
VERSLAVINGSZORG IN DE HUISARTSENPRAKTIJK DOOR DE SPV

Gerard Kanters, SPV en 1e lijnsconsulent Brijder Verslavingszorg

In toenemende mate is er vraag naar gespecialiseerde ondersteuning in de 0e en 1e lijnszorg vanuit de 2e lijnszorg (Diabolo Project). De consultatieve ondersteuning in de huisartsenpraktijk is nog sterk in ontwikkeling en vraagt om een pioniersmentaliteit.

De vraag in dit artikel is, welke bijdragen door een Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige (SPV), gespecialiseerd in de verslavingszorg, binnen de huisartsenpraktijk noodzakelijk en wenselijk zijn bij vroegsignalering van patiënten met alcoholproblemen?

Dit artikel geeft antwoord op de volgende vragen:

1. Wat wil de cliënt met een alcoholprobleem in de huisartsenpraktijk?
2. Wat kan de huisarts bij een patiënt met alcoholprobleem in zijn praktijk?
3. Welke behoefte is er aan gespecialiseerde verslavingshulp in de huisartsenpraktijk?
4. Wat is het effect van vroegsignalering op behandeling bij alcoholproblematiek?
5. Wat zou het aanbod van de SPV aan de patiënt en huisarts moeten zijn?
6. Hoe zou de samenwerking tussen patiënt, huisarts en SPV eruit moeten zien?
7. Wat moet de rol van de SPV hierin zijn?
8. Wat is het "sociaal psychiatrische" in deze rol?

Door de behoefte vanuit de eerstelijns hulpverlening te schetsen en een fictieve casus te beschrijven probeer ik U een beeld te geven van de situatie. Vervolgens geef ik een aantal onderzoeksresultaten uit literatuurstudie vanuit organisaties waarin de patiëntenbelangen sterk zijn vertegenwoordigd. Daarna tracht ik het alcoholprobleem van de patiënt vanuit de huisarts te belichten en krijgt U een beeld van de belemmeringen die bestaan in de samenwerking tussen de eerstelijns- (huisarts) en tweedelijns hulpverlening (verslavingszorg). Een beschrijving van de sociaal-psychiatrische uitgangspunten en consultatiemodellen moeten samen met de juridische kaders aangeven welke activiteiten de SPV in de consultatie rond alcoholverslaving kan ondernemen. Tot besluit worden de hoofdpunten uit het stuk gelicht en aanbevelingen gedaan.

Wat is de behoefte?

Er ontstond eind vorige eeuw behoefte aan betere samenwerking in de eerstelijns hulpverlening en samenwerking tussen de eerstelijns en tweedelijns hulpverlening. Het doel was efficiënter samen te werken en daarmee kosten en tijd van elkaar te sparen (capaciteitsprobleem), de juiste kennis in te zetten en zo de zorg betaalbaar te houden (Van der Paddt, 2001). Om dat voor elkaar te krijgen werden diverse projecten gestart waarbij de huisartsen, eerstelijns psychologen en algemeen maatschappelijk werk instanties de eerste aanzet gaven.

Het project "Korte lijnen" richtte zich op de samenwerking binnen de eerste lijn, het Diabolo-project op de samenwerking binnen de GGZ en tot slot het steunpunt "Tussen de lijnen" fungeerde (Trimbos Instituut en Nivel) als ondersteuner van de consultatieprojecten.

Vanuit de eindevaluatie van deze drie projecten zijn kritische succesfactoren in de samenwerking benoemd. De belangrijkste in dit kader zijn:

Organisatorische randvoorwaarden;

- Probleemeigenaarschap, oftewel wie gaat bewaken dat de samenwerking er komt en blijft.
- Verder een regionale structuur door onderlinge afspraken en intentieverklaringen tussen de spelers in de regio.
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid bij de beroepsgroepen zelf.
- Coördinatie op uitvoerend en managementniveau.
- Financiële middelen die de tijd voor samenwerking ondersteunen.
- Ondersteunende hulpmiddelen zoals formulieren, protocollen en bijeenkomsten.

Proces van samenwerking;

- De positieve attitude t.a.v. samenwerking.
- De bekendheid met elkaar en elkaars werkterrein.
- De herkenbaarheid.
- De bereikbaarheid.
- De erkenning van wederzijdse afhankelijkheid.
- Het maken van onderlinge afspraken en aanspreekbaarheid hierop.
- Het durven omgaan met overlap op elkaars terrein.
- Het verstaan van elkaars taal.

Samenwerkingsvormen;

- Verwijzingen.
- Bilateraal overleg en consultatie.
- Multidisciplinaire casuïstiek bespreking.
- Themabijeenkomsten en feedback.

Het project "Korte lijnen" heeft een tweetal producten opgeleverd, een werkboek "Hoe korter de lijnen, hoe beter de samenwerking" met een stappenplan en tips en praktische hulpmiddelen. En een brochure "Wie doet wat", met daarin de beschrijving van de werkwijze en deskundigheid van de beroepsgroepen in de eerstelijns-GGZ, de doelgroep en de randvoorwaarden.

Vanuit de eerste evaluatie van dit project "Korte Lijnen" (Scholte e.a., 2003) komt als belangrijkste voorwaarde naar voren, dat men op de hoogte moet zijn van elkaar's werkterrein en specifieke deskundigheid.

Er werd verondersteld, dat door inzicht over werkterrein en deskundigheid van de hulpverleners de patiënt beter op de plek voor de beste zorg kon worden geplaatst. Er bleek echter groot verschil in begripsvorming en overlap in behandelmogelijkheden te bestaan. Meer overzicht ontstond uiteindelijk door het beschrijven door de beroepsgroep zelf van hun specialisatie en werkterrein. De beroepsgroepen binnen de eerste lijn zijn: huisarts, algemeen maatschappelijk werk, eerstelijns psycholoog en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.

Het Diabolo-project startte deelprojecten die de inhoudelijke multidisciplinaire samenwerking op regionaal niveau op gang brachten en facilitaire ondersteuning in de vorm van scholing, deskundigheidsbevordering, informatieoverdracht en monitoring. Uit de evaluatie blijkt, dat met name de deskundigheidsbevordering onder de huisartsen moeilijk van de grond komt. Hierbij speelt "tijd" en de generalistische functie van de huisarts een bepalende rol volgens Buitink in diens boek "de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief" (Van der Padt, 2001).

Het project heeft geleid tot vermindering van het aantal verwijzingen naar de specialistische GGZ, halvering van het aantal no-shows bij doorverwijzing en samenwerkingsprocessen gestandaardiseerd.

Het steunpunt "Tussen de lijnen" wilde door een betere samenhang in de eerstelijns GGZ dat patiënten eerder die zorg zouden krijgen die ze nodig

hadden en dat de verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ sneller en doelgerichter zouden zijn. Hiertoe werden advies- en consultatieprojecten aan werkers in de eerste lijn gestart.

Casus

Een 30 jarige, Dirk-Jan, licht corpulente man komt bij zijn huisarts met maagproblemen. Sedert twee weken gebruikt hij dagelijks meerdere Rennie's om van zijn brandend gevoel in zijn maag af te komen, maar met gering succes. Hij is getrouwd, heeft twee jonge kinderen van 3 en 1 jaar. Is sinds kort in de regio komen worden, omdat het gezin een groot huis in de wijk heeft gekocht. Dirk-Jan werkt als vertegenwoordiger voor een internationaal aluminiumconcern. De concurrentie in zijn branche is heftig. De werkzaamheden maken dat hij een ongeregeld leven leidt. Verder is Dirk-Jan, volgens het dossier van de vorige huisarts, gezond. Af en toe waren er lichte klachten rond slaapproblemen. De huisarts schrijft Pantazol 20 mg voor, voor 2 weken en de patiënt maakt een vervolgspraak om de effecten te evalueren.

Na 2 weken zijn de klachten verminderd, maar klaagt Dirk-Jan over lichte duizelingen. Bloeddrukmeting laat een verhoogde bloeddruk zien, niet onlogisch gezien het hectische bestaan. De huisarts vraagt hem of hij wel eens alcohol drinkt. Dirk-Jan antwoordt dat dit min of meer onderdeel uit maakt van zijn beroep. De huisarts adviseert hem te minderen met alcohol en meer beweging te nemen.

Na een maand komt Dirk-Jan terug op het spreekuur en vertelt, dat hij er niet in is geslaagd te minderen, maar dat zijn baas hem bij zich heeft geroepen om zijn verzuim te bespreken. De huisarts stelt hem voor contact met de verslavingszorg op te nemen en een verwijsbrief te geven. Dirk-Jan voelt er weinig voor om met junkies of alcoholisten te worden geassocieerd. Zo erg is het toch nog niet? Maar hij wil wel iets tegen de hoge bloeddruk, want die is verder opgelopen. En de medicatie voor zijn maag werkt ook onvoldoende.

De patiënt

Het is van belang, dat de problemen van Dirk-Jan en diens lotgenoten in de huisartsenpraktijk met zorg en deskundigheid worden benaderd (Diabolo-project). Vanaf het eerste contact is het gewenst dat het hulpverleningsproces wordt ingezet door toepassing van motiverende gespreksvoering (Miller en Rollnick, 2005). Training in deze methodiek van hulpverleners buiten de verslavingszorg is nog in volle gang.

Volgens Meghelen & Pronk (2005) is vroegtijdige herkenning bij verslaving van groot belang. Een gegeven daarbij is dat de patiënt het probleem zelf vaak niet (h)erkent.

Vroegsignalering heeft een positief effect op de effectiviteit van de behandeling. Diagnostiek en geprotocolleerde behandeling zijn van belang maar de auteurs zijn van mening dat het in de verslavingszorg gaat om zorg op maat.

Bovengenoemde interventies moeten volgens de stepped care gedachte toegepast worden met het accent op een psychosociale benadering die werkt aan motivatie, cognitie en gedrag (Trimbos, 2003). Daarnaast is ook de "Internet behandeling" een belangrijke aanvulling.

De Anonieme Alcoholisten, een patiëntenorganisatie van en door alcoholisten, propageert het begeleiden door lotgenoten, omdat die als enige over de kennis en ervaring beschikken, die "de alcoholist" kan steunen in diens strijd om iedere dag weer te proberen de "eerste" te laten staan. De mogelijkheid om van deze lokaal georganiseerde organisatie gebruik te maken wordt in de eerstelijns zorg onvoldoende onder de aandacht van de hulpvrager gebracht. Verwijzing door de huisarts is namelijk niet nodig.

Volgens de huisartsen hebben hun patiënten tijdens de spreekuren aangegeven behoefte te hebben aan concrete hulp en samenwerking tussen hulpverlening en de huisarts.

Een laagdrempelige en anonieme eerste contactlegging is gewenst om stigmatisering over en weer te voorkomen. Er bestaat nu een te grote drempel naar de verslavingszorg, waardoor veel door de huisarts doorverwezen patiënten niet arriveren bij de verslavingszorginstanties. Dit blijkt uit de Tevredenheidsonderzoek onder stake-holders van Brijder Verslavingszorg en onderschrijft de uitkomsten van het Diaboloproject.

De huisarts

Huisartsen in Nederland hebben in hun praktijk de NHG-standaard (Meerkerk e.a., 2005) ter beschikking om alcoholproblematiek in kaart te brengen. Dit moeten ze echter in een 10 minuten spreekuurcontact doen. Huisartsen herkennen mede hierdoor maar een klein deel van de patiënten met alcoholproblematiek en pas in een laat stadium (Jansen e.a. 2005).

Tijdens het onderzoeksproject "Laagdrempelige screening en behandeling van alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk" (van het IVO en de Bouman GGZ) naar de werkwijze bij huisartsen rond herkenning van alcoholproblematiek op vier locaties in Rotterdam, werd de methode FAST geïntroduceerd en toegepast. De Fast Alcohol Screening Test is in Engeland ontwikkeld om de uitgebreidere screeninglijst AUDIT binnen de huisartsenpraktijk te vervangen door een screening, waarbij ook het consumptievolume wordt uitgevraagd (Hodgson e.a., 2002). Deze test bestaat uit vier stappen: attenderen, grove toets, fijne toets en interventie. Dit leidde, zo bleek uit de evaluatie, tot meer herkenning doordat de artsen vanwege het stroomschema meer gericht werden op de herkenning van de problemen. Desondanks is uitbreiding van het spreekuurcontact door gebruik te maken van consultatie van een gespecialiseerde verslavingsdeskundige gewenst. Dit vergroot namelijk de kans op vroegsignalering en succesvolle behandeling. Bovendien wordt de huisarts hierdoor ontlast.

Patiëntenvoorlichting (folders) in de wachtkamer van de huisarts ondersteunen de vroegherkenning en brengen de behandel mogelijkheden bij de patiënt in beeld. Ook de consultatiemogelijkheid binnen de huisartsenpraktijk zal moeten worden aangekondigd volgens Van Dop (2001).

Samenwerking

In de regio Noord Holland heeft de Brijder Verslavingszorg een enquête (in de vorm van een tevredenheidsmeting) gehouden onder huisartsen over de samenwerking tussen verslavingszorg en huisartsen (Brijder 2005). Huisartsen formuleerden de volgende klachten over de verslavingszorg:

- de communicatie (berichtgeving en professionele consultatie);
- voorlichting over behandel mogelijkheden;
- de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de voorzieningen.

Verder werd duidelijk dat men nog steeds vraagtekens zet bij effectiviteit van de behandeling. Dat dit voor een groot deel te maken heeft met beeldvorming vanuit het verleden blijkt wel uit het feit dat het behandelingsaanbod vanuit de verslavingszorg inmiddels is uitgebreid, geprotocolleerd en evidence based. Deze verbeteringslag in de verslavingszorg is het resultaat van het samenwerkingsproject "Resultaten Scoren". Veel GGZ instellingen nemen de methodiek over en laten zich scholen binnen de verslavingszorg (Trimbos en GGZ Nederland, 2003).

Bovengenoemde aspecten worden ervaren als knelpunten in de samenwerkingsrelatie binnen het eerstelijns contact tussen de huisarts en de SPV. Dit betekent dat niet alleen aandacht besteed moet worden aan het geven van consultatie maar dat ook geïnvesteerd moet worden in het verbeteren van

de samenwerkingsrelatie in het algemeen en daarmee het verhelderen van de mogelijkheden en onmogelijkheden vanuit beide werkterreinen. De SPV kan een belangrijke brugfunctie (bemiddelaars- en gidsfunctie) vervullen tussen de eerste en tweedelijnszorg (Van Megchelen & Bosman, 2005). Ook het verzorgen van deskundigheidsbevordering voor de beroepsgroepen in de eerste lijn behoort tot de mogelijkheden.

De Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige

De basisuitgangspunten van de SPV moeten volgens Kok en Donker zijn:

1. Het voorkomen van uitstoting en marginalisering van bepaalde groepen cliënten in de samenleving
2. Aandacht voor de sociale en epidemiologische context waarin de psychiatrische problematiek zich ontwikkelt, voordoet en in stand wordt gehouden.
3. Het gaat niet om de individuele cliënt, maar om de cliënt in diens maatschappelijke en sociaal-culturele context en verhoudingen.
4. Er is een flexibel aanbod: langdurige hulp in wisselende intensiteit, crisisinterventie, rehabilitatie en psycho-educatie.
5. Aandacht voor de praktische problemen en vragen van het cliëntstelsel op de verschillende niveaus van sociaal functioneren.

Vanuit deze uitgangspunten benadert de SPV de geestelijke gezondheidsproblemen van een cliënt altijd in relatie tot zijn omgeving. De klacht (in dit geval overmatig drankgebruik) wordt vaak gezien als een symptoom van de verstoring van de balans tussen draaglast en draagkracht op psychisch, somatisch en sociaal gebied. De interventies zijn gericht op het herstellen van het evenwicht of het bewerkstelligen van een nieuw evenwicht (Onderwater e.a., 2005).

Bij verslaving is vaak sprake van een co-morbiditeit met psychische stoornissen (Schipper en de Jonge, 2002). Bij consultatie in de huisartsenpraktijk is er sprake van de arts/patiënt relatie die een rol speelt, de relatie van de patiënt met diens directe omgeving, de patiënt en de hulpverlening, de positie van de patiënt in de samenleving. Een contextuele benadering is dus gevraagd.

Waarom wil of moet de patiënt juist nu iets met zijn drinkgedrag en waarom komt die vraag via de huisarts? Wat en wie is er bij nodig om hem te doen slagen?

De specialistische kennis en vaardigheid van de SPV zijn zowel bij de diagnostiek als de behandeling van groot belang. De gespecialiseerde SPV vanuit de verslavingszorg vormt een deskundige en methodische brug tussen de somatiek, psychiatrie en psychosociale problematiek. Hierdoor is een integraal behandelaanbod mogelijk (Van Giffen, 2004).

De SPV stelt door een probleemanalyse prioriteiten in een hulpverleningssituatie en bepaalt (of adviseert de huisarts in dit geval), in nauw overleg met de cliënt en indien mogelijk diens directe steunsysteem, welke interventies nodig zijn voor het herstel van het evenwicht. De SPV gebruikt daarvoor in eerste instantie combinaties van verschillende formele richtlijnen.

Een in de praktijk genoemde eigenschap van de SPV is, dat hij/zij een dusdanig flexibel aanbod moet kunnen doen, dat hij/zij in sommige gevallen ook beargumenteerd kan afwijken van deze formele richtlijnen. Hij/zij selecteert interventies uit diverse verpleegkundige zorgmodellen of standaarden en/of ontwerpt ter plaatse nieuwe interventies (Venneman, 1998).

Vaak wordt voor hulpverlening door de SPV in de eerste lijn een maximum aantal van vijf gesprekken gehanteerd (Bosman en De Lange, 2002).

In de consultbeschrijving binnen de huisartsenpraktijk bestaan er diverse vormen van consultatie (Van der Heiden, 2001).

- De consultatie, waarbij de huisarts consultatie vraagt, en de SPV consultatie geeft.
- De consultatie waarbij de SPV, op verzoek van de huisarts, de patiënt in de huisartsenpraktijk spreekt (een consult). Eenmalig, ten behoeve van onderzoek, vanwege een verwijsvraag, of anderszins.
- De SPV die kortdurende behandeling/begeleiding geeft aan patiënten in de huisartsenpraktijk, op verzoek van huisarts, onder verantwoordelijkheid van de huisarts.
- Intake en doorverwijzing van patiënten naar de 2e lijn door SPV.

Door de oprichting van het Partnership Vroegsignalering Alcohol kan er uitwisseling ontstaan over de verschillende gehanteerde werkwijze en kan door een kenniscentrum specifieke korte interventies worden ontwikkeld (Riper e.a., 2006).

Door gebruik te maken van de principes van stepped-care wordt bij een minimum aan verstoring van het normale levenspatroon de noodzakelijke (kortdurende) hulp geboden, waardoor de kans op verdere marginalisering zo gering mogelijk is. Daarbij is de patiënt zoveel mogelijk in diens eigen omgeving.

Juridisch

Bij het werken in de huisartsenpost zijn juridisch gezien bij het doen van consultaties een tweetal juridische kaders van belang voor de SPV; de wet BIG en de WGBO (Van der Heiden, 2001).

Wet BIG: deze wet regelt registratie en titelbescherming voor acht beroepen, waaronder de verpleegkundige. Voorts de opleiding-titelbescherming voor 14 beroepsgroepen en de opleidingseisen voor de BIG-geregelde beroepen.

De Wet BIG is gericht op de kwaliteit van de zorg. De kwaliteit van het beroepsmatig handelen van individuele beroepsbeoefenaars wordt door de wet gewaarborgd en zo mogelijk verbeterd. De wet stelt concrete voorwaarden aan de zorgverlening, waardoor kwalitatief goede zorg niet uitsluitend van de goede wil van de hulpverlener of het toeval afhankelijk is. De SPV is niet als een erkend specialisme geregistreerd binnen het BIG-register. De verpleegkundige beroepsgroep kent nog geen wettelijk geregelde specialismen. Daarom is de BIG registratie het enige houvast voor kwaliteit en deskundigheid. De wet BIG beschrijft deskundigheidsgebieden waarin een verpleegkundige zelfstandig bevoegd is. Dit betekent dat de SPV niet zelfstandig mag handelen op het gebied van intakes, kortdurende behandeling en het stellen van een diagnose. Zij dient hierin te handelen in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de arts of een andere zelfstandig bevoegde behandelaar (dat kan de huisarts zijn, maar ook de psychiater). Op 11 april 2006 is een amendement goedgekeurd door de Tweede Kamer, die het specialistisch verpleegkundigen mogelijk maakt legaal medicijnen voor te schrijven in het deskundigheidsgebied waarin ze werkzaam zijn. Daarbij dient de patiënt reeds gediagnosticeerd te zijn en het voorschrijven gebaseerd te zijn op protocollen en standaarden. Een SPV heeft dus een eigen beroepsverantwoordelijkheid, met eigen tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. Dit verandert niet als de SPV in de 1e lijn gaat werken. De eigen beroepsverantwoordelijkheid zoals beschreven in Wet BIG en aangevuld met de beroepscode SPV is hier net zo zeer van kracht.

De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO): De WGBO regelt zaken rondom de geneeskundige behandeling van patiënten.

Belangrijkste onderwerpen zijn:

- **Informatie:** De SPV is verplicht de patiënt informatie te verstrekken over het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling, met betrekking tot de aard en het doel, mogelijke alternatieven, de te verwachten gevolgen en de risico's en de staat en de vooruitzichten m.b.t. de gezondheid van de patiënt.

- **Toestemmingsvereiste:** De toestemming van de patiënt is nodig voor alle verrichtingen ter uitvoering van de behandelingsovereenkomst. Toestemming moet gebaseerd zijn op goede informatieverstrekking (informed consent).
- **Minderjarigen:** Voor minderjarigen tot 12 jaar is alleen de toestemming vereist van de ouders. Tussen 12 en 16 jaar is zowel toestemming van ouders als van het kind vereist. Vanaf 16 jaar is een minderjarige in staat zelf toestemming te geven voor behandeling.
- **Dossier:** De hulpverlener heeft de plicht een dossier in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. In dit dossier worden aantekeningen bijgehouden omtrent de gezondheid van de patiënt, de verrichtingen en bewaart hij de gegevens die noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening. Zogenaamde persoonlijke werkaantekeningen die dienen als geheugensteun voor gedachtevorming van de hulpverlener blijven buiten het dossier.
- **Geheimhouding:** De toestemming van de patiënt is vereist om inlichtingen over hem, inzage in of afschrift van de bescheiden van zijn dossier te verstrekken aan anderen.

Het verdient dan ook aanbeveling vooraf afspraken te maken over de hoedanigheid van waaruit de SPV werkt. In mijn geval is het eerste consult binnen de huisartsenpost onder de verantwoordelijkheid van de huisarts, en mogelijke vervolgbehandeling altijd onder de verantwoordelijkheid van de verslavingsarts. Er is dan een doorverwijzing van de huisarts. Dit heeft consequenties voor de financiering want het 1e consult wordt niet vergoed aan de verslavingszorg door het zorgkantoor. Zodra er sprake is van geïndiceerde behandeling door doorverwijzing wordt de behandeling weer wel vergoed.

Conclusie

- Aanwezigheid van de verslavingszorg in de 1e lijn leidt tot eerdere attentieren en vroegherkenning van verslavingsproblemen.
- Laagdrempelige hulpverlening voor patiënt en diens steunsysteem vergemakkelijken vroegtijdige interventies. De interventies dienen kortdurend en concreet te zijn.
- Vroegtijdige interventies vergroten de kans op succes van de behandeling.
- Lotgenotencontact en gebruik van ervaringsdeskundigen ondersteunt de behandeling.
- "Zorg op maat" door flexibel aanbod wordt gevraagd.
- Integrale aanpak van verslaving en eventuele psychiatrische problemen is gewenst, en de SPV is daarvoor bij uitstek geschikt.
- Ondersteuning moet de huisarts tijds winst en kenniswinst opleveren.
- Samenwerking gaat wederzijdse (on)mogelijkheden tussen 1e en 2e lijnszorg verhelderen.
- Om juridische redenen dienen vooraf afspraken te zijn gemaakt, onder wiens verantwoordelijkheid de SPV handelt, en waar de SPV zijn bevindingen rapporteert.

Aanbevelingen

- Het is goed om vooraf "de markt" te verkennen en de concrete behoeftes te kennen.
- Autonomie van patiënt moet worden gewaarborgd doordat hij/zij zelf beslist over behandeling, waardoor "zorg op maat" kan worden geboden.
- Meer voorlichting en voorlichtingsmateriaal in de wachtkamer van de huisarts is nodig om vroegsignalering (en vroegtijdse behandeling) te ondersteunen.
- Evaluatie van de NHG-standaard als werkdocument is nodig. Mogelijk is de FAST-methode en bijbehorend stroomschema beter bruikbaar.
- Ontwikkeling van kortdurende interventies door kenniscentrum "Vroegsignalering Alcohol" is gewenst.

- Verbetering van het imago van de verslavingszorg moet voortdurend punt van aandacht blijven voor de organisaties in de verslavingszorg.
- Zichtbaarheid en herkenbaarheid door duidelijke aanwezigheid en goede bereikbaarheid.

Literatuur

- Berg, J. van den (2003) *Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ*, project NIZW en Trimbos instituut.
- Bosman, M. & J. de Lange (2002) *De functie van GGZ-verpleegkundige in de huisartspraktijk. Gids in GGZ-zaken*, Utrecht: Trimbos Instituut.
- Brijder Verslavingszorg, (2005) *Tevredenheidsmeting Stakeholders*, 2005.
- Dop, W. van, (2001) *Consultatie en Marketing*, vakdossier SPV in de 1e lijn, NVSPV.
- GGZ Nederland (2004) *Unieke samenwerking in de verslavingszorg*, verslag 1999-2003 project Resultaten Scoren.
- Giffen, M. van (2004) *Motiverende gespreksvoering*, Sociale Psychiatrie, 23e jaargang nr. 72.
- Heijden, M. van der (2001) *Consultatie en Formeel Juridische aspecten* - vakdossier SPV in de 1e lijn, NVSPV.
- Hodgson R., T. Alwyn, B. John, B. Thom, A. Smith, (2002) *Manual for the Fast Alcohol Screening Test*, Health Development Agency of the University of Wales College of Medicine, Cardiff and Middlesex University, London, UK .
- Jansen H., G.J. Meerkerk, B. v.d.Wetering & D. v.d. Mheen (2005) *Specialistisch spreekuur voor alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk*, Verslaving 2005, Nr.2.
- Meerkerk G.J., T. Aarns, R.H. Dijkstra, P.Welsscher, K.Njoo, L.J. Boomsma (2005) *NHG standaard, problematisch alcoholgebruik*, tweede herziening, huisarts wet 2005.
- Megchelen, P. van & E. Pronk (2005). *Programma Verslaving, van wetenschap tot zorg op straat*, ZonMw slotpublicatie.
- Miller, W. & S. Rollnick (2005) *Motiverende gespreksvoering en methoden om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekklesia.
- Onderwater, K., I. v.d. Padt, M. Romme, B. Venneman & F. Verberk (2005) *Sociale Psychiatrie, visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie*. Utrecht: Lemma.
- Padt, I.v.d. (2001) *De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief*. Sociale Psychiatrie mei 2001.
- Riper, H., L. Lemmers, M. Laurant, T. Drenthen, (2006). *Lancering Partnership Vroegsignalering Alcohol*, Trimbos, WOK en NHG.
- Scholte M., I. Voordouw, J. van den Berg, Karin Sok (2003) Evaluatierapport " Korte Lijnen", eerste ronde november 2000 tot september 2003.
- Schipper G. & J. de Jonge (2002) *Motiverende gespreksvoering*, MGZ 2002 57, 250-265.
- Teunissen K, (2001) *Consultatie bestaat uit producten*, vakdossier SPV in de 1e lijn, NVSPV.
- Trimbos Instituut en GGZ Nederland, (2003), *Unieke samenwerking in de verslavingszorg, Resultaten Scoren*, verslag 1999-2003.
- Venneman, B.J.M. (1998) *Profiel sociaal psychiatrisch verpleegkundige*, NVSPV.
- Venneman B.J.M. & M. Morsman (2004), *Beroepsdeelprofiel sociaal psychiatrisch verpleegkundige*, Utrecht: AVVV

Internet

www.nizw.nl/kortelijnen	: project korte lijnen
www.diabolo-project.nl	: diabolo-project
www.trimbos.nl	: steunpunt tussen de lijnen
www.nivel.nl	: eerstelijns GGZ
www.vroegsignalingalcohol.nl	: Partnership Vroegsignalering alcohol