactieve stoffen. Amersfoort.
- Dijkstra, M., Bransen, E., 2010. Middelengebruik bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Utrecht.
- Drake, R.E., O'Neal, E.L., Wallach, M.A., 2008. J. Subst. Abuse Treat. 34, 123–138.
- Durazzo, T.C., Pennington, D.L., Schmidt, T.P., Meyerhoff, D.J., 2014. Alcohol. Clin. Exp. Res. 38, 2816–2825.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle,

C.L., Swets, M.,

- Schoevers, R.A., 2012. *Drug Alcohol Depend.* 122, 11–19.
- van Essen, J., van der Horst, K., Wieske, E., Ruyten, M., de Jong, C., 2011. *Richtlijn Alcoholgebruiksruimten.*
- Eulerink, F., Heeren, T.J., Knook, D.L., 2008. *Inleiding gerontologie en geriatrie. Vierde herziene druk.* Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- European monitoring centre for drugs and drug addiction, 2015. *PERSPECTIVES ON DRUGS The role of psychosocial interventions in drug treatment.*
- Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen, 2015. *Kwaliteitsstandaard Levensvragen.* Utrecht.
- Familieraden, S.L.K. (SLKF), 2012. *Visiedocument familie-ervaringsdeskundige [WWW Document].* URL <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/kamer-familieraden/b-5-visiedocument-familie-ervaringsdeskundige.pdf>
- Fas Stichting, 2016. *Informatie over het Foetaal Alcohol Syndroom en Foetaal Alcohol Spectrum Disorder.*
- Ferdinand, R.F., van der Ende, J., 2002. *Nederlandse vertaling van de disc-iv; Diagnostic Interview Schedule for Children.* Rotterdam.
- Fitzpatrick-Lewis, D., Ganann, R., Krishnaratne, S., Ciliska, D., Kouyoumdjian, F., Hwang, S.W., 2011. *BMC Public Health* 11, 638.
- Franx, G., Van Splunteren, G., 2014. *Zorgpad Problematisch Alcoholgebruik. Herziene versie november 2014.* Utrecht.
- Geus, R., Kiewik, M., VanderNagel, J., Sieben, G., 2009. *Verstandelijk gehandicapten en verslavingsproblematiek, in: Verslaving.*
- Gezondheidsraad, 2015. *Richtlijnen goede voeding 2015.* Den Haag.
- GGZ Nederland, 2013. *Een visie op verslaving en verslavingszorg : focus op preventie en herstel.* Amersfoort.
- van de Glind, G., Konstenius, M., Koeter, M.W.J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Carpentier, P.J., Kaye, S.,
- Degenhardt, L., Skutle, A., Franck, J., Bu, E.T., Moggi, F., Dom, G., Verspreet, S., Demetrovics, Z., Kapitány-Fövény, M., Fatséas, M., Auriacombe, M., Schillinger, A., Møller, M., Johnson, B., Faraone, S. V., Ramos-Quiroga, J.A., Casas, M., Allsop, S., Carruthers, S., Schoevers, R.A., Wallhed, S., Barta, C., Alleman, P., Levin, F.R., van den Brink, W., Løvaas, E.K., Lossius, K., van Wamel, A., Bosma, G., Hay, D., Malivert, M., Debrabant, R., Dahl, T., Stevens, L., Roncero, C., Daigre, C., van der Gaag, R.J., Cassar, J., Young, J., 2014. *Drug Alcohol Depend.* 134, 158–166.
- Goossens, F.X., Frijns, T., Van Hasselt, N., Van Laar, M.W., 2013. *Het grote uitgaansonderzoek 2013. Uitgaanspatronen, middelengebruik en risicogedrag onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen.* 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 Haan, G., Oude Bos, J., 2011. *Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend.* Dalfsen/Groningen.
- Hallers-Haalboom, E.T., Kunst, L.E., Bekker, M.H.J., 2016. *Sekse en gender in Alcohol- en opiaatverslaving.* Tilburg.
- 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, MStringer, B., Verlinde, A., van de Glind, G., 2012. *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (1.0)*. Utrecht.

- Hendriks, V., Spijkerman, R., Van Oort, M., Van de Glind, G., Müller, M., Van der Schree, E., Carpentier, P., Van der Nagel, J., De Jong, C., 2014. *Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten. Screening, diagnostiek en behandeling in de jeugd-GGZ en jeugdverslavingszorg*. Utrecht: Perspectief Uitgevers.
- Hoekstra, R., van Hoorn, E., de Wit, L., Zuijderhoudt, R., 2015. *De zaak Bart van U.: het rapport van de onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen Openbaar Ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U*.
- Huber, M., 2014. *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*.
- Jacobus, J., Tapert, S.F., 2013. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 9, 703–21.
- Jenner, J., 2008. *Maandbl. Geestelijke Volksgezond.* 63, 207–216.
- Joosten, E., Jaspers, J., Dijkstra, B., de Jong, C., 2015. *Ned. Tijdschr. voor Evid. based Pract.*
- Kaal, H., van Ooyen-Houben, M.M., Ganpat, S., Wits, E., 2009. *Een complex probleem. Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*. Den Haag.
- de Kleijn, M., Lagro-Janssen, T., 2014. *Huisarts Wet.* 57.
- Koeter, M., Campen, M., Langeland, W., 2009. *Interventiematrix Justitiële verslavingszorg*. Amersfoort.
- Koeter, M.W.J., van Maastricht, A.S., 2006. *Verslaving De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*. Den Haag.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., Sraceno, B., 2004. *Bull. World Health Organ.* 82, 858–866.
- Koppes, L., Kemper, H., Post, G., Snel, J., Twisk, J., 2000. *Eur. Addict. Res.* 6, 183–188.
- Kuerbis, A., Armeli, S., Muench, F., Morgenstern, J., 2013. *Psychol. Addict. Behav.* 27, 934–943.
- Van Laar, M.W., Van Ooyen-Houben, M.M.J., 2013. *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2012*. Utrecht/Den Haag.
- Van Laar, M.W., Van Ooyen-Houben, M.M.J., 2015. *Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2015*. Trimbos-instituut, Utrecht.
- Van Laar, M.W., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Cruts, A.A.N., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M., Van der Pol, P.M., 2014. *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2013/2014*. Utrecht / Den Haag.
- Lagro-Janssen, T., Verdonk, P., 2007. *Seksespecifieke huisartsgeneeskunde. Practicum huisartsgeneeskunde, een serie voor opleiding en nascholing*. Elsevier, Maarssen.
- Landelijk platform GGZ, 2015. *Basisset Kwaliteitscriteria GGZ*.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008. *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009. *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*. Utrecht.
- Lans, M., Raaijmakers, L., Wits, E., 2015. *Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg*. Utrecht/ Rotterdam.
- Latta, J., Welten, D., 2013. *Standpunt Minnesota Model*. Diemen.

- Van der Lely, N., Schreurs, C., Van Hoof, J.J., Van Dalen, W.E., 2016. *Factsheet Alcoholopnames en alcoholintoxicaties van minderjarigen van 2007 tot en met 2015*. Delft, Enschede, Utrecht.
- Loket Gezond Leven, 2016. *Alcohol en werk*
- Loth, C., Wits, E., de Jong, C., van de Mheen, D., 2012. *Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling*. Amersfoort.
- Luigjes, J., Breteler, M.H.M., Vanneste, S., Ridder, D. de, 2013. *Tijdschr. Psychiatr.* 55, 841–852.
- Luijkx, H., 2012. *Opleidingsplan Verslavingsgeneeskunde*.
- Luoma, J.B., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Fletcher, L., 2012. *J. Consult. Clin. Psychol.* 80, 43–53.
- Mares, A.S., Greenberg, G.A., Rosenheck, R.A., 2008. *Community Ment. Health J.* 44, 367–376.
- McGillicuddy, N.B., 2006. *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.* 12, 41–47.
- McKay, J.R., Van Horn, D.H.A., Oslin, D.W., Lynch, K.G., Ivey, M., Ward, K., Drapkin, M.L., Becher, J.R., Coviello, D.M., 2010. *J. Consult. Clin. Psychol.* 78, 912–923.
- Meerkerk, G., Rodenburg, G., van de Mheen, D., 2015. *Vroegherkenning van alcoholproblematiek bij ouderen in de thuiszorg*. Rotterdam.
- Miller, W.R., Rollnick, S., 2014. *Motiverende Gespreksvoering. Mensen helpen veranderen*. Ekklesia, Ouderkerk a/d IJssel.
- Model kwaliteitsstatuut GGZ.
- Model zorgstandaard 2.1, 2016. Utrecht.
- Moy, I., Crome, P., Crome, I., Fisher, M., 2011. *Eur. Geriatr. Med.* 2, 212–236.
- Van der Nagel, J. van der, Dijk, M., Kemna, L., Barendregt, C., Wits, E. (2017). *(H)erkend en juist behandeld. Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg*. Utrecht: Perspectief Uitgevers.
- Van der Nagel, J., Van Dijk, M., Kemna, L., Barendregt, C., Wits, E., 2016. *(H)erkend en juist behandeld, Handreiking voor een LVB vriendelijke intake in de verslavingszorg*. Amersfoort.
- Van der Nagel, J., Kiewik, M., Didden, R., 2013. *Iedereen gebruikt toch?- Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Boom, Amsterdam.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2011. *Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*. Manchester.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2012. *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016. *Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-GGz en gespecialiseerde GGz*. Utrecht.
- NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening), 2014., Huisarts & Wetenschap.
- NIDA, 2012. *Principles of drugsaddiction treatment. A research-based guide.*, 3rd ed. National Institute on Drug Abuse.
- Noteborn, M., Sanderson, R., Zwanikken, H., Deckers, K., Van Alphen, S., 2013. *Huisarts Wet.* 56, 214–218.
- Oliemeulen, L., Vuijk, P., Rovers, B., van den Eijnden, R., 2007. *Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen*. Rotterdam.
- Van Oort, M., Hendriks, V., de Jong, C., Spijkerman, R., Van der Schee, E., Van der Nagel, J.,

2014. Handleiding ADHD en middelengebruik bij adolescenten. Amersfoort.

- Polman, P., Visser, E., Beurs, P., Salzmann, W., van Amersfoort, L., Streuper, C., 2014. Verslavingszorg in beeld-alcohol en drugs. Diemen.
- 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.
- Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, 2015a. Loket Gezond Leven
- Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, 2015b. Loket Gezond Leven- Interventies
- Risselada, A., Schoenmakers, T., Rodenburg, G., Naaborgh, L., 2014. Protocol voor signalering, screening en kortdurende interventie van risicovol alcoholgebruik bij jongeren. Versie 2, 2014. (Report). Partnership Vroegsignalering Alcohol/IVO, Rotterdam.
- Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists, 2013. Smoking and mental health. London.
- Van der Sande, Y., Neijmeijer, L., 2011. Modelbeschrijving (F)ACT Verslavingspsychiatrie. Utrecht.
- Schippers, G.M., Broekman, T., 2014. MATE-Y-Uitkomsten: Samenstelling en evaluatie van de bruikbaarheid. Amsterdam/Nijmegen.
- Schippers, G.M., Smeerdijk, M., Merckx, M., 2014. Handboek Cognitieve Gedragstherapie bij Middelengebruik en Gokken. Perspectief Uitgevers, Utrecht.
- Schuckit, M.A., 2009. J. Subst. Abuse Treat. 36, S5-14.
- Services Administration Substance Abuse and Mental Health, 2011. SAHMSA's working definition of recovery: 10 guiding principles of recovery. Rockville.
- Shaw, B.A., Agahi, N., Krause, N., 2011. J. Stud. Alcohol Drugs 72, 917–925.
- Skinner, M.D., Lahmek, P., Pham, H., Aubin, H.-J., 2014. PLoS One 9, e87366.
- Slade, 2009. Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge University Press, Cambridge.
- Smit, F., Lokkerbol, J., Riper, H., Majo, M.C., Boon, B., Blankers, M., 2011. J. Med. Internet Res. 13, e56.
- Snoek, A., Wits, E., Meulders, W., 2012. Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen. Amersfoort.
- Snoek, A., Wits, E., van der Stel, J., van de Mheen, D., 2010. Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix. Amersfoort.
- Spijkerman, R., Müller, M., Glopper, A. de, Rosenberg, E., Willems, W., Hendriks, V., 2015. Programma Verslaving & Ouderschap (PVO).
- Squeglia, L.M., Spadoni, A.D., Infante, M.A., Myers, M.G., Tapert, S.F., 2010. Psychol. Addict. Behav. 24, 118.
- Van der Stel, J., 2012. Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Boom Lemma uitgevers, Amsterdam.
- Van der Stel, J., 2015. Nurse Acad. GGZ 1, 18–23.
- van der Stel, J., Buisman, W., 2013. Van kwetsbaar naar weerbaar: preventie en zorg voor kwetsbare jongeren en middelengebruik. Amersfoort.
- Van der Stel, J.C., Buisman, W.R., 2013. Van kwetsbaar naar weerbaar: Eindrapport project preventie en zorg voor kwetsbare groepen en middelengebruik.
- 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. Bilhoven.
- Tuithof, M., ten Have, M., van den Brink, W., Vollebergh, W., de Graaf, R., 2016. Eur. Addict.

Res. 22, 277–285.

- Walitzer, K.S., Dearing, R.L., Barrick, C., Shyhalla, K., 2015. *Subst. Use Misuse* 50, 166–173.
- van Wamel, A., Neven, A., 2015. *Geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose (IDDT)*. Utrecht.
- White, A., Castle, I.-J.P., Chen, C.M., Shirley, M., Roach, D., Hingson, R., 2015. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 39, 1712–26.
- Wits, E., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Meije, D., Van Wijngaarden, B., Van de Glind, G., 2016. *Richtlijn middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming*. Utrecht.
- 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.
- Zijlstra-Vlasveld, M., van der Poel, A., 2016. *Alcoholgebruiksruimten in Nederland. Organisatie en inrichting 2015*. Utrecht.

10.2 Samenstelling werkgroep

Projectgroep

Onderzoeksinstituut IVO	Dr. Barbara van Straaten (onderzoeker), Ir. Elske Wits (projectleider)
Resultaten Scoren, Kenniscentrum verslaving Het Zwarte Gat	Dr. Geurt van de Glind, Drs. Rianne Kasander Marcel Mooij, Marcel van Natter, Jo Swinkels, Johan Zuiderwijk
Concept patiëntenversie en redactie zorgstandaard: Annet Heijerman	
Voorzitter werkgroep: prof. dr. Henk Garretsen, hoogleraar gezondheidsbeleid van Tranzo, Universiteit van Tilburg	

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze zorgstandaard nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen en NVKG hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

Werkgroep

Onafhankelijke voorzitter

hoogleraar gezondheidsbeleid van Tranzo, Universiteit van Tilburg prof. dr. H. Garretsen

Leden

CZ (namens Zorgverzekeraars Nederland)	dhr. S. Verduijn
Delta Psychiatrisch Centrum, onderdeel van Antes groep; voorheen lid van werkgroep MDR Alcohol	mw. E. Noorlander
Het Zwarte Gat	dhr. R. Vos
Herstelgroep Nederland	dhr. J. Oudebos
Het Zwarte Gat	dhr. C. Keuch
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	dhr. M. Sijbom
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	dhr. P. Greeven
Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)	mw. E. Rutten, mw. L. Hakvoort
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP)	mw. E. de Ruijter
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP), afdeling Verslavingspsychiatrie	dhr. P. Höppener
Netwerk Verslavingszorg	dhr. J. de Gruijter
Partnership vroegsignalering alcohol	dhr. R. Bovens
Phrenos	mw. C. Couwenbergh
Stuurgroep Resultaten Scoren	mw. W. de Wildt
Trimbos-instituut, Re-integratie	mw. S. van Rooijen
Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn)	dhr. R. Eschweiler/ dhr. P. Vossenbergh
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	dhr. D. van Etten

De volgende partijen zijn uitgenodigd om plaats te nemen in de werkgroep, maar hebben afgezien van deelname:

- *Impuls Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, RadboudUMC*
- *Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)*
- *Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)*
- *Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)*

Adviesgroep

Leden adviesgroep

AIAR	dhr. W. van den Brink
De Hoop GGZ	dhr. W. Scholte, dhr. J. Teerds
LWP	Naam referent niet bekend
Moedige moeders Volendam	mw. Tiny Tol, mw. Hedy van Leeuwen
Nederlandse Vereniging van Verzekeringsgeneeskunde	dhr. M.B.F.A. Strik
<i>Persoonlijke titel</i>	dhr. R. Didden
<i>Persoonlijke titel</i>	dhr. J.W. Wijnia
Platform Eerste Geneeskundigen Verslavingszorg	mw. I. Willems
Praktijktoets Brijder	diverse personen
Praktijktoets VNN	diverse personen
Praktijktoets Tactus	diverse personen
Stichting TopGGZ	algemene brief met aanbevelingen
Stichting Zelfhulpnetwerk ZuidOost Brabant	diverse personen
Nederlandse Vereniging van Verzekeringsgeneeskunde	dhr. M.B.F.A. Strik
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland	dhr. J. Noordover
Werkgroep generieke module Ouderen met psychische aandoeningen	dhr. T. Dhondt

10.3 Verdieping

10.3.1 Herstel

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 [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 [Herstelondersteunende zorg bij verslaving](#) en verder [Participatie](#), [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 relativisering 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’.

Bron: Van der Stel, 2015

Zie [herstel](#) 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.

10.3.2 Richtlijnen

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

Bron: NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening), 2014.

10.3.3 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.

Bron: 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 voor meer informatie Brijder.nl.

10.3.4 Psychische problematiek

Mensen met alcoholproblemen hebben vaker dan de algemene bevolking last van (andere) psychische aandoeningen. Vooral angststoornissen, depressie,

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.

persoonlijkheidsstoornissen, vooral de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Bron: Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008.

en ADHD komen vaker voor

Bron: Van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012.

. 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.

Bron: Snoek, Wits & Meulders, 2012.

Het is van belang dat behandeling en begeleiding bij een alcoholverslaving en eventuele andere psychische problemen geïntegreerd worden aangeboden (zie [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.

Bron: 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

Bron: 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 Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines.*
- *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.*

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.

Bron: Lagro-Janssen & Verdonk, 2007.

Bij vrouwen is er vaker sprake van een internaliserende houding (zich aanpassen aan de omgeving en gevoelens willen onderdrukken).

10.3.5 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) 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. 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.

10.3.6 Ouders met alcoholproblemen

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.*
- 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.*

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 loketgezondleven.nl.

10.3.7 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.

- 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.

- **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 relativisering 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'.

Bron: Van der Stel, 2015.

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

10.3.8 Vroege onderkenning op school en in de vrije tijd

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.

Bron: Zie verder Risselada et al., 2014.

10.3.9 Vroege onderkenning in huisartsenpraktijken en algemene gezondheidszorg

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 (interesseverlies, 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.*

10.3.10 Vroege onderkenning in de jeugdhulp en jeugdbescherming

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

Bron: 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.*

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

- **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 maagdstelsel, 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 .

10.3.12 Europ-ASI

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

Bron: 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: [MATE info](#).

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 [MATE info](#).

10.3.13 Functies van ROM

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 Stichting Benchmark GGZ. Zie hier voor actuele informatie en wijzigingen.

10.3.14 Gedeelde besluitvorming

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.

Bron: Joosten, Jaspers, Dijkstra, & de Jong, 2015.

10.3.15 Zelfhulp(groepen)

Voorbeelden van zelfhulp(groepen) zijn:

5. *Stichting Naast (Landelijk steun- en informatiepunt voor naasten van mensen met een verslaving);*
6. *Moedige Moeders;*
7. *LSOVD (Landelijke Stichting voor Ouders en Verwanten van Druggebruikers);*
8. *Al-Anon;*
9. *Stichting Zelfhulp Netwerk Zuidoost-Brabant.*

10.3.16 Zingeving en spiritualiteit

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., Demotrovcics, 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.

Piderman KM, Schneekloth TD, Pankratz VS, Maloney SD, Altchuler SI. 2007. *Spirituality in*

alcoholics during treatment. The American Journal on Addictions 16:232–237.

Piderman 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.

10.3.17 Situaties

Deze situaties zijn:

- 10. ernstige (niet medicamenteus te onderdrukken) ontwenningsverschijnselen, delier en/of onttrekkingsinsulten in het verleden of te verwachten ernstige ontwenningsverschijnselen, gelet op de hoeveelheden alcohol die de patiënt gebruikt;*
- 11. een insult of delier in de voorgeschiedenis;*
- 12. patiënten met een ernstige vorm van afhankelijkheid: 30 EH per dag of een score van >30 op de SADQ;*
- 13. verslaving aan meerdere psychoactieve middelen waaronder benzodiazepines;*
- 14. ernstige of instabiele bijkomende psychische aandoeningen zoals psychosen, stoornissen in de impulscontrole, ernstige actuele suïcidale gedragingen of poging tot suïcide in het verleden;*
- 15. ernstige somatische comorbiditeit, hoge leeftijd, verzwaktheid of slechte lichamelijke conditie;*
- 16. sociale desintegratie: onvoldoende mogelijkheid om afspraken te maken, onvoldoende zelfzorg of toezicht, ontbreken van een sociaal netwerk, dakloosheid;*
- 17. een leerstoornis of cognitieve beperking;*
- 18. epilepsie;*
- 19. chronische pijn;*
- 20. zwangerschap.*

[NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik](#) (derde herziening), 2014

Bron: Dijkstra et al., 2016.

10.3.18 Patiënten met problematisch alcoholgebruik en een achterliggende dan wel comorbide angststoornis of depressie

Bij patiënten met problematisch alcoholgebruik en een achterliggende dan wel comorbide angststoornis of depressie is in eerste instantie de aanpak van het alcoholgebruik aangewezen.

Bron: 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:

21. *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).*
22. *Middelenafhankelijkheid en depressie; diagnostiek en cognitief gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenafhankelijkheid en depressieve stoornissen. (2009).*
23. *Dubbele Diagnose, Dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. (2003).*
24. *Müller, M. & van Oort, M. (2014). Werkboek ADHD en middelengebruik bij adolescenten (2014)*
25. *Handleiding ADHD en middelengebruik bij adolescenten (2014).*

10.3.19 Verslaafde justitiabelen

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.

Bron: 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.

Bron: 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](#)

Bron: 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)

Bron: Koeter et al., 2009.

.

10.3.20 Psycho-educatie

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.

10.3.21 eHealth en sociale media

De website [Huisarts EMH](#) biedt een overzicht van e-mental health mogelijkheden per veel voorkomende aandoening, waaronder problematisch alcoholgebruik. Voorbeelden zijn:

- 26. 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 alcoholdebaas.nl (Tactus), alcoholondercontrole.nl (Brijder), alcoholenik.nl (Antes) en zelfhulpalcohol.nl (Jellinek).*
- 27. 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.*
- 28. 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.*
- 29. De alcoholinfolijn is zowel te bellen op kantooruren als per mail benaderbaar. In de praktijk vervult de infolijn een aantal functies:*
- 30. De lijn is een vraagbaak voor algemene informatie.*
- 31. Vaak zit er een hulpvraag voor betrokkene of de omgeving achter een informatievraag; dan vindt telefonische counseling plaats.*
- 32. Voor mensen die op een wachtlijst staan voor een voorziening kan de infolijn een manier zijn om de wachttijd te overbruggen.*
- 33. De lijn wordt soms ingezet in combinatie met landelijke campagnes.*

34. Vanuit de lijn wordt doorverwezen naar vervolghulp (uitgebreide sociale kaart beschikbaar) en/of zelfhulp.

10.3.22 Geïndiceerde preventie jongeren

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

Bron: Wits et al., 2016.

Op [watdrinkij.nl](#) en [drugsinfoteam.nl](#) en 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 [watdrinkij.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.

Bron: 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.

10.3.23 Geïndiceerde preventie ouderen

Juist omdat het aandeel ouderen met een alcoholprobleem in de verslavingszorg toeneemt (zie [Hoe vaak komen alcoholproblemen voor?](#)) is de inzet van preventie bij deze groep belangrijk. Preventieve interventies voor deze doelgroep zijn echter nog onvoldoende verkend.

Bron: Bovens et al., 2013.

Zie voor meer informatie over ouderen en verslaving het adviesrapport [Ouderen en verslaving](#)

Bron: 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).

Bron: 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.

10.3.24 Motiverende gespreksvoering (MGV)

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 ontlokken 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.

10.3.25 Langdurige zorg en 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.

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.

10.3.26 Geïntegreerde behandelprogramma's

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.

Bron: 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.

Bron: 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.

10.3.27 Naltrexon

Naltrexon vermindert de belonende effecten van alcohol en vermindert waarschijnlijk ook de trek in alcohol.

Bron: van den Brink, 2012.

Naltrexon is een veilig en effectief middel bij de behandeling van een alcoholverslaving. Naltrexon kan ook worden ingezet wanneer het behandeldoel 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 vooralsnog te weinig bekend over de effectiviteit ervan.

Bron: 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.

10.3.28 Disulfiram

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.

Bron: 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: bron: practice-based.

Recente literatuur

Bron: 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).

10.3.29 Knelpunten gedwongen opname bij verslaving

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 mogelijkheden binnen de wet verplichte zorg (Wvggz), 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:*
- 4. 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.*
- 5. Patiënten kunnen een RM, al dan niet op eigen verzoek, misbruiken vanwege problemen met geld of dakloosheid.*

10.3.30 Uitgangspunten ggz

Projectgroep plan van aanpak EPA.

Bron: Couwenberg & van Weeghel, 2014.

Uitgangspunt voor de ggz is passende, herstelondersteunende zorg. Andere uitgangspunten voor de organisatie van herstelondersteunende zorg zijn:

- 35. Behandeling, begeleiding en ondersteuning worden zoveel mogelijk in de gewone samenleving en in de eigen omgeving van de patiënt aangeboden.*
- 36. Alle behandel-, begeleidings- en ondersteuningsfuncties zijn goed bereikbaar (flexibel open en af te schalen) en toegankelijk voor patiënten (en naastbetrokkenen), ongeacht achterliggende bekostigingsstructuren.*
- 37. Er is sprake van nauwe samenwerking tussen netwerkpartners (inclusief, en op gelijkwaardig niveau, met mensen met alcoholproblematiek en hun naaste omgeving).*
- 38. De zorgaanbieder betreft patiënten(organisaties) bij het inrichten en verbeteren van de zorg (MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, basisset kwaliteitscriteria.*
- 39. Binnen een integrale herstelbenadering dient ook het zelfmanagement en het herstelvermogen van de patiënt zelf fors gestimuleerd te worden en maken nazorg, rehabilitatie en re-integratie onderdeel uit van de zorg.*
- 40. Ook naasten worden gezien: niet alleen als mede-ondersteuner of zelfs co-begeleider, maar ook als mens met een mogelijk ondersteuningsbehoefte (zie ook de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek). Ook is er aandacht voor mogelijk betrokken kinderen (KOPP/KVO) .*
- 41. 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.*

10.3.31 Situaties waarin klinische detoxificatie moet worden overwogen

42. *ernstige (niet medicamenteus te onderdrukken) ontwenningsverschijnselen, delier en/of onttrekkingsinsulten in het verleden of te verwachten ernstige ontwenningsverschijnselen, gelet op de hoeveelheden alcohol die de patiënt gebruikt;*
43. *een insult of delier in de voorgeschiedenis;*
44. *patiënten met een ernstige vorm van afhankelijkheid: 30 EH per dag of een score van >30 op de SADQ;*
45. *verslaving aan meerdere psychoactieve middelen waaronder benzodiazepines;*
46. *ernstige of instabiele bijkomende psychische aandoeningen zoals psychosen, stoornissen in de impulscontrole, ernstige actuele suïcidale gedragingen of poging tot suïcide in het verleden;*
47. *ernstige somatische comorbiditeit, hoge leeftijd, verzwaktheid of slechte lichamelijke conditie;*
48. *sociale desintegratie: onvoldoende mogelijkheid om afspraken te maken, onvoldoende zelfzorg of toezicht, ontbreken van een sociaal netwerk, dakloosheid;*
49. *een leerstoornis of cognitieve beperking;*
50. *epilepsie;*
51. *chronische pijn;*
52. *zwangerschap.*

10.3.32 Profielen in de GB GGZ

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 bevestigd).

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 zorgzwaarte 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, 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). 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.

10.3.33 Motivatie voor intensievere behandeling

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.

Bron: 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](#).

10.3.34 Verwijzing naar algemeen ziekenhuis

Verwijzing naar het ziekenhuis is nodig:

- 53. 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.*
- 54. Bij een aangetoonde intoxicatie (vergiftiging, vast te stellen op basis van bloedwaardes) van methanol of ethyleenglycol.*
- 55. 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.*

10.3.35 Toegankelijkheidseisen ggz

In de ggz:

- 56. zijn voor de wachttijden de Treeknormen van toepassing, tenzij er afwijkende normen voor wachten/of toegangstijden zijn vastgelegd;*
- 57. is de zorglocatie of praktijk goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer;*
- 58. 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;*

59. *is de wachttijd in de wachtkamer van de zorgverlener acceptabel;*
60. *stemt de zorgverlener dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt;*
61. *werkt de zorgverlener zo mogelijk samen met naasten en ondersteunt hen daar waar noodzakelijk;*
62. *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;*
63. *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;*
64. *worden wachtlijsten voorkomen.*

10.3.36 Patiëntondersteuner

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.

10.3.37 Overige samenwerkingspartners

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

65. *MEE*
66. *Ouderenzorg (niet-medische zorg)*
67. *Zelfhulpgroepen*
68. *Patiënten- en consumentenorganisaties*
69. *Culturele of religieuze organisaties, vrijwilligersorganisaties*
70. *Politie en justitie*
71. *Jeugdhulp (anders dan Jeugd ggz)*
72. *Veilig Thuis (voorheen Advies en Meldpunt Kindermishandeling/Meldpunt Huiselijk Geweld)*

10.3.38 Effectiviteit F-ACT

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

Bron: 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 vertekenende 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 [Trimbos: 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.

10.3.39 Team

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](#). Onderzoek in Nederland is nodig om de meerwaarde en effectiviteit van deze werkwijze aan te tonen.

10.3.40 Overgang 18- naar 18+

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).

10.3.41 Overige eisen zorgaanbieder

Zorgaanbieders zorgen er bovendien voor dat:

73. er gewerkt wordt op basis van principes van matched care;
74. de effectiviteit van de behandeling regelmatig wordt gemeten. De frequentie hiervan is stoornis- en patiëntafhankelijk en wordt (op termijn) beschreven in de zorgstandaarden;
75. 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;
76. 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;
77. zorgaanbieders in de curatieve ggz ROM-gegevens aanleveren voor de landelijke benchmark ggz conform vigerende bestuurlijke afspraken.

10.3.42 Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ

Het [Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ](#) 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:

78. 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;
79. dient als kader voor werkafspraken binnen de instelling of het professioneel netwerk;
80. 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.

10.3.43 Economische evaluatie

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.

Bron: Suijkerbuijk, Van Gils & De Wit, 2014.

10.3.44 Richtlijnen

NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik: [NHG](#)

Richtlijn Detoxificatie: [Resultaten scoren](#)

10.3.45 Zingeving

Kwaliteitsstandaard Levensvragen: [Zorg voor beter](#)

Kennisoverzicht over zingeving in het sociale domein: [Movisie](#)