
DEFINITIEVE DOORDRINKERS

EEN LITERATUURSTUDIE EN VELDONDERZOEK NAAR HET HUIDIGE ZORGAANBOD BINNEN DE SOCIALE VERSLAVINGSZORG VOOR DOORDRINKERS.

Femke Beijer en Wouter Venne

Inleiding

In 2013 verscheen het artikel 'Doordrinkers: dilemma's en definitie' van Staats, et al, (2013, p.18) waarin de therapieresistente alcoholist centraal staat.

Staats en anderen houden een betoog voor een eenduidig beleid binnen de verslavingszorg aan de doelgroep "doordrinkers".

Staats en anderen (2013) beschrijven de twijfels die bestaan bij het vaststellen van de prevalentie van de groep mensen die per jaar overlijdt door alcohol. Zo vermoeden zij een aanzienlijke onderrapportage van deze groep doordrinkers omdat deze mensen niet overlijden aan alcohol als primaire doodsoorzaak. Daarnaast zeggen de auteurs dat 'statistieken over alcoholsterfte in Nederland niet expliciet worden bijgehouden en er geen cijfers bekend zijn over de prevalentie van doordrinkers in de verslavingszorg (Staats et al, 2013, p.19). Het aantal doordrinkers wordt volgens Staats en anderen (2013) landelijk grof geschat op 1.100 mensen. Op basis van dossiers bij de afdeling chronische verslavingszorg van Arkin, Instelling voor Verslavingszorg te Amsterdam, wordt geschat dat 10% van de patiënten binnen deze afdeling van Arkin voldoen aan de criteria van doordrinker.

Dit betekent dat naar schatting één op de tien cliënten binnen de sociale verslavingszorg therapieresistent is. Als wij de multidisciplinaire richtlijn 'stoornissen in het gebruik van alcohol' (GGZ richtlijnen, 2009) handhaven, zien wij dat de uitgangspunten gericht zijn op het minderen, of toewerken naar abstinentie, van alcoholgebruik bij alcoholafhankelijkheid. Geeft deze richtlijn voldoende richting voor de hulpverlening aan de doordrinker?

In dit artikel doen wij een verslag van ons onderzoek naar het huidige zorgaanbod aan doordrinkers in de sociale verslavingszorg. Allereerst beschrijven wij onze onderzoeksvraag en vervolgens markeren wij de doelgroep. Daarop volgend beschrijven we de onderzoeksmethodiek en de resultaten van het onderzoek. Uiteindelijk komen wij tot een conclusie.

Probleemstelling

Onze motivatie voor dit onderzoek naar het zorgaanbod voor doordrinkers, is gebaseerd op het artikel van Staats en anderen (2013) en onze ervaringen in het praktijkveld van Brijder Verslavingszorg en de GGD regio Amsterdam. Onze verwachting is dat er geen eenduidigheid is in de behandeling of zorg aan de doelgroep doordrinkers.

De behandeling of zorg lijken afhankelijk van de persoonlijke invulling van de individuele hulpverlener. In de praktijk zien wij dat de doelgroep doordrinkers zorg oproept bij hulpverleners.

Dit zou kunnen voortkomen uit het feit dat het vaak gaat om zorgelijke situaties waarbij er sprake is van ernstige verwaarlozing, ernstige maatschappelijke problemen en zorgelijke somatische omstandigheden.

Ook Staats en anderen onderkennen het ontbreken van een eenduidig beleid in de verslavingszorg (Staats et al, 2013). *"Ondersteuning in de praktijk van ketenpartners aan hulpverleners die dagelijks beslissingen moeten nemen ontbreekt. Juist bij deze doelgroep dient er gestreefd te worden naar een gezamenlijke inspanning van patiënt en behandelaar"* (Staats et al, 2013).

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het in kaart brengen van het huidige zorgaanbod binnen de sociale verslavingszorg aan de groep doordrinkers. We richten ons daarbij ook op knel- en aandachtspunten.

Deze inventarisatie kan het uitgangspunt vormen voor het formuleren van aanbevelingen die bijdragen bij het verbeteren van het huidige zorgaanbod aan doordrinkers.

Onderzoeksvraag

Wat is het huidige zorgaanbod bij doordrinkers binnen de sociale verslavingszorg van GGD Amsterdam en Brijder Verslavingszorg?

Voortkomend uit de onderzoeksvraag hebben wij de volgende deelvragen geformuleerd:

- 'Welke evidence based of practise based behandelingen/ interventies bestaan er voor de groep doordrinkers?'
- Welke behandelmethoden worden op dit moment toegepast binnen Brijder Verslavingszorg en de GGD Amsterdam en zijn deze vastgelegd in richtlijnen of protocollen?
- Wat zijn de ervaringen van de hulpverlener (SPV, verpleegkundige, arts en psychiater) met betrekking tot de zorg aan de doordrinker?
- Wat zijn de huidige toegepaste richtlijnen en werkwijze van zorgmentoren?
- Wat is het cliëntperspectief van de doordrinker ten aanzien van doordrinken?

Definitie van de doelgroep doordrinkers

Staats en anderen beschrijven naar onze mening de meest recente en passende omschrijving van doordrinkers binnen de sociale verslavingszorg (Staats et al 2013).

Omdat er binnen de literatuur geen eenduidige definitie aangehouden wordt voor deze doelgroep hanteren wij de volgende reeds bestaande definitie van Staats:

- Er is sprake van tientallen jaren extreem alcoholgebruik,
- De hulpverlening binnen de sociale verslavingszorg (van minimaal 1 jaar) heeft geen abstinentie tot effect gehad,
- De doordrinker slaagt er niet in om te stoppen met alcoholgebruik en heeft dit niet (meer) als doel.
- De doordrinker heeft een authentieke en persistente wens het alcoholgebruik voort te zetten.
- Is vrijwel voortdurend onder invloed van alcohol of is ziek door onthouding,
- Heeft een beperkte levensduur door schadelijke somatische gevolgen van alcoholgebruik,
- Heeft geen actieve doodswens, is niet suïcidaal,
- Is wilsbekwaam te noemen indien niet onder invloed van alcohol

Methode van onderzoek

Wij willen door middel van exploratief onderzoek toetsen of er eenduidigheid bestaat in de behandeling en zorg aan doordrinkers.

Het onderzoek bestaat uit vijf onderdelen:

Om te beginnen een literatuurstudie

Gezien het tijdsbestek van dit onderzoek hebben wij ons enkel gericht op welke evidence based of practise based behandelingen/ interventies er bestaan voor de groep doordrinkers?'

Inventarisatie van huidige behandelmethoden

Wij hebben onderzoek gedaan naar de behandelmethoden die op dit moment toegepast worden binnen de GGD Amsterdam en Brijder Verslavingszorg.

Het onderzoeken van het huidig gehanteerde beleid binnen verschillende lagen van beide organisaties

Dit bestond in totaal uit 16 interviews met regiomanagers, artsen, psychiaters, caseloadhouders en zorgmentoren.

We hebben hierbij gebruik gemaakt van een semi gestructureerde vragenlijst gericht op gehanteerde werkwijzen en richtlijnen. Ook hebben wij gevraagd naar knelpunten binnen de zorg aan doordrinkers en de visie op palliatieve zorg bij deze doelgroep. Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psycho-sociale en spirituele aard (WHO, 2002).

Toepassing van deze interviewmethode gaf de mogelijkheid door te vragen op gegeven antwoorden.

Enquête onder caseloadhouders (GGD) en coördinerend behandelaren (Brijder)

Om inzicht te krijgen in de huidige toegepaste richtlijnen en werkwijze van zorgmentoren hebben wij een enquête gehouden onder 30 zorgmentoren van de GGD Amsterdam en 29 van Brijder verslavingszorg. Zorgmentoren zijn verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg en staan direct in contact met doordrinkers. De keuze voor een enquête berust op het feit dat wij op die manier in staat waren een groot aantal zorgmentoren met voorkennis rondom het onderwerp te bereiken.

De vragen werden schriftelijk en individueel ingevuld. Door middel van gesloten vragen vroegen we naar de standpunten rondom kennis van richtlijnen. Aan de hand van open vragen kwamen de gehanteerde richtlijnen en werkwijzen aan bod. Ook is gevraagd naar ervaringen met het verlenen van palliatieve zorg aan doordrinkers. Doelstelling was te achterhalen of zorgmentoren specifieke werkwijzen en richtlijnen toepassen bij doordrinkers en of er sprake was van een eenduidig beleid. Aanvullend vroegen we naar ervaren knelpunten in de zorg aan doordrinkers.

Interviews met doordrinkers

We zijn in gesprek gegaan met zes doordrinkers; patiënten die voldoen aan de door ons gehanteerde criteria van doordrinkers. De gehanteerde interviewmethode was gebaseerd op een semigestructureerde vragenlijst. Dit gaf de mogelijkheid om naast vaststaande vragen in te gaan op onderwerpen die de doordrinker zelf inbracht. De doelstelling was het verkrijgen van inzicht in de opvattingen, knelpunten en behoeften van de doordrinker. Onderwerpen die aan de orde kwamen zijn: herkent de doordrinker zichzelf aan de hand van de opgestelde criteria; hoe ervaart de doordrinker de zorgverlening; wat zijn ervaren knelpunten.

Resultaten

Literatuurstudie met betrekking tot de behandeling aan doordrinkers

Over de doelgroep doordrinkers wordt nauwelijks geschreven binnen bestaande literatuur. Daarnaast beschrijft de literatuur het ontbreken van onderzoek naar resultaten van ingezette behandelingen (Hensen-Baas M.J. et al, 2012).

De doelgroep doordrinkers kan volgens ons als onderdeel gezien worden van de huidige populatie chronische verslaafden die in Nederland zorg ontvangt.

De multidisciplinaire richtlijn "Stoornissen in het gebruik van alcohol" van het Trimbosinstituut beschrijft de volgende aanbevelingen; 'motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid' (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos-instituut, 2008).

Er wordt aanbevolen 'om patiënten met een chronische stoornis in het gebruik van alcohol dagelijks 2dd 50 mg thiamine te laten gebruiken in combinatie met vitamine B-complex' (Trimbos, 2014).

Psychosociale interventies bestaande uit: (1) motivering om gedragsverandering te vergroten, (2) het onder controle krijgen van het drinken en (3) de kans op terugval te verkleinen.

De cognitief gedragstherapeutische interventies laten zich weer onderverdelen in sociale vaardigheidstraining, zelfcontroletraining, cue exposure, gedragstherapeutische gezins- en partnerrelatietherapie, en zelfhulpmateriaal (bibliotherapie).

(Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos-instituut, 2008).

Buning en anderen beschreven in 2003 in het boek "Alcohol and harm reduction" dat er weinig onderzoeksgegevens bekend of betrouwbaar zijn over de groep doordrinkers. "Studies are rare and clear international standards are still lacking" (Buning E. et al, 2003, pag. 22).

Ook Hensen-Baas en Buster werkzaam bij het cluster Epidemiologie en Gezondheidsbevordering (E & G) van de GGD te Amsterdam bevestigen in hun artikel "Drinkers van de straat" dat er in Nederland weliswaar veel initiatieven zijn ontplooid maar er anderzijds weinig studies zijn verricht waarin de effectiviteit van bestaande interventies duidelijk wordt aangetoond (Hensen-Baas M.J. et al, 2012).

De meest recente ontwikkelingen voor de groep doordrinkers zijn de voorzieningen die ingericht zijn om alcoholgebruik te gedogen; de alcoholhostels en de alcoholgebruikersruimten (Hensen-Baas. M.J. et al, 2012). Hensen-Baas en anderen geven in dit artikel " Drinkers van de straat" aan dat de doelen van deze voorzieningen zijn gericht op het verminderen of stabiliseren van het alcoholgebruik, het verminderen van overlast en het verbeteren van de leefsituatie van de doelgroep. Uit dit onderzoek van Hensen-Baas blijkt dat de doelgroep op deze zorg goed reageert mits zij het gevoel hebben met respect benaderd worden en de eigen keuze mogelijkheid behouden blijft.

Een voorbeeld van een *best-practise* interventie (een werkmethode die zich als effectiever heeft bewezen dan enige andere methode), is het alcoholproject binnen zorgcentrum voor dakloze alcoholisten in Amersfoort (Schouten, E, et al, 2013). De zorgverlening streeft hier niet naar abstinentie.

De visie van het zorgcentrum is gebaseerd op het model van de 'Managed Alcohol Projects' in de Canadese provincie Ontario. De onderzoeksresultaten zijn positief. Deelnemers bezoeken minder vaak spoedeisende hulpdiensten en komen minder vaak in aanraking met politie. Daarnaast hebben veel deelnemers weer contact gelegd met familieleden (Schouten E, et al, 2013). Hensen-Baas en anderen zijn kritisch ten aanzien van bovenstaande resultaten. "*Er is geen onderzoek verricht waarbij de ontwikkelingen van de deelnemers van deze voorziening met die van een controlegroep zijn vergeleken*" (Hensen-Baas, M, et al, Drinkers van de straat, pag.4, 2012).

Hensen-Baas en anderen tonen met hun onderzoek aan dat alcoholhostels bewezen effectief zijn in het stabiliseren of reguleren van het drankgebruik, het verbeteren van de algehele leefsituatie, het verminderen van overlast en besparing van kosten op het gebied van medische zorg en contacten met politie (Hensen-Baas et al, 2013).

Vooraf woonvoorzieningen met 24 uur begeleiding in combinatie met interventies als gecontroleerd drinken lijken succesvol aldus Hensen-Baas en anderen.

Critical Time Intervention (CTI), toegepast in de bemoeizorg bij mensen met psychiatrische problematiek lijkt zich goed te lenen voor zorginhoudelijke vormgeving. De interventie strategieën op basis van CTI zijn *evidence-based* (In de praktijk getoetst door beroepsbeoefenaren en aantoonbaar goede resultaten oplevert) te noemen volgens Boxem en anderen (Van der Plas. A.G.M, 2013). Critical Time Intervention (CTI) is een *evidence-based* benadering, ontworpen om de verbinding te maken tussen de patiënt en de zorg zo schrijven ook van der Plas en anderen (2013).

Assertive Community Treatment (ACT) is het meest getest en onderzochte model voor de behandeling van langdurig zorgafhankelijke patiënten stelt het Oude Gesticht, virtueel museum van de psychiatrie, (hetoudegesticht.com, 2008-2013). Zij beweren dat ACT bij uitstek een *evidence based practise* is doordat het veelvuldig is onderzocht en geëvalueerd. Aangetoond is dat de methode werkt en kostenbesparend is ten opzichte van klinische opnames en reguliere ambulante benaderingen.

De methode zou geschikt zijn voor chronische psychiatrische en complexe problemen. De groep doordrinkers worden tot de behandeling geïncorporeerd (hetoudegesticht.com, 2008-2013).

Enkele elementen die ACT succesvol maken (Mulder en Kroon, 2009) zijn:

- Het ACT-team bestaat uit verschillende disciplines die met elkaar samenwerken rondom dezelfde patiënt.
- De ACT-teamleden hebben een gemeenschappelijke caseload
- Het ACT-team voert verschillende soorten behandelingen en begeleiding zelfstandig en flexibel uit: psychiatrische diagnostiek en behandeling, verslavingszorg, trajectbegeleiding, woonbegeleiding, rehabilitatie en praktische hulp.
- Het ACT-team is 24 uur per dag beschikbaar
- Het ACT-team zoekt patiënten actief op en volgt de patiënt bijvoorbeeld tijdens opname en detentie.

Een andere *evidence based* methode om patiënten te motiveren en positief gedrag te stimuleren is Motiverende Gespreksvoering (MGV) ontwikkeld door Miller en anderen (Miller.W.R, et al, 2012). MGV is een gesprekstechniek en een manier van contact maken. De basisprincipes zijn: onvoorwaardelijke acceptatie, aansluiten bij de motieven van de patiënt en het zelf verantwoordelijk maken van de patiënt voor verandering.

Welke behandelmethoden worden op dit moment toegepast binnen Brijder Verslavingszorg en de GGD Regio Amsterdam en zijn deze vastgelegd in richtlijnen of protocollen?

Hieronder beschrijven we actuele interventies en behandelingen welke toegepast worden binnen de GGD Amsterdam en de Brijder Verslavingszorg aan de groep doordrinkers.

GGD Amsterdam

Ten tijde van dit onderzoek bestond er nog geen vastgestelde richtlijn m.b.t. alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid welke in het kwaliteitsregister van de GGD Amsterdam was terug te vinden. Wel was er een richtlijn "delirium" en een richtlijn "onthoudingsinsulten" terug te vinden in het kwaliteitssysteem. Een kwaliteitsmedewerker van de GGD liet weten dat er een alcoholbeleid is geschreven door een arts van de GGD. Dit omvat een beleid gericht op zowel alcoholmisbruik als alcoholafhankelijkheid. Dit beleid is inmiddels (24-04-2014) goedgekeurd door het Bureau Eerste Geneeskundige (BEG) van de GGD.

Een belangrijk aspect van dit alcoholbeleid is gereserveerd onder het kopje "Chronische alcoholafhankelijkheid" een definitie van de doordrinker ontbreekt hierin. Hieronder valt onder andere *Harm reduction* waarbij gebruik wordt gemaakt van casemanagement en reguliere screenings door artsen en verpleegkundigen.

Daarnaast wordt verwezen naar bestaande richtlijnen en standaarden:

- "Het BAC beleid en methadon"; een BAC beleid bij methadon/heroïne behandeling
- NGH-standaarden; www.nhg.org/nhg-standaarden; bij somatische co-morbiditeit
- De richtlijnen van de NVVP; www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen; bij psychiatrische co-morbiditeit.
- Het beleid sluit af met de opmerking dat wanneer een patiënt teloor gaat en weigert mee te werken aan behandelingen er een RM aangevraagd moet worden.
- Het alcoholbeleid is samengesteld met behulp van literatuur uit de Multidisciplinaire richtlijn "Stoornissen in het gebruik van alcohol" van het Trimbos. Ook wordt gebruik gemaakt van de richtlijn detox; "Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie" van GGZ Nederland.

Brijder Verslavingszorg

Ook op deze locatie wordt de multidisciplinaire richtlijn verslaving gevolgd. Daarnaast wordt het abstinierend beleid toegepast binnen Brijder Verslavingszorg. Het is een richtlijn gericht op patiënten waarbij een aantal jaren hulpverlening geen effect heeft gehad.

Verschillende vormen van medicatie en diverse vormen van ambulante en klinische behandeling zijn uitgeprobeerd.

Patiënten slagen er vaak niet in te stoppen en geven ook vaak of altijd aan dat hij/zij dat ook niet meer wil nastreven. Het risico van overlijden wordt geaccepteerd. Een abstinierend beleid betekent dat er slechts beperkte begeleiding wordt geboden en geen intensieve ambulante zorg. De patiënt wordt ook niet meer in een klinische setting opgenomen binnen de verslavingszorg. Opname op somatische gronden kan eventueel nog wel plaatsvinden als de huisarts dat geïndiceerd acht.

Het abstinierend beleid is reversibel. Een patiënt met een abstinierend beleid kan op elk moment aangeven dat hij een specifieke behandeling wenst, bijvoorbeeld een opname op een klinische detox.

Er wordt tevens gewerkt met herstelpaden. Dit vormt de basis van het herstelgericht denken.

'Bij de herstel ondersteunende visie is het belangrijk dat de hulpvraag van de cliënt centraal wordt gesteld. De wensen en mogelijkheden van onze cliënten, hun omgeving en onze expertise vormen het startpunt van de behandeling' (Brijder intranet, 2014).

Resultaten van de interviews met professionals

"Als dokter, mensen onder mijn handen dood zien gaan, ervaar ik als een belasting"

De uitkomsten uit de interviews laten het volgende beeld zien:

We hebben alle respondenten de criteria van doordrinkers voorgelegd. Allemaal geven ze aan ervaring te hebben met de doelgroep. Samenvattend kan gezegd worden dat de zorg binnen' Brijder Verslavingszorg en GGD Amsterdam wordt gecoördineerd en vormgegeven volgens richtlijnen gericht op alcoholafhankelijkheid. Dit staat los van het gegeven of patiënt valt onder de criteria van een doordrinker. Uitgangspunt voor artsen en psychiaters zijn de richtlijnen zoals de Multidisciplinaire Richtlijn GGZ en de NVVP.

"In deze richtlijnen is weinig aandacht voor de specifieke problemen en dilemma's van de doordrinkers"

Binnen Brijder Verslavingszorg wordt als richtlijn het abtinerend beleid genoemd. Echter niet alle respondenten geven aan ervaring te hebben met deze richtlijn.

"Vaak komt het neer op de vraag of iemand wilsbekwaam is om te kunnen besluiten als hulpverlener dat iemand zich dood mag drinken of dat er sprake is van een psychiatrische stoornis waardoor eerst een RM traject moet worden gestart"

Respondenten die het beleid hebben toegepast bij doordrinkers zeggen dat dit beleid als een stappenplan gezien kan worden. De doelstelling van dit beleid is volgens hen het stoppen met ambulante zorg gericht op minderen of stoppen met drinken.

Vragen gericht op het achterhalen van knelpunten in de zorg aan doordrinkers geven het volgende beeld. Een merendeel van de respondenten zegt dat het werken met de doordrinkers als belastend ervaren wordt. Het aftakelingsproces van de doordrinker en de machteloosheid van de hulpverlener worden hierbij als reden benoemd.

Het huidige beleid wordt als dichotoom gezien: patiënten moeten of stoppen met drinken of doorgaan. SPV-en ervaren druk om patiënten waarbij geen resultaat wordt geboekt uit te schrijven.

Als veel voorkomend knelpunten worden het zorgmijndend gedrag van de doordrinker en het niet nakomen van gemaakte afspraken genoemd.

Het voortdurend onder invloed zijn leidt tot het moeizaam kunnen samenwerken met de doordrinker. Diverse disciplines geven aan dat wanneer een doordrinker door blijft drinken, er geen interventies aangeboden kunnen worden. Een arts en SPV van Brijder Verslavingszorg noemen beide de 'natte detox' als toekomstige optie voor de doordrinker. Dit is een klinische detox waarbij het doel ligt op stabilisatie, niet op abstinentie. De doordrinker blijft door drinken maar in mindere mate. Vanuit stabilisatie kunnen sociaal maatschappelijke problemen besproken en aangepakt worden.

De samenwerking tussen de sociale verslavingszorg en ketenpartners verloopt lang niet altijd goed en wordt als een knelpunt gezien, aldus de respondenten. Afstemming van zorg en verantwoording zijn niet vastgelegd. Afstemming en organisatie van zorg wordt bepaald door de direct betrokkenen. De samenwerking met huisartsen wordt als voorbeeld gegeven.

Het actief betrekken van de sociale omgeving wordt door alle respondenten als belangrijk onderdeel van de behandeling gezien. Tegelijkertijd wordt onderkend dat dit moeilijk is door het ontbreken van het sociale steunsysteem of door een kwetsbaar steunsysteem (medegebruikers, familiale problematiek). De mogelijkheden maar ook de wens van de doordrinker moet volgens respondenten leidend zijn.

De wijze waarop palliatieve zorg wordt uitgevoerd is niet vastgelegd. De samenwerking met huisartsen en ketenpartners wordt ook hierbij als knelpunt genoemd.

Het onderwerp palliatieve zorg aan doordrinkers roept tegenstrijdige reacties op. Waar sommige respondenten palliatieve zorg zien als onderdeel van hun functie, geven anderen aan dit niet tot hun takenpakket te zien, zij vinden zichzelf er ook niet bekwaam in.

Resultaten van de enquêtes

We hebben gekozen voor een aparte enquête onder zorgmentoren (caseloadhouders). Dit komt voort uit het gegeven dat het juist de zorgmentoren zijn die als coördinerend behandelaar het meeste contact met zowel doordrinkers, zijn systeem en de ketenpartners hebben. Gezien de grote van deze groep hebben wij gekozen voor een enquête. We vroegen welke richtlijnen en werkwijze zorgmentoren toepassen bij cliënten met een alcoholafhankelijkheid. Daarnaast vroegen we ook naar specifieke richtlijnen en werkwijzen bij doordrinkers. Van de aangeschreven zorgmentoren van GGD Amsterdam hebben 17 respondenten gereageerd. Binnen Brijder Verslavingszorg reageerden 20 respondenten.

Wij hebben de eerder genoemde definitie van de doordrinker voorgelegd aan de zorgmentoren. Het doel was om te achterhalen of zorgmentoren te maken hebben met patiënten die voldoen aan deze criteria. Hieruit bleek dat alle respondenten in hun werk te maken hebben met doordrinkers.

Een meerderheid van de caseloadhouders van de GGD Amsterdam geeft aan niet op de hoogte te zijn van de bestaande richtlijnen met betrekking tot alcoholmisbruik en/of afhankelijkheid. Een methodische werkwijze in de praktijk ontbreekt. Een mogelijke reden (zo luidt de argumentatie van de zorgmentoren) is dat deze richtlijn niet in het kwaliteitssysteem is terug te vinden.

Er is een verschil in de mate waarin zorgmentoren binnen Brijder Verslavingszorg op de hoogte zijn van de richtlijnen bij alcoholafhankelijkheid en de richtlijn bij doordrinkers. Bij patiënten die voldoen aan de criteria alcoholafhankelijkheid geven 18 zorgmentoren aan op de hoogte te zijn van de richtlijn.

Bij patiënten die voldoen aan de criteria van doordrinker geven 11 zorgmentoren aan op de hoogte te zijn. Aan de hand van open vragen vroegen wij welke richtlijnen en werkwijze toegepast worden door zorgmentoren. De antwoorden laten volgens ons zien dat genoemde richtlijnen en werkwijze bestaan uit richtlijnen die toegepast worden bij alcoholafhankelijkheid en niet specifiek toegespitst zijn op doordrinkers. De enige specifieke richtlijn voor doordrinkers die wordt benoemd is het abstinierend beleid.

Uit de enquête wordt duidelijk dat er een verschil onder hulpverleners bestaat in ervaring met het verlenen van palliatieve zorg aan doordrinkers. Dit verschil bestaat uit het hebben van geen enkele ervaring in het geven van palliatieve zorg aan doordrinkers, tot het vaker begeleid hebben van terminale doordrinkers. (Palliatieve zorg heeft als doel de kwaliteit van leven te verbeteren van patiënten en hun families wanneer zij geconfronteerd worden met de problemen die samengaan met levensbedreigende ziekten) (Thijs A et al, Palliatieve zorg voor verslaafden, 2006).

Ook zien wij een verschil in visie op palliatieve zorg binnen beide organisaties. Waar sommige antwoorden dat zij palliatieve zorg niet rekenen tot hun takenpakket, zeggen anderen dat zij het zien als een onderdeel van de zorg aan doordrinkers.

Anderzijds wordt gesteld dat palliatieve zorg past binnen het zorgaanbod maar niet kan worden vormgegeven zonder ketenpartners als de huisarts of gespecialiseerde thuiszorg. De wijze van afstemming en samenwerking met deze ketenpartners bij de palliatieve zorg aan doordrinkers is niet vastgelegd. Ook niet rondom palliatieve zorg. Binnen beide instellingen blijkt een onderling verschil aantoonbaar rond de invulling van zorg en interventies die ingezet worden bij doordrinkers.

De volgende knelpunten worden ervaren in de zorg aan doordrinkers:

- de emotionele belasting die wordt ervaren wanneer een doordrinker afglijdt;
- de ervaren machteloosheid;
- de onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de zorg en het ontbreken van een eenduidige richtlijn;
- er wordt geen psychiatrische behandeling verleend omdat er sprake is van overmatig alcoholgebruik.

Interviews met de doordrinkers

Aan de hand van interviews met zes doordrinkers willen wij het cliëntperspectief belichten. Wij hebben gesproken met zes cliënten: een oud kunstenaar, een decorbouwer, een man die zijn hele leven voor zichzelf heeft moeten zorgen, een voorheen succesvol ingenieur en een oud muzikant en iemand zonder werkervaring. Leeftijd varieert tussen 48 en 62 jaar. Twee van de zes doordrinkers verschenen niet op de eerste afspraak. Eén verscheen pas op de derde gemaakte afspraak.

Wij realiseren ons dat de uitkomsten uit deze gesprekken niet representatief is voor de totale groep doordrinkers maar slechts globaal beeld schetst van het cliëntperspectief.

Ziet de doordrinker zichzelf als doordrinker? Alle zes ondervraagde doordrinkers herkennen zichzelf in de eerder genoemde criteria van doordrinkers.

Psycho-educatie over de schade die alcohol veroorzaakt en een betuttelende houding worden daarom als misplaatst gezien. De doordrinkers geven allemaal aan zich te realiseren dat de mate waarin zij alcohol drinken zeer schadelijk is.

Wat zijn wensen ten aanzien van de hulpverlening? Een respectvolle manier van omgang, ook wanneer de keuze gemaakt wordt om door te drinken, wordt als zeer belangrijk gezien. Het aanspreken op verantwoordelijkheid wordt ook genoemd. De doordrinkers geven aan meer autonomie te willen, met name over richting en invulling van hun behandeling.

Hoe ziet de doordrinker zijn situatie zelf? Drie van de zes doordrinkers geven aan hoop te hebben ooit te stoppen met drinken. De grootste zorg die alle ondervraagden doordrinkers uiten is het gebrek aan toekomstperspectief. Een uitzichtloos leven. Mede door de angst lichamelijke klachten te krijgen.

Wat betreft hun steunsysteem geven alle geïnterviewde doordrinkers aan dat er weinig mensen bij hun leven betrokken zijn. Wanneer er wel betrokkenen zijn speelt er angst en schaamte. Angst voor het verliezen van het contact en het belasten van het systeem. Schaamte voor de toestand waarin iemand verkeert. Dit bepaalt dat de doordrinker het eventueel aanwezige systeem niet bij de behandeling betreft.

(Een doordrinker met abstinierend beleid;)

"De druk vanuit de omgeving om te veranderen is weggefallen waardoor een gelijkwaardiger relatie ontstaat"

Conclusie

In dit onderzoek hebben wij getracht een antwoord te geven op de volgende vraag:

Wat is het huidige zorgaanbod bij doordrinkers binnen de sociale verslavingszorg van GGD Amsterdam en Brijder Verslavingszorg?

Het huidige behandelaanbod van de GGD Amsterdam en Brijder Verslavingszorg is vooral gefocust op het minderen en stoppen van het gebruik van alcohol.

Zolang de sociale verslavingszorg zich ten doel stelt alcoholgebruik te stoppen of te minderen valt de doordrinker buiten de boot.

Voor zover er wel richtlijnen zijn, worden die onvoldoende nageleefd.

10% van de doelgroep binnen de sociale verslavingszorg blijkt aan de criteria van een doordrinker te voldoen en als de patiëntenpopulatie binnen de sociale verslavingszorg niet wordt erkend; een populatie met vaak complexe sociaal maatschappelijke problemen, ernstige somatische klachten en een hoog risico op voortijdig overlijden.

Toch bestaat er geen zorgaanbod gericht op deze groep. Ons literatuur onderzoek laat zien dat er diverse projecten zijn waarbij de essentie niet ligt bij het stoppen met drinken. Dit lijkt een positief effect te hebben op het algeheel functioneren van de doordrinker; de leefsituatie wordt stabiel en er is minder overlast.

Uit de enquête onder zorgmentoren concluderen wij dat de problematiek van de doelgroep doordrinkers onderkend wordt door zorgmentoren. Een eenduidig beleid is er volgens de zorgmentoren niet. Ook hier wordt de zorg vormgegeven aan de hand van ervaring en kennis van de individuele hulpverlener. Doordrinkers geven aan dat de bejegening, acceptatie en inspraak in de vormgeving van zorg als zeer belangrijk worden ervaren.

Professionals benoemen het gevoel van machteloosheid en teleurstelling over behandelresultaten; de last van het zien afglijden en sterven van doordrinkers wordt als zwaar en belastend ervaren.

In het directe contact met doordrinkers wordt door hulpverleners het onbetrouwbare en

zorgmijdend gedrag van de doordrinker genoemd waardoor hulpverleners het als belastend ervaren. Ook de samenwerking met de doordrinkers wordt als knelpunt gezien. Men vindt het moeilijk om problemen op verschillende levensgebieden te bespreken en aan te pakken wanneer de patiënten onder invloed zijn.

De wijze waarop de samenwerking tussen de sociale verslavingszorg en ketenpartners wordt vormgegeven is niet eenduidig. Het gevolg hiervan is dat er onduidelijkheid heerst over wie voor welke aspect van zorg de verantwoordelijkheid draagt.

Literatuur onderzoek laat zien dat er diverse projecten en initiatieven zijn maar dat er weinig onderzoek gedaan wordt naar resultaten. Met als gevolg dat de effecten van de initiatieven niet meetbaar zijn.

Op basis van de beschreven conclusies willen wij aandacht vragen voor deze doelgroep.

De resultaten van ons onderzoek willen wij als opzet gebruiken voor een dialoog rondom de doelgroep doordrinkers binnen verslavingszorg Nederland.

Onderkenning van problematiek rondom de doordrinker kan volgens ons leiden tot verbetering van kwaliteit van zorg maar ook van leven.

Literatuurlijst

- Buning.E, et al, Alcohol and harm reduction; an innovative approach for countries in transition, 2003
- Franken.I, *Handboek Verslaving*, 2013
- Miller, W.R en Rollinck, S, *Motiverende Gespreksvoering*, 2012
- Mulder.N & Kroon.H, Assertive Community Treatment; *bemoezorg voor patiënten met complexe problemen*, 2009)
- Opleidingsinstituut DJI, *Werschrift en reader Motiverende gespreksvoering voor de MGGZ*, 2014
- Van der Plas.A.G.M, et al, Critical Time intervention- Continuïteit van zorg in de openbare geestelijke *gezondheidszorg*, 2008
- Padt I.van der & Venneman,B, *Sociale Psychiatrie, Visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie*. Boom Lemma: Den Haag, 2010

Internet

- Bak.M et al, An observational, "real life" trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria
- Brijder intranet, geraadpleegd op april 2014
- Boxem.R et al, het alcoholproject Amsterdam, 2010
- Geurtsen.M, Multidisciplinaire richtlijn: Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009
- GGD intranet, geraadpleegd april 2014
- Hensen-Baas et al: Drinkers van de straat, 2012
- Jong.C.A, et al, Richtlijn detox: Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie, GGZ Nederland, 2004
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos-instituut (2008), MDR alcohol, geraadpleegd op 15-4-2014 van http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=997&richtlijn_id=73
- Nederlands huisartsengenootschap (2005), Problematisch alcoholgebruik, geraadpleegd op 12-4-14 van <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/problematisch-alcoholgebruik>
- Podymow et al: Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol.
- Schouten: Alcoholisten binden met bier, 2013
- Tactus verslavingszorg, Thijs, A et al, Palliatieve zorg voor verslaafden, 2006
- Tuinebreijer.W, alcoholbeleid, 2014
- WHO, 2002, http://www.palliatievezorg.nl/page_867.html