

17 Afhankelijkheid van alcohol

D.G. Kooij, J.B.F. Hutten

- Ongeveer 8% van de volwassenen tot 65 jaar voldoet aan de diagnostische criteria voor alcoholafhankelijkheid of –misbruik.
- Er is een breed hulpverlenersaanbod aanwezig van de eerstelijnszorg (huisarts, thuiszorg), GGZ, het ziekenhuis, de gespecialiseerde verslavingszorg tot zelfhulpgroepen.
- Over het feitelijk zorggebruik van mensen met een afhankelijkheid van alcohol is weinig informatie.
- Uit ervaringen van zorgaanbieders blijken verschillende knelpunten naar voren te komen, zoals het feit dat er geen landelijk transmuraal protocol over de opvang en de behandeling van patiënten met een alcoholverslaving of -afhankelijkheid bestaat, dat de herkenning van de patiënten door de huisarts en de artsen in het ziekenhuis slecht is en dat de informatieoverdracht met betrekking tot een patiënt die een klinische behandeling heeft gehad slecht is.
- Er zijn twee landelijke afstemmingsafspraken gevonden.
- Er zijn 6 regionale afstemmingsafspraken gevonden in het literatuuronderzoek en 13 in de enquête.
- Afstemmingsafspraken op regionaal niveau worden vooral gemaakt tussen GGZ-instellingen en de gespecialiseerde verslavingszorg.

17.1 Inleiding

Van afhankelijkheid van alcohol (DSM-IV code 303.90) of een verslaving aan alcohol (ICD 9 code 303) is sprake als iemand de controle over het gebruik van het middel heeft verloren of wanneer er tolerantie of onthoudingsverschijnselen optreden.

Controleverlies betekent dat de verslaafde (veel) meer gebruikt dan deze zich had voorgenomen, dat het niet lukt om te stoppen of te minderen en dat het hele denken en doen in grote mate bepaald wordt door alcohol. Tolerantie houdt in dat de verslaafde een steeds grotere dosis alcohol nodig heeft om hetzelfde effect te bereiken of dat dezelfde dosis steeds minder effect heeft. Onthoudingsverschijnselen (zoals misselijkheid, transpireren, prikkelbaarheid, angst, slapeloosheid en trillen) ontstaan als wordt gestopt met het gebruik van alcohol (1).

Bij het ontstaan van alcoholverslaving speelt een combinatie van biologische, psychologische en sociaal-culturele factoren een rol. Het gaat daarbij onder meer om erfelijkheid en aanleg, persoonlijkheid, conditionering, de verwachting over en waardering van de effecten van alcohol, stress en 'early life events', gezinsproblemen en sociaal-economische achterstand (1, 2).

Bij langdurige afhankelijkheid van alcohol, is de kans groot dat er een 'full-blown' alcoholverslaving ontstaat. Dit is een chronisch ziektebeeld dat gepaard gaat met ernstige lichamelijke en psychische klachten, maar ook met beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren (1). Overmatig alcoholgebruik kan uitmonden in (ernstige) stoornissen zoals depressies, angststoornissen, psychosen en neurologische stoornissen (zoals het syndroom van Korsakov). Andere mogelijke gevolgen van excessief alcoholgebruik zijn levercirrose, hart-, alvleesklier- en maagziekten, verhoogde bloeddruk, overgewicht, slokdarmkanker, dikke darm- en endeldarmkanker, borstkanker, beroerte, aangeboren afwijkingen (foetaal alcoholyndroom) en zwangerschapcomplicaties (1,3,4).

Voor het screenen op alcoholproblematiek zijn diverse vragenlijsten beschikbaar, zoals CAGE (Cutdown, Annoyed, Guilty, Eye-opener), de MALT (Müncher Alcoholismus Test) en de Drug Abuse Screening Test. Bij een positieve uitkomst worden deze meestal gevolgd door een uitgebreid diagnostisch interview om te bepalen of iemand voldoet aan de (DSM of ICD) criteria van misbruik of

afhankelijkheid van alcohol. Aanvullende laboratoriumtests, zoals de CDT (Carbohydraat Deficiënt Transferring) en de Gamma-GT, vormen een aanwijzing of bevestiging voor het gebruik van verslavende middelen en de gevolgen daarvan. De betrouwbaarheid van deze tests is echter beperkt (1,9).

Op basis van een landelijk populatieonderzoek, met behulp van psychiatrische interviews, is vastgesteld dat in 1996 8,2% van de Nederlandse bevolking tussen 18 en 64 jaar voldeed aan de diagnostische criteria voor alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik (1,6). Het aantal mannen is ongeveer 4,5 keer zo groot als het aantal vrouwen (1,5,6). Verder komt alcoholverslaving vaker voor in stedelijke gebieden dan in rurale gebieden (6).

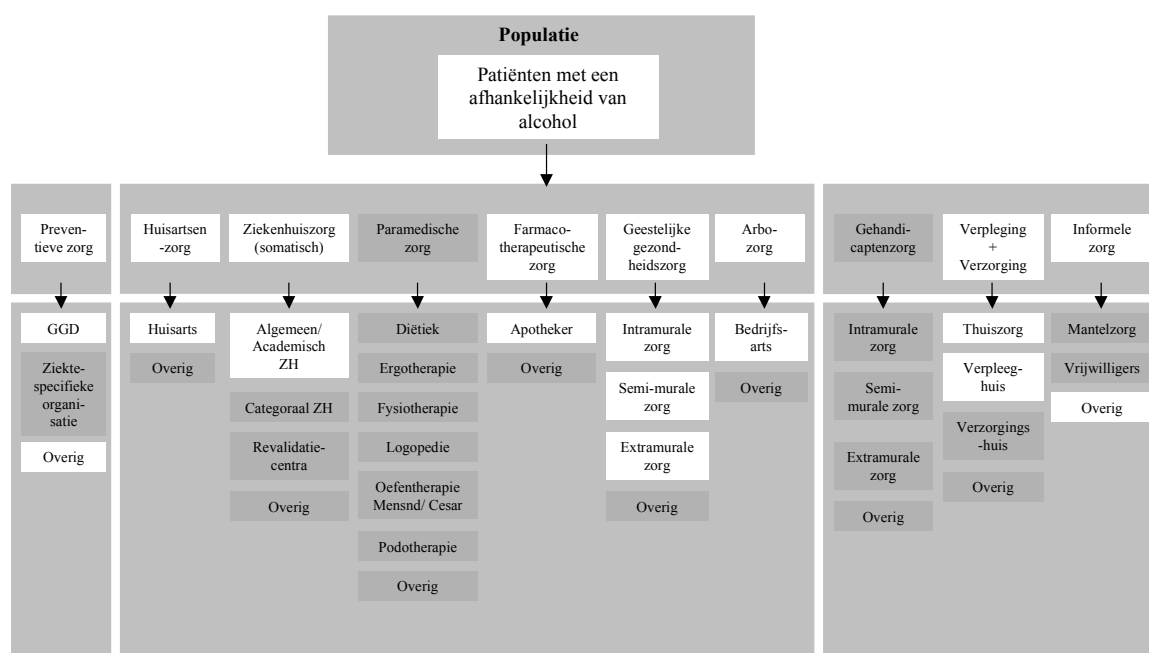
17.2 Zorggebruik

Afhankelijkheid van alcohol kan aanzienlijke consequenties hebben voor het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van de verslaafde en zijn/haar directe sociale omgeving. Dit betekent dat een breed spectrum van hulpverleners en voorzieningen bij de opvang van en zorg voor alcoholverslaafden betrokken is. Het gaat hierbij niet alleen om de gezondheidszorg, maar ook om instanties in andere sectoren zoals het maatschappelijk werk, opvang van daklozen, vrijwilligersorganisatie, de verslavingszorg en justitie/ politie. Voor de behandeling van verslavingsproblemen is dan ook een breed scala aan voorzieningen beschikbaar, variërend van eerstelijnszorg, gespecialiseerde verslavingszorg tot zelfhulpgroepen (1,4).

Van de mensen die voldoen aan de diagnostische criteria voor alcoholafhankelijkheid en alcoholmisbruik had 17,5% contact met zorgaanbieders, 12,3% maakte gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg (huisartsen, wijkverpleging, bedrijfsartsen), 8,7% van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, 1,2% van de geïnstitutionaliseerde geestelijke gezondheidszorg en 4,5% van enige vorm van informele zorg (7). Van dakloze alcoholisten is bekend dat ze niet of nauwelijks gebruik maken van verslavingszorg. Het percentage daklozen met een alcoholverslaving is echter 25% (8).

De behandeling is veelal gericht op motivering, zelfcontrole en terugvalpreventie. Beproefde interventies voor alcoholproblematiek zijn kortdurende behandelmethoden (in de vorm van een vier- of tien-gesprekkenmodel), motiverende gesprekken, training in sociale vaardigheden, community-reinforcement benadering (een combinatiebehandeling waarbij ook de omgeving van de patiënt een actieve rol vervult) en farmacologische interventies.

De zorgaanbieders die betrokken zijn bij de zorg voor alcoholverslaafden worden schematisch weergegeven in figuur 17.1. Alleen die zorgaanbieders waarover in de literatuur informatie is gevonden over zorggebruik, zijn in de figuur wit gemaakt. Dat wil niet zeggen dat de andere zorgaanbieders niet betrokken zijn bij de zorg voor mensen met een afhankelijkheid van alcohol.



Figuur 17.1: Zorgaanbieders betrokken bij de zorg voor mensen met een afhankelijkheid van alcohol (aangegeven met witte blokken)

Preventieve zorg

Preventieve activiteiten zijn gericht op het beperken van het alcoholgebruik, het voorkomen van problemen die voorafgaand aan alcoholverslaving of het gevolg daarvan zijn (5,14).

In de preventie van alcoholverslaving is, de afgelopen jaren, een verschuiving opgetreden van individuele naar meer collectieve maatregelen (13). De rijksoverheid

speelt daarbij een belangrijke rol. Zij bepaalt de wettelijke kaders die bedoeld zijn om het gebruik van alcohol te beperken (zoals een minimum leeftijd voor de verkoop van alcohol en beperkingen van reclame-uitingen). Tevens schept de rijksoverheid de voorwaarden voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van voorlichtingscampagnes en andere preventieve maatregelen (5). De uitvoering van deze collectieve programma's wordt met name gedaan door de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en). Het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) en de thuiszorg houden zich ook bezig met de preventie van alcoholmisbruik (2). Zij richten zich daarbij echter vaker op individuen.

Huisartsenzorg

Afhankelijkheid van alcohol is vaak geen directe aanleiding om contact op te nemen met de huisarts. Op basis van onderzoek wordt geschat dat er bij 7 tot 9% van de patiënten die in een huisartspraktijk zijn ingeschreven, sprake is van problematisch alcoholgebruik. De huisarts herkent echter slechts een beperkt deel van hen als probleemdrinker (2,7). In de praktijk blijkt het diagnostisch instrument van de huisarts bij het opsporen van beginnende of matige alcoholproblematiek alleen te bestaan uit zijn intuïtie en de (hetero) anamnese. In het proces van diagnostiek en begeleiding worden vier fasen onderscheiden:

1. ontstaan en versterking van een vermoeden;
2. bevestiging van dit vermoeden in een gesprek met de patiënt;
3. motivatie tot gedragsverandering;
4. het begeleiden van de patiënt bij gedragsverandering (2,9).

Bij sociale en psychologische problemen die aan het alcoholgebruik zijn gerelateerd, behandelt de huisarts vaak zelf. Daarbij kan het gaan om voorlichting, counseling of (therapeutische) gesprekken. Daarnaast kan ook gekozen worden voor een farmaceutische therapie (2).

Een taak van de huisarts is doorverwijzen. Verwijzen richting de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg vindt echter zelden plaats. Uit de LINH-registratie blijkt dat in 2001 ruim 300 mensen die afhankelijk zijn van alcohol door huisartsen die zijn aangesloten bij het LINH, zijn doorverwezen en/of iets voorgeschreven hebben gekregen. Bijna alle mensen hebben medicatie voorgeschreven gekregen, 31 hebben alleen een verwijzing gekregen en 20 hebben zowel een verwijzing als een prescriptie gekregen. In totaal zijn dus 51 mensen doorverwezen met name naar de

medisch specialist (n=16), de geestelijke gezondheidszorg (n=13, RIAGG (n=9), CAD (n=4)) en psychiatrie (n=4)) en het laboratorium (n=13).

Ziekenhuiszorg/specialisten

Het aantal opnamen in algemene ziekenhuizen met een direct aan alcohol gerelateerde aandoening als hoofddiagnose wordt geschat tussen de 8.000 en 10.000 per jaar (1). Het is echter waarschijnlijk dat er diagnoses worden gemist, omdat in ziekenhuizen niet altijd alcoholgebruik als oorzaak van aandoening naar voren komt (5). Uit de LINH-registratie van 2001 blijkt dat de 51 mensen die zijn doorverwezen, doorverwezen zijn naar de internist (n=10), de neuroloog (n=2), de chirurg (n=1), de gynaecoloog (n=1), orthopedist (n=1) en de gastro-enteroloog (n=1).

Als blijkt dat er sprake is van overmatig alcoholgebruik kan de patiënt worden doorverwezen naar een psychiatrische afdeling. De behandelingsmogelijkheden op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of academisch ziekenhuis zijn gericht op een korte verblijfsduur van maximaal twee tot drie maanden (2).

Alcoholmisbruik is een veel voorkomend verschijnsel bij acute opname in een randstedelijk Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) (16). In 1999 hadden zes algemeen psychiatrische ziekenhuizen een erkende afdeling voor het verlenen van categoriale verslavingszorg. Een algemeen psychiatrisch ziekenhuis biedt behandeling, verpleging en verzorging (2). Hierbij wordt een breed scala van therapieën gehanteerd. Uit de LINH-registratie van 2001 blijkt dat van de 51 mensen die zijn doorverwezen, er 4 zijn doorverwezen naar de psychiatrie.

Genees- en hulpmiddelen

Het is niet bekend in welke mate geneesmiddelen in de verslavingszorg worden toegepast (10). De laatste tijd komen er wel steeds meer aanwijzingen dat mensen die afhankelijk zijn van alcohol baat hebben bij een behandeling met geneesmiddelen (5). Voor huisartsen geldt dat ze regelmatig het verzoek krijgen tot voorschrijven van een medicijn (18). Over het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijken is bekend dat 63 per 100.000 ingeschreven patiënten in 2000 een middel voorgeschreven kregen ter ondersteuning van de behandeling van hun alcoholafhankelijkheid. Voor 59% van de patiënten is het middel van eerste keus Disulfiram. Verder krijgt 25% Acamprostaat en de overige patiënten Naltrexon. Het gemiddeld aantal recepten is 2,3

per persoon per jaar (19). Uit de LINH-registratie van 2001 blijkt dat de huisarts gemiddeld 6,8 keer een medicijn heeft voorgeschreven, maar de variatie in aantal keren voorschrijven is groot (van 0 tot 243 keer). Geneesmiddelen kunnen om verschillende redenen worden voorgeschreven zoals het bestrijden van intoxicaties, detoxificatie, terugvalpreventie, stabilisatie en de behandeling van psychiatrische comorbiditeit (20).

Geestelijke gezondheidszorg

In de geestelijke gezondheidszorg heeft de laatste jaren een verregaande integratie van verschillende categoriale en andere instellingen plaatsgevonden. De geestelijke gezondheidszorg is zowel intramuraal, semi-muraal als extramuraal betrokken bij de zorg aan patiënten die afhankelijk zijn van alcohol. Door deze integratie kunnen patiënten makkelijker doorverwezen worden naar andere behandelingsvormen binnen de geestelijke gezondheidszorg (2,4). Uit de LINH-registratie van 2001 blijkt dat van de 51 mensen die zijn doorverwezen er 13 zijn doorverwezen naar de geestelijke gezondheidszorg.

Er is nauwelijks iets bekend over het vóórkomen van stoornissen in het alcoholgebruik bij patiënten in de geestelijke gezondheidszorg en over de herkenning en de behandeling van deze stoornissen door GGZ-medewerkers (15). Wel is bekend dat 8,7% van de alcoholverslaafden gebruik maakt van de ambulante of extramurale geestelijke gezondheidszorg en dat 1,2% gebruik maakt van de geïnstitutionaliseerde of intramurale geestelijke gezondheidszorg (7). De duur van een behandeling hangt af de leeftijd waarop de alcoholproblemen zijn begonnen en van de tijd die voorbij is gegaan tussen het begin van het alcoholprobleem en de intake voor de behandeling (3). De laatste jaren is de trend dat de duur van de behandeling steeds korter wordt. Dit komt meestal niet voort uit de behandelingsfilosofie maar heeft veelal een financiële reden. Een consequentie is wel dat de behandelingen hierdoor soms niet afgemaakt kunnen worden (11). De effectiviteit van de behandeling, voor zowel de patiënt als de medewerker, hangt samen met de continuïteit van het behandelingsproces, met andere woorden het succes van de behandeling stijgt naarmate de behandeling langer duurt (11,21).

Verpleging en verzorging

Ook de thuiszorg heeft te maken met patiënten met een alcoholverslaving. De thuiszorg heeft taken op het gebied van signalering en preventie. Soms worden personen met verslavingsproblemen begeleid. Het komt ook voor dat gespecialiseerde gezinsverzorgenden worden ingezet in probleemgezinnen waarbij één of beide ouders verslaafd zijn aan alcohol. Er zijn echter geen cijfers over de mate waarin deze instellingen geconfronteerd worden met personen met verslavingsproblematiek (2). Overmatig alcoholgebruik kan uitmonden in het syndroom van Korsakov. Er waren in 1996 in Nederland 25 verpleeghuizen die gespecialiseerd zijn in het behandelen van Korsakovpatiënten (2).

Informele zorg

In 1997 maakte 4.5% van de alcoholverslaafden gebruik van informele zorg, zoals zelfhulpgroepen, telefonische hulplijnen of een geestelijke (7).

17.3 Afstemmingsafspraken tussen zorgaanbieders

17.3.1 Landelijke afstemmingsafspraken

In tabel 17.1 worden de twee landelijke afstemmingsafspraken genoemd die in het onderzoek zijn gevonden.

Tabel 17.1: Overzicht van landelijke afstemmingsafspraken per 'keten' van zorgaanbieders/instellingen en per aspect van (keten)zorg bij afhankelijkheid van alcohol op basis van literatuur en vragenlijst

Afspraak	Betrokken zorgaanbieders	Aantal projecten dat betrekking heeft op de aspecten:								
		toeg	pat	inhoud	desk	taak	gegev	kwat	wet	fin
NHG-standaard 'Problematisch alcohol-gebruik' (22)	NHG	1	1	1	1	1	1	1		
Actieplan Alcoholzorg (23)	GGZ-NI, VSZ-instellingen	1	1							

In 1990 is de NHG-standaard 'Problematisch alcoholgebruik' gepubliceerd en sinds dien niet meer herzien (2,22). Deze standaard bevat richtlijnen voor de huisarts voor

diagnostiek en de behandeling van patiënten met problematisch alcoholgebruik. Verder wordt er ingegaan op de eventuele verwijzing wanneer de begeleiding dreigt te mislukken of bij inschatting dat er sprake is van een ernstige vorm van verslaving. In deze gevallen kan verwezen worden naar een instelling voor verslavingszorg, het algemeen maatschappelijk werk of naar de zelfhulp organisatie Anonieme Alcoholisten. De NHG-standaard heeft betrekking op de patiëntgerichtheid, zorginhoud, bekwaamheid en deskundigheid van de zorgaanbieders, afbakening van taken en verantwoordelijkheden van de verschillende zorgaanbieders, toegankelijkheid van gegevens en de kwaliteitsbewaking van de zorg.

Het 'Actieplan Alcoholzorg' is in 2001 opgesteld door de koepelorganisatie GGZ Nederland (23). Aan dit plan werken GGZ Nederland en alle instellingen voor verslavingszorg mee. Het heeft tot doel om het bereik en de intensiteit van de verslavingszorg en preventie voor probleemdrinkers en specifieke risicogroepen te vergroten. Om meer probleemdrinkers in alle regio's structureel beter te bereiken wordt er beter ingesprongen op verschillende vraagsituaties, zoals hulpvragen buiten werktijden, alcoholproblemen bij werknemers, probleemdrinkers in de eerste lijn en de algemene gezondheidszorg, probleemdrinkers achterhalen via politie of justitie, probleemdrinkers in detentie, en kinderen van verslaafde ouders. Het plan wil het bereik van de verslavingszorg vergroten door, op de eerste plaats, de bestaande capaciteit voor langer durende behandeling/begeleiding uit te breiden. Ten tweede moeten er meer korte interventies worden toegepast en dient meer nadruk te liggen op preventief of in een vroeg stadium onderkennen van de alcoholproblematiek. Het 'Actieplan Alcoholzorg' heeft, volgens GGZ Nederland, betrekking op de toegankelijkheid en de inhoud van de zorg voor alcoholverslaafden.

17.3.2 Regionale afstemmingsafspraken

Literatuur en databanken

In het literatuuronderzoek en in de databank zorgvernieuwing zijn in totaal 6 afstemmingsafspraken tussen zorgaanbieders naar voren gekomen. Het literatuuronderzoek leverde 1 afstemmingsafpraak op, namelijk een protocol om de opvang en behandeling van mensen met alcoholproblemen in de regio

's-Hertogenbosch te verbeteren (24). In de databank zorgvernieuwing zijn 5 projecten gevonden waarin afstemmingsafspraken zijn gemaakt rondom de opvang, begeleiding en behandeling van alcoholverslaafden. Het betreft zowel lopende projecten als gecontinueerde projecten.

In tabel 17.2a wordt een overzicht gegeven van het aantal in de literatuur en de databank zorgvernieuwing gevonden afstemmingsafspraken tussen de verschillende zorgaanbieders. De agoog (AMW), de geestelijke gezondheidszorg en de huisarts zijn over het algemeen betrokken bij de afstemmingsafspraken.

Tabel 17.2a: Overzicht van formele regionale afspraken tussen de verschillende zorgaanbieders/instellingen betrokken bij de (keten)zorg bij afhankelijkheid van alcohol op basis van literatuur en databanken

Totaal aantal projecten 6 Betrokken zorgaanbieders	waarvan in samenwerking met:										
	Totaal	HA	ZH/ MS	VP	TZ	GGZ	PZH	VSZ	AG	GW	INF
HA	3	*	1	1	1	1	1	1	2	1	0
ZH/MS	1		*	1	0	0	1	1	1	1	0
VP	1			*	0	0	1	1	1	1	0
TZ	2				*	1	0	0	2	0	1
GGZ	4					*	0	0	3	0	1
PZH	1						*	1	1	1	0
VSZ	1							*	1	1	0
AG	5								*	1	1
GW	1									*	0
INF	1										*

In tabel 17.2b zijn de zorgketens weergegeven en is aangegeven op welke aspecten van (keten)zorg deze zorgketens betrekking hebben. Alle projecten/ afstemmingsafspraken blijken betrekking te hebben op de zorginhoud. Verder hebben vier projecten/ afstemmingsafspraken betrekking op de afbakening van taken en verantwoordelijkheden en de kwaliteitsbewaking. Twee projecten/ afstemmingsafspraken zijn (mede) gericht op de bekwaamheid en deskundigheid van zorgaanbieders en is één (mede) gericht op de toegankelijkheid van zorg en de financiering hiervan. Andere aspecten van (keten)zorg zoals patiëntgerichtheid, toegankelijkheid van gegevens en de wet- en regelgeving van de zorg vormen geen onderdeel van de projecten/afstemmingsafspraken.

Tabel 17.2b: Overzicht van formele regionale afstemmingsafspraken per 'keten' van zorgaanbieders/instellingen en per aspect van (keten)zorg bij afhankelijkheid van alcohol op basis van literatuur en databanken

Zorgketen	Aantal projecten/afspraken	Aantal projecten dat betrekking heeft op de aspecten:								
		toeg	pat	inhoud	desk	taak	gegeven	kwal	wet	fin
HA-ZH/MS-VP-PZH-VSZ-AG-GW	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1
HA-TZ-AG	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
HA-GGZ	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0
GGZ-TZ-AG-INF	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0
GGZ-AG	2	0	0	2	1	1	0	1	0	0
Totaal	6	1	0	6	2	4	0	4	0	1

Enquête

De enquête onder regionale/lokale organisaties leverde in totaal 13 afstemmingsafspraken op voor de zorg van mensen met een afhankelijkheid van alcohol (zie tabel 17.3). Deze afspraken zijn genoteerd door zeven GGZ-instellingen. Een aantal GGZ-instellingen geeft wel aan dat ze algemene afspraken over de zorg voor mensen met psychische problemen heeft gemaakt en dat alcoholverslaafden daar een onderdeel van kunnen zijn. Dit onderzoek is echter alleen gericht op 'ziektespecifieke afspraken'. Vandaar dat deze algemene afspraken buiten beschouwing zijn gebleven.

Geen van de andere zorgaanbieders die de enquête hebben geretourneerd noemen afspraken met betrekking tot afhankelijkheid van alcohol.

Tabel 17.3: Aantal regionale afstemmingsafspraken met betrekking tot afhankelijkheid van alcohol volgens de zorgaanbieders die de vragenlijst hebben ingevuld

Zorgaanbieders	Aantal respondenten	Aantal zorgaanbieders met afspraken	Aantal afspraken
GGZ instellingen	59	7	13
GGD	19	0	0
DHV	5	0	0
Thuiszorg instellingen	56	0	0
Algemene en academische ziekenhuizen	46	0	0
Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	72	0	0
Instellingen van verpleeg- en verzorgingshuizen	91	0	0
Totaal aantal afspraken			13

De zeven GGZ-instellingen hebben in de vragenlijst aangegeven met welke andere zorgverleners zij de afstemmingsafspraken over de zorg voor alcoholverslaafden hebben gemaakt. In alle gevallen werd hier de verslavingszorg genoemd (tabel 17.4a). Bij een vijftal afspraken was ook een psychiatrische ziekenhuiszorg betrokken. Verpleeg- en verzorgingshuiszorg, het agogisch werk (algemeen maatschappelijk werk) en de GGD zijn bij twee afspraken genoemd. Huisartsenzorg, algemene ziekenhuiszorg en regionale instellingen voor beschermd wonen één keer. Bij vier afspraken is er aangegeven dat er andere zorgaanbieders betrokken waren. Dit zijn de gemeente en de reclassering. Het RIAGG is niet apart genoemd omdat in alle zeven gevallen sprake is van een geïntegreerde regionale GGZ-instelling waarvan het RIAGG een onderdeel is.

Tabel 17.4a: Overzicht van formele regionale afstemmingsafspraken tussen de verschillende zorgaanbieders/instellingen betrokken bij de zorg voor afhankelijkheid van alcohol

Totaal aantal afspraken waarvan in samenwerking met:											
13											
Betrokken zorgaanbieders	Totaal	HA	ZH	VVH	GGD	GGZ	PZH	VSZ	RIBW	AMW	OV
HA	1	*	0	0	0	1	0	1	0	0	0
ZH	1		*	1	1	1	1	1	0	0	0
VVH	2			*	1	2	2	2	0	1	0
GGD	2				*	2	1	2	0	0	1
GGZ	13					*	5	13	1	2	4
PZH	5						*	5	1	1	1
VSZ	13							*	1	2	4
RIBW	1								*	1	1
AMW	2									*	2
OV	4										*

Tabel 17.4b geeft weer op welke aspecten van (keten)zorg de afstemmingsafspraken, volgens de respondenten, betrekking hebben.

Tabel 17.4b: *Overzicht van formele regionale afstemmingsafspraken per 'keten' van zorgaanbieders/instellingen en per aspect van (keten)zorg bij afhankelijkheid van alcohol*

Zorgketen	Aantal afspraken	Aantal afspraken dat betrekking heeft op de zorgaspecten:								
		toeg	pat	inhoud	desk	taak	gegev	kwat	wet	fin
HA-GGZ-VSZ	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
ZH-VVH-GGD-GGZ-PZH-VSZ	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0
VVH-GGZ-PZH-VSZ-RIBW-AMW-OV	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
GGD-GGZ-VSZ-OV	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0
GGZ-PZH-VSZ	3	3	0	3	0	3	0	3	0	0
GGZ-VSZ	4	2	2	4	3	3	0	1	0	1
GGZ-VSZ-AMW-OV	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
GGZ-VSZ-OV	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0
Totaal	13	11	5	11	6	9	1	4	2	1

De meeste afspraken hebben te maken met toegankelijkheid van de zorg, de zorginhoud, en met de afbakening van taken en verantwoordelijkheden. De andere aspecten zijn minder vaak genoemd. Afspraken over toegankelijkheid van gegevens, wet- en regelgeving en de financiering van zorg zijn het minst genoteerd.

De respondenten is ook gevraagd om aan te geven welke doelstellingen aan de afspraken ten grondslag liggen (zie tabel 17.5).

Tabel 17.5: Doelen van de afstemmingsafspraken voor (keten)zorg bij afhankelijkheid van alcohol op basis van vragenlijst

Doelen	Aantal afstemmingsafspraken
Meer doeltreffende behandeling	11
Kortere wachttijden	4
Snellere doorstroom	6
Kostenbesparing	2
Meer inspraak in de behandeling door patiënt	1
Meer patiëntgericht	5
Verkleining kloof tussen zorgvraag en aanbod	11
Voorkomen of oplossen van doublures in de zorgverlening	3
Betere toegankelijkheid van dossierinformatie	3
Betere privacywaarborging	1
Verminderen van complicaties	3
Verbeteren onderlinge waarneming/vervanging	1
Inzichtelijker maken van het zorgproces voor de patiënt	5
Inzichtelijker maken van het zorgproces voor de zorgaanbieders	6
Betere informatie-uitwisseling over het ziektebeeld tussen patiënt en zorgaanbieder	2
Betere informatie-uitwisseling over het ziektebeeld tussen zorgaanbieders onderling	4
Betere informatie-uitwisseling over de behandeling tussen patiënt en zorgaanbieder	3
Betere informatie-uitwisseling over de behandeling tussen zorgaanbieders onderling	4
Totaal	13

In de bijlage zijn dezelfde gegevens uitgesplitst naar het type zorgaanbieders

De meeste afspraken zijn bedoeld om tot een meer doeltreffende behandeling te komen en om de kloof tussen zorgvraag en aanbod te verkleinen. De andere doelen zijn beduidend minder genoemd. Dat geldt met name voor kostenbesparing, meer inspraak in de behandeling door de patiënt, betere privacywaarborging en betere informatie uitwisseling over het ziektebeeld tussen patiënt en zorgaanbieder worden minder vaak genoemd.

In de enquête is ook gevraagd over welk type zorg (preventie, curatie of verzorging) de afspraken zijn gemaakt. Uit tabel 17.6 blijkt dat afspraken overwegend zijn gemaakt voor behandeling van mensen met een afhankelijkheid van alcohol. Ook

secundaire preventie en verzorging zijn genoemd. Geen van de genoteerde afstemmingsafspraken heeft met primaire preventie te maken.

Tabel 17.6: Type zorg waaraan de afstemmingsafspraken over de zorg bij afhankelijkheid van alcohol gerelateerd zijn op basis van vragenlijst

Type zorg	Aantal afstemmingsafspraken
Primaire preventie	0
Secundaire preventie	8
Curatie	10
Verzorging	8
Totaal	12*

* Bij 1 afspraak ontbreekt informatie

In de bijlage zijn dezelfde gegevens uitgesplitst naar het type zorgaanbieders

Afspraken kunnen op verschillende manieren worden vastgelegd (zie tabel 17.7).

Tabel 17.7: Elementen van afstemmingsafspraken voor zorg bij afhankelijkheid van alcohol hebben op basis van vragenlijst

Elementen	Aantal afstemmingsafspraken
Gezamenlijke zorgvisie	9
Gezamenlijke zorgplannen	8
Gezamenlijke protocollen	7
Gezamenlijke patiëntdossiers	5
Gezamenlijke registratie van fouten, incidenten en calamiteiten	4
Gezamenlijke patiëntbesprekingen	7
Gezamenlijke procedure inzake klachtenbehandeling	0
Gezamenlijke patiëntraadpleging	0
Gezamenlijk evaluatie-overleg	9
Gezamenlijk budget	0
Integrale verslaglegging	1
Gezamenlijke informatiebrochure	3
Totaal	12*

* Bij 1 afspraak ontbreekt informatie

In de bijlage zijn dezelfde gegevens uitgesplitst naar het type zorgaanbieders

De meeste afspraken bestaan uit een gezamenlijke zorgvisie, gezamenlijke zorgplannen, de gezamenlijke protocollen, gezamenlijke patiëntbesprekingen en gezamenlijk evaluatie-overleg. Gezamenlijke patiëntdossiers, gezamenlijke registratie van fouten, incidenten en calamiteiten, integrale verslaglegging en gezamenlijke informatiebrochures zijn elementen waarop de afstemmingsafspraken minder vaak betrekking hebben. Gezamenlijke procedure inzake klachtenbehandeling, gezamenlijke patiëntraadpleging en een gezamenlijk budget worden niet als elementen van de afstemmingsafspraken voor 'afhankelijkheid van alcohol' genoemd.

17.4 Ervaringen van patiënten

Vaak wordt alcoholproblematiek slecht en laat herkend, zowel door de omgeving als door professionals. Gemiddeld signaleren huisartsen maar 10 tot 30% van de patiënten met een alcoholprobleem (1). Het ontstaan van een vermoeden van problematisch alcoholgebruik bij een bepaalde patiënt door de huisarts berust vaak op zeer subjectieve gronden of toeval (9). Daarnaast onderschatten mensen met een alcoholprobleem de risico's of spelen gevoelens van schaamte een rol waardoor zij minder geneigd zijn hulp te zoeken. Een groot deel van de mensen met een alcoholprobleem komt daarom niet in contact met de hulpverlening (1).

Over ervaringen van patiënten met de geboden zorg zijn in de literatuur vrijwel geen gegevens gevonden. Van slechts één onderzoek, uit 1994, zijn de uitkomsten met betrekking tot de tevredenheid onder cliënten in de verslavingszorg gevonden. Uit dit onderzoek blijkt dat cliënten tevreden zijn over de hulp die zij hebben ontvangen. Een meerderheid rapporteerde dat na de behandeling het gebruik van het verslavend middel verminderd of geheel gestaakt was. Slechts 11% van de respondenten zag geen enkel effect. Ambulante (extramurale) patiënten geven aan tevreden te zijn over wachttijden, over flexibiliteit van de organisatie, over de mate waarin men geïnformeerd wordt over, en inspraak heeft in aspecten van de hulpverlening, over de ondersteuning met betrekking tot zaken als bijvoorbeeld huisvesting of een rechtzitting, over de medische zorg en over de hulpverlening zelf. Minder tevreden is men over wisselingen van hulpverleners en de mate waarin hierover met de cliënt overleg wordt gepleegd. Ook is men minder positief over de snelheid van hulp bij praktische zaken tijdens de intake, de wachttijd tussen het opgepakt worden door de politie en het langskomen van een hulpverlener, het effect van de reclasseringsrapportage, de inrichting van het gebouw en de inspraak in het medicijngebruik.

Klinische (intramurale) cliënten oordelen positief over de regels en procedures in de kliniek, over de informatieverstrekking, het overleg en de inspraakmogelijkheden tijdens de klinische behandeling, over de groepsbehandelingen, over de medische zorg en over aspecten van de behandeling zelf en over de afsluiting. Het minst tevreden zijn de cliënten over de dagbesteding in de kliniek. Men mist zinvolle, creatieve of sportieve bezigheden (2,4).

17.5 Ervaringen van zorgaanbieders

Literatuur

Over ervaringen van zorgaanbieders met de geboden zorg is wel enige informatie uit de literatuur naar voren gekomen.

De complexe presentatie van alcoholverslaving maakt dat de behandeling en opvang van deze patiënten op één moment, maar ook gedurende het beloop, niet door één behandelaar mogelijk is. Bij de behandeling en opvang van iemand met een alcoholprobleem lijken protocollaire transmurale afspraken onontbeerlijk. In Nederland blijkt zo'n protocol echter niet te bestaan (24).

Een essentieel onderdeel van de communicatie tussen artsen over patiënten die onlangs uit de klinische (intramurale) zorg zijn ontslagen is de ontslagbrief. Idealiter informeert de clinicus in deze brief de huisarts, en binnen de geestelijke gezondheidszorg ook de sociaal psychiater, over de diagnose en de behandeling van de patiënt in de kliniek. Zo wordt goede afstemming van vervolgbehandeling en eerdere klinische behandeling verkregen en wordt de continuïteit van zorg bevorderd. Onderzoek binnen de algemene gezondheidszorg brengt echter aan het licht dat ontslagbrieven niet voldoen aan de verwachtingen van huisartsen. Zo ontvangen zij de ontslagbrief veelal te laat en is de inhoud eerder bepaald door de behoefte van de clinicus om de medische informatie over de patiënt te ordenen dan door de noodzaak om de huisarts adequaat te informeren. Onderzoek binnen de Nederlandse psychiatrie brengt ook aan het licht dat de ontslagbrieven veelal te laat bij de vervolgbehandelaar kwam. De lengte van de brief, de classificatie volgens de DSM-III en de paragrafering van de brief waren goed. Belangrijke andere informatie, zoals bijvoorbeeld de vermelding van een heteroanamnese, de bron van inkomsten, het gebruik van alcohol en de bejegening van de patiënt, bleef vaak achterwege (17).

De laatste jaren is de trend dat de behandeling van patiënten met een alcoholverslaving of afhankelijkheid steeds korter wordt. Deze trend heeft veelal een financiële reden. Een consequentie hiervan is dat de behandelingen hierdoor soms niet afgemaakt kunnen worden (11).

Afspraken in de praktijk

De enquête leverde eveneens gegevens op met betrekking tot de ervaringen van de zorgaanbieders met de afstemmingsafspraken in de praktijk. Deze gaan met name over de implementatie en de evaluatie van de afstemmingsafspraken.

Bij 9 van de 13 afstemmingsafspraken heeft de respondent aangegeven dat er door de eigen organisatie volledig volgens de afstemmingsafspraken wordt gewerkt als het gaat over de feitelijke zorgverlening aan de patiënt. Bij 3 afstemmingsafspraken is dat gedeeltelijk het geval en bij 1 afstemmingsafpraak geeft de respondent aan dat het niet bekend is of er volgens de afstemmingsafspraken wordt gewerkt.

Verder heeft de respondent bij 8 van de 13 afstemmingsafspraken aangegeven dat er door de andere betrokkenen volledig volgens de afstemmingsafspraken wordt gewerkt als het gaat over de feitelijke zorgverlening aan de patiënt. Bij 4 afstemmingsafspraken is dat gedeeltelijk en bij 1 afstemmingsafpraak geeft de respondent aan dat het niet bekend is of er volgens de afstemmingsafspraken wordt gewerkt.

Bij het werken volgens de afstemmingsafspraken met betrekking tot de feitelijke zorgverlening aan de patiënt kunnen zowel bevorderende als belemmerende factoren worden ervaren. In de enquête is in het algemeen aan de respondenten gevraagd welke bevorderende en belemmerende factoren zij hebben ervaren.

Een aantal respondenten geeft aan de volgende bevorderende factoren te ervaren:

- het creëren van een breed draagvlak, zelfs vanuit de landelijke overheid (1 keer genoemd);
- gezamenlijke intervisie (1 keer genoemd);
- grensoverschrijdende uitwisseling van moeilijke cliënten (1 keer genoemd);
- een lagere drempel bij doorverwijzen (1 keer genoemd);
- onderlinge bekendheid van hulpverleners uit verschillende circuits (1 keer genoemd).

Naast deze bevorderende factoren geeft een aantal respondenten ook aan belemmerende factoren te ervaren:

- bij het samenwerken zijn er verschillende partijen die elk een eigen financiering, werkwijze of indicatiestelling hanteren (1 keer genoemd);
- aparte indicatiestellingen (1 keer genoemd);
- kleinschaligheid van voorzieningen (1 keer genoemd);
- wachtlijsten voor crisisopvangplaatsen in de verslavingszorg (1 keer genoemd).

Een belangrijk aspect met betrekking tot het functioneren van afspraken in de dagelijkse praktijk is monitoring en evaluatie. Op verschillende manieren kan nagegaan worden of en hoe de afstemmingsafspraken in de praktijk uitwerken. Uit de enquête blijkt dat 10 afstemmingsafspraken op een of andere manier worden geëvalueerd. In 4 gevallen wordt gebruik van een tevredenheidsonderzoek/meningspeiling, 2 keer betreft het een effectstudie. Verder blijkt dat 46,2% van de evaluaties (nog) niet is afgerond, dat van 30,8% van de evaluaties niet bekend is of deze zijn uitgevoerd of afgerond en dat 23,1% van de evaluaties reeds is afgerond.

Door middel van de evaluatie kan onder meer duidelijk worden welke effecten de afstemmingsafspraken hebben gehad voor de feitelijke zorgverlening aan de patiënt ofwel welke doelen zijn bereikt. Tabel 17.8 geeft weer hoe vaak de doelen centraal staan in de afstemmingsafspraken, hoe vaak er informatie bekend is over de doelrealisatie en hoe vaak deze doelen uiteindelijk gerealiseerd worden.

Tabel 17.8: Doelrealisatie bij afstemmingsafspraken voor de (keten)zorg bij afhankelijkheid van alcohol

Doelen	Aantal keren als doel genoemd	Informatie over doelrealisatie bekend	Aantal gerealiseerd
Meer doeltreffende behandeling	11	10	10
Kortere wachttijden	4	4	4
Snellere doorstroom	6	5	5
Kostenbesparing	2	1	1
Meer inspraak in de behandeling door patiënt	1	1	1
Meer patiëntgericht	5	4	4
Verkleining kloof zorgvraag en aanbod	11	11	11
Voorkomen/oplossen doublures in zorgverlening	3	3	3
Betere toegankelijkheid dossierinformatie	3	3	3
Betere privacywaarborging	1	1	0
Verminderen complicaties	3	2	2
Verbeteren onderlinge waarneming/vervanging	1	1	0
Inzichtelijker maken van zorgproces voor patiënt	5	2	2
Inzichtelijker maken van zorgproces voor zorgaanbieder	6	6	6
Betere informatie-uitwisseling over ziektebeeld tussen patiënt en zorgaanbieder	2	2	2
Betere informatie-uitwisseling over ziektebeeld tussen zorgaanbieders onderling	4	4	4
Betere informatie-uitwisseling over behandeling tussen patiënt en zorgaanbieder	3	3	2
Betere informatie-uitwisseling over behandeling tussen zorgaanbieders onderling	4	4	4

Uit de tabel blijkt dat, volgens de respondenten, de meeste doelen die van tevoren waren gesteld ook zijn bereikt. Alleen het doel ‘inzichtelijk maken van het zorgproces voor de patiënt’ is wat minder gerealiseerd, maar vanwege de kleine aantallen kunnen hier geen conclusies aan worden verbonden.

17.6 Discussie en conclusie

Afhankelijkheid van alcohol is een complex probleem. Het gebruik van alcohol is, binnen grenzen, maatschappelijk aanvaard. Dit maakt het moeilijk om vast te stellen op welk moment er sprake is van alcoholverslaving. Vaak ook komt het probleem pas tot uiting via moeilijkheden op diverse terreinen zoals het ontstaan van lichamelijke klachten, psychische problemen en sociaal disfunctioneren. Alcoholafhankelijkheid kan dan zowel ernstige consequenties hebben voor de verslaafde zelf als voor zijn/haar sociale omgeving.

Op basis van een landelijk populatieonderzoek, met behulp van psychiatrische interviews, is vastgesteld dat in 1996 ongeveer 8% van de Nederlanders tussen 18 en

64 jaar voldeed aan de officiële criteria voor alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik.

Vanwege de complexiteit van het probleem bestaat de zorg voor c.q. hulp aan mensen met een afhankelijkheid van alcohol uit een veelheid van facetten. Collectieve preventieve activiteiten richten zich vooral op een beperking van het gebruik van alcohol in de totale Nederlandse populatie. Daarnaast zijn er specifieke preventieve behandelingen van individuen om te voorkomen dat ernstige problemen ontstaan. Afhankelijk van de ernst van de problematiek zijn er verschillende instanties en hulpverleners bij de zorg voor alcoholverslaafden betrokken. Dit gaat verder dan de gezondheidszorg. Ook het maatschappelijk werk, de gespecialiseerde verslavingszorg, justitie en politie, diverse voorzieningen voor de opvang van kwetsbare groepen, zelfhulpgroepen en vrijwilligersorganisaties spelen hierbij een rol. Binnen de gezondheidszorg zijn het in eerste instantie de huisartsenzorg en de geestelijke gezondheidszorg (geïntegreerde regionale instellingen of de afzonderlijke organisaties zoals RIAGG) en, hoewel in mindere mate, de thuiszorg die te maken krijgen met alcoholproblematiek. Bij ernstige situaties worden ook intramurale voorzieningen (PAAZ, APZ, etcetera) ingeschakeld. Indien de verslaving leidt tot ernstige lichamelijke aandoeningen geldt dat ook voor ziekenhuizen/ specialisten en verpleeghuizen.

De behandeling is veelal gericht op motivering, zelfcontrole en terugvalpreventie. Beproefde interventies voor alcoholproblematiek zijn kortdurende behandelmethoden, motiverende gesprekken, training en sociale vaardigheden, community-reinforcement benadering en farmacologische interventies.

Er zijn, in dit onderzoek, maar weinig cijfers over het gebruik van de beschikbare voorzieningen. De gegevens die wel beschikbaar waren laten zien dat een grote groep mensen met een afhankelijkheid van alcohol niet door de bestaande hulpverlening wordt bereikt. Een zeer kwetsbare groep is in dit verband de thuislozen met een alcoholverslaving. Een belangrijk probleem daarbij is dat het moeilijk is om alcoholverslaving in een vroeg stadium te onderkennen. Zowel de huisarts als het ziekenhuis als de arts-assistent psychiatrie in een algemeen of academisch ziekenhuis herkent slechts een beperkt deel van de patiënten met een alcoholafhankelijkheid. Om een groter deel van de patiënten te herkennen zouden de artsen gebruik kunnen maken van korte vragenlijsten. Aangezien de problematiek zich op verschillende manieren

kan manifesteren is het verder belangrijk dat de afstemming tussen de betrokken zorg-/hulpverleners al in een vroeg stadium is geregeld. Ook voor de verdere begeleiding en behandeling is dit relevant. Uit één onderzoek onder de cliënten in de verslavingszorg werd als één van de aspecten waarover men minder tevreden was de wisselingen van hulpverleners genoemd.

Omdat de onderlinge communicatie tussen artsen over patiënten die onlangs uit de klinische zorg zijn ontslagen van essentieel belang, is ook de ontslagbrief die de clinicus aan het eind van de behandeling schrijft belangrijk. Deze brieven blijken echter niet te voldoen aan de verwachtingen van de vervolghandelaren, zoals bijvoorbeeld de huisarts. De brieven komen veelal niet op tijd aan, de vermelding van de heteroanamnese, de bron van inkomsten, het gebruik van alcohol en de bejegening van de patiënt bleven vaak achterwege. Omdat voor het waarborgen van goede zorg voor psychiatrische patiënten adequate informatieoverdracht onontbeerlijk is, is verbetering van de kwaliteit aan te bevelen.

In dit onderzoek is gezocht naar afstemmingsafspraken tussen de betrokken zorgaanbieders. Hierbij moet worden opgemerkt dat het alleen ging om specifieke afspraken voor patiënten met een afhankelijkheid van alcohol. Algemene afstemmingsafspraken voor mensen met verslavingsproblemen of andere psychische of sociale problematiek (denk aan crisisopvang) zijn niet meegenomen, maar kunnen natuurlijk wel van toepassing zijn bij alcoholproblemen.

Op landelijk niveau zijn twee relevante documenten gevonden. De NHG-standaard geeft richtlijnen aan de huisartsen over onderkenning, behandeling, begeleiding en verwijzing bij problematisch alcoholgebruik. Deze richtlijnen zijn echter in 1990 opgesteld en sindsdien niet herzien. Verder is het natuurlijk geen afstemmingsafpraak tussen verschillende disciplines. Een andere belangrijke ontwikkeling op landelijk niveau is de vaststelling van het 'Actieplan Alcoholzorg' in 2001. Aan deze afstemmingsafpraak werken de GGZ Nederland en verschillende instellingen voor verslavingszorg mee. Deze afstemmingsafpraak heeft betrekking op de toegankelijkheid van de zorg en de inhoud van de zorg.

Deze richtlijnen in het 'Actieplan Alcoholzorg' voorzien waarschijnlijk in een belangrijke behoefte. In 1998 is bijvoorbeeld in de regio 's-Hertogenbosch een werkgroep opgezet om een regionaal protocol te ontwikkelen voor de opvang en

behandeling van mensen met alcoholproblemen. De reden hiervoor was dat er op dat moment geen landelijk protocol bestond dat het mogelijk maakte protocollaire transmurale afspraken op regionaal niveau te maken.

Aangezien er een grote diversiteit van zorgverleners bij de zorg voor alcoholverslaafden betrokken kan zijn, lijkt het er op dat afstemmingsafspraken veel meer op regionaal/lokaal niveau kunnen worden vorm gegeven, dan op landelijk niveau. Daarbij kan worden gedacht aan de vorming van zorgnetwerken. Het onderhavig onderzoek heeft echter maar een beperkt aantal regionale afstemmingsafspraken achterhaald.

Via de databank zorgvernieuwing zijn er vijf projecten gevonden waarin afstemmingsafspraken tussen zorgaanbieders centraal staan. Bij deze projecten waren vooral de geestelijke gezondheidszorg en het maatschappelijk werk betrokken. De huisartsenzorg en de thuiszorg in veel mindere mate. Alle projecten hebben betrekking op de inhoud van de zorg.

De enquête leverde 13 afspraken op. Opvallend is dat die afspraken maar door zeven GGZ-instellingen zijn genoteerd. Dit betekent concreet dat de andere 52 GGZ-instellingen die de enquête hebben ingevuld geen specifieke afstemmingsafspraken hebben met andere zorgverleners omtrent de zorg van mensen met een afhankelijkheid van alcohol. Tevens gaven geen van de andere typen zorgaanbieders in de enquête aan dat ze betrokken zijn bij dergelijke afspraken. De zeven GGZ-instellingen die wel afspraken noteerden, waren voor de gespecialiseerde verslavingszorg bij de afspraken betrokken. Andere zorgverleners werden niet of nauwelijks genoemd.

De 13 afspraken gingen vooral om de toegankelijkheid van de zorg, de zorginhoud en afbakeningen van taken en verantwoordelijkheden. Ander aspecten van (keten)zorg zijn niet of nauwelijks genoteerd. De redenen om de afstemmingsafspraken te maken waren vooral het realiseren van een meer doeltreffende behandeling en het verkleinen van de kloof tussen zorgvraag en aanbod. Volgens de respondenten zijn deze doelen ook daadwerkelijk bereikt en wordt er voor een belangrijk deel in de praktijk ook op basis van de afspraken gewerkt.

De afspraken hadden te maken met secundaire preventie, behandeling en begeleiding en verzorging. Primaire preventie was geen onderdeel van de 13 afspraken.

De meeste afspraken bestaan uit het opstellen van een gezamenlijke zorgvisie, de ontwikkeling van gezamenlijke zorgplannen en protocollen, gezamenlijke bespreking van patiënten en in de meeste gevallen vond er ook een gezamenlijke evaluatiebespreking plaats.

Concluderend kan worden gesteld dat er een gering aantal afstemmingsafspraken in het onderzoek zijn gevonden die specifiek voor mensen met een afhankelijkheid van alcohol zijn gemaakt. Dit komt mogelijk omdat algemene afstemmingsafspraken voor de opvang en begeleiding van maatschappelijk kwetsbare groepen niet in dit onderzoek zijn meegenomen. Echter zowel uit de literatuur als uit de enquête blijkt wel dat de bestaande zorg vaak niet in staat is om een groot gedeelte van de mensen met een afhankelijkheid van alcohol te bereiken. Indien er sprake is van onderlinge afstemming zijn hierbij vooral GGZ-instellingen en de gespecialiseerde verslavingszorg betrokken. Dit gaat dan veelal om ernstige gevallen. Juist om een bredere groep te bereiken en te behandelen lijkt het van belang dat ook concretere afspraken met andere betrokken zorgaanbieders, zoals huisartsen en thuiszorg, worden gemaakt. Mogelijk biedt het 'Actieplan Alcoholzorg' hiervoor aanknopingspunten.

Literatuur

- 1) Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven; RIVM, 2002.
- 2) Dossier verslaving en verslavingszorg: achtergrondstudie bij het advies Verslavingszorg herijkt. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Zoetermeer: RVZ, 1999.
- 3) Neve RJM, Lemmens PH, Drop MJ. Older and younger male alcoholics in outpatient treatment. *Add Behaviours* 1999;5:661-672.
- 4) Van Gageldonk A, de Zwart W, van der Stel J, Donker M. De Nederlandse verslavingszorg: overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.
- 5) Nationale Drug Monitor. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.
- 6) Bijl RV, van Zessen G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:2453-2460.
- 7) Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric Morbidity, Service Use, and Need of Care in the General Population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Public Health* 2000;90:602-607.
- 8) Van Leare IRA, Buster MCA. Gezondheidsproblemen van daklozen op zogenaamde dr. Valckenier-spreekuren in Amsterdam. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1156-1160.
- 9) Njoo KH, Meerkerk GJ. Herkennen van problematisch alcoholgebruik: hoe doe je dat? *Huisarts Wet* 2001;12:567-570.
- 10) Van den Brink W, Geerlings PJ. Farmacotherapie in de zorg voor verslaafden. *Pharmac Weekblad* 1997;18:599-614.
- 11) Sonntag D, Kuenzel J. Hat die Therapiedauer bei Alkohol- und Drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht* 2000;46:89-176.
- 12) Ouwehand AW, van Alem VC. The Dutch national alcohol and drugs database: progress in monitoring, monitoring progress. *Eur Addict Res* 1999; 4:173-178.
- 13) Bongers IM. Alcohol and the community: a systems approach to prevention – Holder, H.D. *Eur J Public Health* 2000;10:76.
- 14) Hajema KJ, Knibbe RA, Drop MJ. Social resources and alcohol-related losses as predictors of help seeking among male problem drinkers. *J Stud Alcohol* 1999;1:120-129.

- 15) Fouwels AJ, van den Brink W, Schalken HFA. Stoornissen in het alcoholgebruik bij patiënten van een academische polikliniek psychiatrie; prevalentie, mogelijkheden voor screening en herkenning door psychiaters in opleiding. Tijdschr Psychiatrie 2001;5:297-307.
- 16) Ronhaar PKJ, Timmerman L. Alcohol- en druggebruik bij acute opnames in een randstedelijk psychiatrisch ziekenhuis. Tijdschr Psychiatrie 1997;8:649-659.
- 17) Beyaert EW, Ubbink MM, Kaasenbrood AJA. Matige kwaliteit van ontslagbrieven over psychiatrische patiënten. Ned Tijdschr Geneeskd 1996;(7):365-368.
- 18) Lamberts H, Okkes I. Patients with chronic alcohol abuse in Dutch family practices. Alc Alcoholism 1999;(3):337-345.
- 19) Jabaaij L. Voorschrijven bij alcoholproblemen. Huisarts Wet 2002;(9):449.
- 20) Van den Brink W, Geerlings PJ. Farmacotherapie in de zorg voor verslaafden. Pharm Weekblad 1997;18:599-614.
- 21) Van de Velde JC, Schaap GE, Land H. Follow-Up at a Dutch Addiction Hospital and Effectiveness of Therapeutic Community Treatment. Subst Use Misuse 1998;8:1611-1627.
- 22) Cornel M, van Olst EJ, Willink AE, Hoeksema HL, Bloemen JCM, van der Laan JR. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. Huisarts Wet 1990;33:280-285.
- 23) Actieplan Alcoholzorg. Utrecht; GGZ Nederland, 2001.
- 24) Dautzenberg PLJ, Smulders CMF. Een protocol voor de transmurale behandeling van mensen met een alcoholprobleem. Med Contact 1998;(21): 712-714.

Bijlage 17.1

Tabel 1: Overzicht van formele regionale afstemmingsafspraken tussen de verschillende zorgaanbieders/instellingen en per aspect van (keten)zorg voor mensen met een afhankelijkheid van alcohol op basis van enquête

Zorg- aanbieder	Aantal afspraken	Aantal afspraken dat betrekking heeft op de aspecten:								
		toeg	pat	inhoud	desk	taak	gegeven	kw	wet	fin
HA	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
ZH	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0
VVH	2	2	2	2	1	1	1	0	0	0
GGD	2	2	1	2	0	2	1	0	1	0
GGZ	11*)	10	5	10	5	9	1	4	2	1
PZH	5	5	2	5	1	4	1	3	0	0
VSZ	13	11	5	11	6	9	1	4	2	1
RIBW	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
AMW	2	2	1	1	2	0	0	0	0	0
OV	3 *)	3	0	2	2	2	0	0	2	0

*) niet over alle afspraken is informatie bekend

Tabel 2: Doelen van de afstemmingsafspraken voor (keten)zorg bij afhankelijkheid van alcohol op basis van enquête

Zorgaanbieder	Aantal afspraken	Aantal afspraken dat betrekking heeft op de doelen:																	
		Meer doeltreffende behandeling	Kortere wachttijden	Snellere doorstroom	Kostenbesparing	Meer inspraak in behandeling door patiënt	Meer patiëntgericht	Verkleining kloof zorgvraag en aanbod	Voorkomen/oplossen dublures in zorgverlening	Betere toegankelijkheid dossierinformatie	Betere privacywaarboring	Verminderen complicaties	Verbeteren onderlinge waarneming/vervangning	Inzichtelijker maken van zorgproces voor patiënt	Inzichtelijker maken van zorgproces voor zorgaanbieder	Betere informatiewisseling over ziektebeeld tussen patiënt en zorgaanbieder	Betere informatiewisseling over ziektebeeld tussen zorgaanbieders onderling	Betere informatiewisseling over behandeling tussen patiënt en zorgaanbieder	Betere informatiewisseling over behandeling tussen zorgaanbieders onderling
HA	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZH	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
VVH	2	1	1	2	0	0	2	2	2	0	0	0	1	0	1	1	2	2	2
GGD	2	2	0	1	0	0	1	2	1	0	0	1	1	0	2	1	2	1	2
GGZ	11*)	10	4	4	2	1	5	10	3	3	1	3	1	5	6	2	4	3	4
PZH	5	4	1	2	0	0	2	5	2	3	0	0	1	3	4	1	2	2	2
VSZ	13	11	4	6	2	1	5	11	3	3	1	3	1	5	6	2	4	3	4
RIBW	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
AMW	2	0	1	2	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
OV	3*)	2	1	1	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1

*) niet over alle afspraken is informatie bekend

Tabel 3: Type zorg waaraan de afstemmingsafspraken over de zorg bij afhankelijkheid van alcohol gerelateerd zijn op basis van enquête

Zorgaanbieder	Aantal afspraken	Aantal afspraken dat betrekking heeft op type zorg:			
		primaire preventie	secundaire preventie	curatie	verzorging
HA	1	0	1	1	0
ZH	1	0	0	1	1
VVH	2	0	0	1	2
GGD	2	0	1	1	2
GGZ	11*)	0	7	9	8
PZH	5	0	3	4	5
VSZ	12*)	0	8	10	8
RIBW	1	0	0	0	1
AMW	5	0	1	1	1
OV	3*)	0	2	2	2

*) niet over alle afspraken is informatie bekend

Tabel 4: Elementen van afstemmingsafspraken voor zorg voor afhankelijkheid van alcohol op basis van enquête

Aantal afspraken dat betrekking heeft op de elementen:

Zorgaanbieder	Aantal afspraken	Aantal afspraken dat betrekking heeft op de elementen:											
		Gezamenlijke zorgvisie	Gezamenlijke zorgplannen	Gezamenlijke protocollen	Gezamenlijke patiëntdossiers	Gezamenlijke registratie van fouten, incidenten en calamiteiten	Gezamenlijke patiëntbesprekingen	Gezamenlijke procedure inzake klachtenbehandeling	Gezamenlijke patiëntraadpleging	Gezamenlijk evaluatie-overleg	Gezamenlijk budget	Integrale verslaglegging	Gezamenlijke informatiebrochure
HA	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
ZH	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
VVH	2	2	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1
GGD	2	1	1	1	0	0	2	0	0	2	0	0	2
GGZ	11*)	8	7	7	5	4	7	0	0	9	0	1	3
PZH	5	5	4	3	3	3	2	0	0	4	0	0	1
VSZ	12*)	9	8	7	5	4	7	0	0	9	0	1	3
RIBW	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
AMW	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
OV	3*)	1	2	2	0	0	1	0	0	2	0	0	0

*) niet over alle afspraken is informatie bekend