



ALCOHOLGEBRUIKSRUIMTEN

RICHTLIJN

ALCOHOLGEBRUIKSRUIMTEN



**RESULTATEN
SCOREN**
KENNISCENTRUM VERSLAVING

ALCOHOLGEBRUIKSRUIMTEN

RICHTLIJN

ALCOHOLGEBRUIKSRUIMTEN

Jeanet van Essen (MANP), Kathelijne van der Horst (MANP), Eva Wieske (MSc),
Drs. Michèle Ruyten, Prof. Dr. Cor de Jong

Tactus, april 2011

Voorwoord

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie WHO veroorzaakt het (schadelijk) gebruik van alcohol ieder jaar ongeveer 2,5 miljoen doden waaronder ruim 300.000 jongeren. Alcoholmisbruik is daarmee wereldwijd de 3de hoofdbedreiging voor de volksgezondheid en in toenemende mate een risico voor opkomende landen in Oost-Europa, Afrika en Zuid-Amerika. Aan de andere kant geldt dat alcoholmisbruik (in tegenstelling tot besmettelijke aandoeningen als TB en HIV/AIDS) in beginsel goed te beïnvloeden en te voorkomen is mits de juiste maatregelen worden genomen.

In mei 2010 heeft de WHO een Global Actionplan ontworpen en dat gepresenteerd in haar algemene vergadering (Health Assembly) van ca. 200 lidstaten waar ook Nederland bij aanwezig was. Tijdens deze bijeenkomst hebben de lidstaten een lijst van 10 beleids-opties en interventies aanvaard die in elk land op nationaal niveau verder vorm moeten krijgen. Enkele van die opties zijn: beperking van de beschikbaarheid van alcohol, prijs-verhoging, verbetering van behandeling en zorg.

Een andere optie in de lijst van 10 luidt "terugdringing van de negatieve gevolgen van drinken en alcoholverslaving" en meer specifiek het opzetten of verbeteren van voorzieningen die chronische drinkers adequaat kunnen helpen.

Deze optie vormt een goed bruggetje naar de richtlijn alcoholgebruiksruimten die Resultaten Scoren heeft laten ontwikkelen door Tactus/NISPA. Het achterliggende idee bij alcoholgebruiksruimten is namelijk gericht op het bieden van adequate zorg en hulp bij chronische drinkers (meestal mannen) die hun gezondheid sterk verwaarlozen, weinig zelfredzaam zijn en vaak overlast veroorzaken in de buurt waar zij zich ophouden. Deze doelgroep blijft doorgaans buiten bereik van de reguliere voorzieningen in de (verslavings)zorg, terwijl zij onmiskenbaar zorgbehoeften heeft. Evenals dat het geval was bij de in de jaren '90 opgerichte drugsgebruiksruimten, biedt een alcoholgebruiksruimte de verslavingszorg een mogelijkheid, een soort vangnet, om met deze moeilijk bereikbare cliënten in contact te komen. Welke zorg en hulp biedt een alcoholgebruiksruimte? Omdat zij gebukt gaan onder meervoudige problematiek, richt deze specifieke voorziening zich op hulp bij somatische en psychische problemen, maar ook op bemiddeling bij problemen van sociaal-maatschappelijke aard zoals schulden, dakloosheid en criminaliteit. De auteurs spreken zelf over de functies van bezemwagen, vangnet en springplank die door een gebruiksruimte worden vervuld.

De ontwikkelaars en auteurs van deze richtlijn voor alcoholgebruiksruimten hebben in de korte tijd die Resultaten Scoren daarvoor aangaf, uitstekend werk verricht. Daarbij is het Masterprotocol zoveel mogelijk gevolgd en zijn o.a. op verschillende locaties pilots uitgevoerd.

Uiteindelijk heeft een grote groep van ontwikkelaars, zorgverleners, beheerders, cliënten etc. bijgedragen aan de totstandkoming van de richtlijn. Deze richtlijn komt mooi op tijd, want op steeds meer plaatsen in Nederland ontstaan initiatieven om een gebruikruimte in te richten (een grote gemeente in de Randstad die lucht kreeg van de opdracht van Resultaten Scoren aan Tactus/NISPA, vroeg zelfs om te mogen beschikken over een conceptversie zodat men al vast de juiste stappen zou kunnen zetten...).

Al met al vormt de richtlijn voor alcoholgebruiksruimten een belangrijke bouwsteen voor de verdere ontwikkeling van zorgvoorzieningen voor chronische verslaafden in stad & regio. We kunnen de publicatie van harte aanbevelen voor zorgverleners, bemoeizorgers, beleidsmakers voor chronische zorg, lokale politici en ambtenaren, overlast-terugdringers etcetera.

Tenslotte willen we nogmaals de projectuitvoerders bedanken voor deze mooie prestatie en publicatie!

Amersfoort, april 2011

Wim Buisman

Programmaleider Resultaten Scoren



Inhoudsopgave

A SAMENVATTING	7
B INLEIDING.....	8
C DE RICHTLIJN	13
1. De richtlijn.....	13
1.1. Het kader van de richtlijn	13
1.1.1. Wettelijke kaders	13
1.1.2. Theoretisch kader: visie op alcoholgebruiksruimten	16
1.2. De praktijk van de richtlijn	19
1.2.1. Organisatie en inrichting.....	19
1.2.2. Toelating en toeleiding.....	21
1.2.3. Aanbod	24
1.2.4. Personeel.....	27
1.2.5. Relatie met de omgeving	27
1.2.6. Basis componenten alcoholgebruiksruimten.....	29
1.2.7. Het zorgproces.....	30
2. Implementatie	33
2.1. Cliëntenperspectieven	33
2.2. Organisatie en implementatie	34
2.3. Evaluatie en integriteitbewaking	37
3. Verantwoording.....	39
3.1. Verkennend literatuuronderzoek.....	39
3.2. Aanvullend literatuuronderzoek.....	43
3.3. Verkennend praktijkonderzoek.....	47
3.4. Toetsend praktijkonderzoek.....	48
D. LITERATUUROVERZICHT	51



A. SAMENVATTING

In navolging van gebruiksruimten voor drugs zijn er alcoholgebruiksruimten ontwikkeld in Nederland, maar richtlijnontwikkeling is hier tot nu toe bij achtergebleven.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat er beperkt onderzoek is gedaan naar alcoholgebruiksruimten, succesvolle interventies bij mensen die overmatig drinken op straat, of naar de interventies voor de groep chronische alcoholisten in het algemeen.

Er blijken wel soortgelijke initiatieven te zijn ontstaan in Engeland en Canada.

Door middel van een verkennend onderzoek naar alcoholgebruiksruimten in Nederland is de praktijksituatie in kaart gebracht. Dit heeft waardevolle informatie opgeleverd over de verschillende visies op beleid en invulling van dit aanbod.

De richtlijn kan de praktijk handvatten bieden in dilemma's uit de praktijk. Naast een wettelijk en een theoretisch kader, worden er aanbevelingen gedaan op gebied van organisatie en inrichting, toelating en toeleiding, aanbod, personeel, en de relatie met de omgeving.

Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor implementatie van de richtlijn.

B. INLEIDING

In navolging van de gebruiksruimten voor drugs zijn er alcoholgebruiksruimten ontwikkeld in Nederland. Gebruiksruimten voor drugs zijn bedoeld voor langdurig verslaafden die op straat hun drugs gebruiken en daar vaak overlast bezorgen (Linssen, 2002). Zo'n tien jaar geleden begon de opmars van gebruiksruimten voor drugs goed vorm te krijgen, vooral onder druk van gemeenten om de overlast op straat te verminderen, en de wens van de verslavingszorg deze groepen in zorg te krijgen. Deze gebruiksruimten waren meestal gericht op gebruikers van heroïne en cocaïne, en weerden alcoholgebruik. Op een enkele locatie werd het gebruik van alcohol wel toegelaten in de gebruiksruimte of huis-kamervoorziening. Vanaf het begin bestaat de doelgroep voor deze gebruiksruimten voornamelijk uit polydruggebruikers (problematisch gebruik van meerdere middelen). Alcohol blijkt ook een veelgebruikt middel te zijn onder deze doelgroep. In de bestaande gebruiksruimten mocht niet gedronken worden, waardoor er vaak op straat gedronken wordt. Daarnaast is er een groep die vrijwel alleen maar alcohol gebruikt. Door de toenemende druk van gemeenten ook de groep chronische alcoholverslaafden van straat te halen, zijn de alcoholgebruiksruimten ontstaan.

De gebruiksruimten kunnen gezien worden als een belangrijk onderdeel in de toeleiding naar zorg en rehabilitatie van langdurig middelengebruikers. Overlastbestrijding is dan een aanleiding voor zorgverlening, maar niet uitsluitend een doel op zich. Vanuit het perspectief van de doelgroep is de komst van gebruiksruimten een antwoord op een al jaren bestaande vraag voor een plek om veilig en rustig te gebruiken. De voornaamste doelstellingen van gebruiksruimten betreffen overlastreductie en beperken van gezondheidsschade, met daarnaast verbetering van de leefsituatie van de gebruiker en re-integratie in de samenleving. Zo vervult een gebruiksruimte de functies van bezemwagen, vangnet en springplank (Linssen, L. et al. 2002). Veel gebruiksruimten zijn gesitueerd in een setting waar ook andere voorzieningen aanwezig zijn, zoals bijvoorbeeld dagopvangcentra.

De doelgroep die (al dan niet via bemoeizorg) terechtkomt in de gebruiksruimte bestaat uit mensen met meervoudige problematiek: naast de verslaving is er vaak sprake van co-morbiditeit in de vorm van somatische, en /of psychiatrische stoornissen en sociaal

maatschappelijke problematiek. Het gaat om personen die weinig zelfredzaam zijn en/of overlast veroorzaken voor hun directe omgeving en die niet zelf om hulp kunnen of willen vragen. De verslavingsproblematiek leidt tot veel problemen op andere levensgebieden, met dakloosheid vaak als gevolg. De doelgroep van de alcoholgebruiksruimten vertoont veel overlap met de doelgroep van de nachtopvangcentra waar daklozen terecht kunnen voor hun bed, bad en brood. Het zijn alcoholafhankelijke (volgens de DSM IV), voornamelijk mannelijke cliënten (Biesma, Kruize, Naayer & Bieleman, 2005). De fysieke gesteldheid van de bezoekers is slecht. Langdurig overmatig alcoholgebruik veroorzaakt veel somatische problematiek. Bekend zijn levercirrose, alvleesklierontsteking en Korsakovsyndroom, en nog veel andere aandoeningen (Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009; Latt, N. et al. 2009; Spieksma, R.P.W. et al. 2000).

Er zijn geen specifieke cijfers over de doelgroep van alcoholgebruiksruimten te benoemen. De exacte omvang van de doelgroep is om verschillende redenen lastig vast te stellen. Onderzoeken beperken zich tot grote steden of schattingen en gegevens zijn vaak niet vergelijkbaar. Bovendien is de doelgroep gemarginaliseerde alcoholverslaafden meestal een subdoelgroep binnen andere groepen als 'verkommerden en verloederden' (Research voor Beleid, 2002), sociaal kwetsbaren (RMO, 2001) en 'mensen in de marge' (Taskforce Vermaatschappelijking, 2002) waarbij de doelgroep net anders is gedefinieerd. De doelgroep gemarginaliseerde alcoholverslaafden wordt niet onderscheiden als subdoelgroep. Vanuit onderzoek uit 2003 is de conclusie dat het totaal aantal dak- en thuislozen in Nederland geschat moet worden op 15.200 personen, waarvan 54% hard-drugs gebruikt, en een aanzienlijk deel hiervan als risicodrinker (overmatig gebruik van alcohol) kan worden beschouwd. De leeftijd van de risicodrinkers ligt beduidend hoger dan die van andere groepen dak- en thuislozen (Bruin, C. de et al, 2003).

Alcoholgebruiksruimten zijn opgezet maar de richtlijnontwikkeling is hierbij achtergebleven. Het is vanuit verschillende invalshoeken van belang een richtlijn op te stellen, te toetsen en vast te stellen.

Belang vanuit medisch en verzorgend perspectief

De bezoekers van de gebruiksruimten drinken op straat overmatig alcohol en hebben over het algemeen een slechte gezondheidstoestand, mede door het drinken. Door zicht van hulpverleners op het alcoholgebruik en de lichamelijke conditie van cliënten kan gestuurd worden op verbetering van de gezondheidstoestand. Verder zijn er in de directe zorg handvatten nodig om het alcoholgebruik te reguleren en zo de gezondheidsschade te beperken. Daarnaast kampen instellingen ook met de dilemma's hoe het zit met hun verantwoordelijkheden wanneer zij de destructief drinkende patiënt binnenhalen, en zijn zij op zoek naar antwoorden op de vraag in hoeverre het faciliteren van het gebruik van een middel met zulke schadelijke gevolgen als alcohol wel verenigbaar is met goed hulpverlenerschap en het "do no harm" principe van medici. Dit probleem wordt vaak pas zichtbaar nadat ze de alcoholgebruiksruimten geopend hebben.

Belang van het maatschappelijk perspectief voor de openbare orde en veiligheid

Het overmatige alcoholgebruik leidt naast lichamelijke schade tot sociaal en maatschappelijk disfunctioneren. De combinatie van deze factoren legt de basis voor de overlast die de doelgroep veroorzaakt. Overlast is hierbij een moeilijk te definiëren begrip. Overlast van deze doelgroep is vaak anders dan overlast van druggebruikers, en houdt veelal samscholen, openbare dronkenschap, luidruchtigheid, bierblikjes op straat, wildplassen, (onbedoelde) intimidatie van voorbijgangers, laveloos op straat liggen, agressie en winkeldiefstal in. Daarnaast wordt er bovengemiddeld gebruik gemaakt van de spoedeisende hulp, en brengt deze doelgroep regelmatig een nacht in de politiecel door. De kosten hiervan worden gedragen door de gemeenschap en kunnen daarom ook als overlast worden gezien.

Gebruiksruimten vervullen waarschijnlijk een belangrijke functie bij het verminderen van de overlast. Het is van belang richtlijnen vast te stellen voor de alcoholgebruiksruimte zodat relatief verantwoord gebruikt kan worden, door regels te formuleren voor regulatie van gebruik en in het verlengde hiervan het beïnvloeden van gedrag, om te voorkomen dat cliënten na sluiting van de alcoholgebruiksruimte zwaar onder invloed de straat op gaan. Ook moet de samenwerking beschreven worden met ketenpartners zoals politie, nachtopvang, het ziekenhuis en andere betrokkenen.

Belang van het sociaal-maatschappelijk perspectief van de betrokken doelgroep

Naast de afhankelijkheid van alcohol is de marginale status van de verslaafden in de maatschappij een probleem. De kwaliteit van leven is minimaal bij deze groep: men raakt sociaal gedisintegreerd, verliest de aansluiting met de rest van de maatschappij. De gebruiksruimte heeft zeker een functie in het bieden van een veilige en rustige plek. Maar de gebruiksruimte kan ook een plek zijn waar ondersteuning geboden wordt aan het rehabilitatieproces. Rehabilitatie binnen of vanuit de gebruiksruimte richt zich op het herstel of verbeteren van het functioneren in belangrijke levensgebieden zoals sociale contacten, financiën, wonen, werk en vrije tijd.

Al met al gaat het hier om een doelgroep met zeer complexe problematiek die vaak slecht bij de hulpverlening in beeld is, en waarvoor met de alcoholgebruiksruimten een voorziening is geschapen om te proberen deze groep zorg te bieden die wordt geaccepteerd en aansluit bij de behoeften, maar waarmee de instellingen voor nieuwe, lastige vraagstukken komen te staan. Met deze richtlijn wordt geprobeerd hier ondersteuning bij te bieden.

Om te komen tot het opstellen van een richtlijn is gestart met de volgende definitie van alcoholgebruiksruimten:

“Een alcoholgebruiksruimte is een door de verslavingszorg beheerde opvangvoorziening waar sociaal gedisintegreerde alcoholafhankelijke patiënten (met somatische en/of psychiatrische comorbiditeit) alcohol kunnen nuttigen onder professioneel toezicht, en waar rust voor gebruik in een veilige omgeving en koppeling aan zorg centraal staan.”

Hier vanuit is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

“Op welke manier kunnen alcoholgebruiksruimten het beste vormgegeven worden, zodat ze optimaal kunnen bijdragen aan het beperken van gezondheidsschade en het reduceren van overlast bij de sociaal gedesintegreerde alcoholafhankelijke cliënt?”

Voor het referentiekader van deze richtlijn wordt verwezen naar de rehabilitatieliteratuur (Kar, F. van de et al, 2003; Sheperd, G. 1989; Watts, F.N. et al, 1991) de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol (Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009) en de in Nederland verschenen publicaties over gebruiksruimten (Linssen, L. et al, 2000, 2002; Hulsbosch, I. et al. 2004).

Om de hoofdvraag te beantwoorden is deze richtlijn opgezet met behulp van het **Master-protocol Resultaten Scoren**:

In hoofdstuk 1 worden de wettelijke kaders en visie omschreven waarbinnen de richtlijn is ontwikkeld, en de richtlijn zelf, uitgesplitst in verschillende belangrijke componenten.

Hoofdstuk 2 richt zich op implementatie van de richtlijn, met aandacht voor cliëntenperspectieven, organisatie en implementatie, en evaluatie en integriteitbewaking.

In hoofdstuk 3 volgt een verantwoording van de werkwijze met betrekking tot het onderzoek dat uitgevoerd is.

In de ontwikkeling van de richtlijn en uitvoering van de pilot is er nauw samengewerkt met medewerkers van Tactus Verslavingszorg, Novadic-Kentron, IrisZorg en GGZ Noord en Midden Limburg. Deze vier instellingen zijn verenigd in NISPA, Nijmegen Institute for Practitioners in Addiction. Vanuit NISPA is wetenschappelijke ondersteuning geboden. De ontwikkeling van de richtlijn is gefinancierd door het ministerie van VWS via Resultaten Scoren.

De richtlijn is bedoeld voor artsen, verpleegkundigen, managers en andere medewerkers van bestaande en te ontwikkelen alcoholgebruiksruimten. Tevens geeft het stakeholders of andere zorgaanbieders inzicht in het functioneren van alcoholgebruiksruimten.



C. DE RICHTLIJN

1. De richtlijn

De richtlijn, in dit hoofdstuk beschreven, is gebaseerd op literatuur- en praktijkonderzoek. De werkwijze hiervan wordt beschreven in hoofdstuk 3, de resultaten zijn opgenomen in de bijlage. Het literatuur- en praktijkonderzoek, deels parallel en deels voortvloeiend uit de conclusies van deelonderzoeken, heeft geleid tot de verzameling van een aantal (mogelijk) succesvolle componenten of interventies. Deze interventies worden vertaald naar de praktijk. Om de complexiteit van bepaalde situaties te illustreren of als onderbouwing voor de inzet van interventies, worden er af en toe citaten gebruikt met uitspraken van cliënten, hulpverleners, of beschrijvingen van situaties uit de dagelijkse praktijk. Allereerst wordt een kader neergezet.

1.1. Het kader van de richtlijn

Het kader van de richtlijn valt uiteen in het wettelijk kader waarbinnen geopereerd moet worden en het theoretisch kader, de visie waarbinnen gewerkt wordt.

1.1.1. Wettelijke kaders

Binnen de GGZ zijn tal van wetten en regels van belang. Ondanks vernieuwingen en veranderingen is meestal wel helder hoe het zit met rechten en plichten van cliënten en (medewerkers van) instellingen. Echter, er zijn altijd situaties waarbij realiteit en wetgeving op gespannen voet staan, er ethische discussies zijn te voeren over verschillende kanten van de zaak, en geen pasklaar antwoord voorhanden is. Binnen de GGZ stuit men op deze spanningsvelden met name wanneer het gaat om dwang en drang, en bemoeizorg aan zorgwekkende zorgmijders. Gebruiksruimten voor drugs en alcoholgebruiksruimten zouden daaraan toegevoegd moeten worden.

Het ontstaan van gebruiksruimten voor drugs heeft geleid tot een aanpassing van de Opiumwet in 1996, zodat gebruik van illegale middelen binnen deze aangewezen ruimten gedoogd zou worden, mits het gebruik plaats zou vinden in het kader van hulpverlening onder medisch toezicht en beschikbaarheid van dienstverlening. In de publicatie "gebruiksruimten in beeld" uit 2002 staat dat gebruiksruimten volgens de inspectie voor de gezondheidszorg onderdeel zijn van maatschappelijke opvang of laagdrempelige verslavingszorg, en daarmee de wetten WGBO en de kwaliteitwet niet van toepassing zouden

zijn. Het is echter maar de vraag of er bij alle verslavingszorginstellingen met gebruiksruimten geen behandelovereenkomsten zijn gekoppeld aan gebruiksruimten wanneer er ook sprake is van een uitgebreider traject. Hiermee zou de WGBO namelijk wel van toepassing zijn. Daarbij komt dat op het moment dat er een arts of een verpleegkundige naar een cliënt kijkt en een diagnose stelt, er sprake is van een behandelovereenkomst en de WGBO direct van toepassing is. Aangezien er in deze richtlijn voor het laatste gepleit gaat worden, is het zinvol om er vanuit te gaan dat de WGBO gewoon van toepassing is, en daarmee ook de aansprakelijkheid. Dit geldt ook voor de gebruiksruimten voor drugs met eenzelfde werkwijze.

Het is onduidelijk hoe de aansprakelijkheid in gebruiksruimten voor drugs wettelijk geregeld is en wie toezicht houdt op de naleving: het lijkt er eerder op dat wat er binnen de gebruiksruimte gebeurt buiten alle wettelijke kaders valt en daarmee de betreffende instellingen zelf moeten regelen hoe zij aansprakelijkheid voor eventuele schade aangebracht in hun gebruiksruimten regelen.

De situatie van de alcoholgebruiksruimte is niet geheel vergelijkbaar, aangezien alcohol een legaal middel is. Wat de juridische aansprakelijkheid betreft lijkt het echter ingewikkelder dan de gebruiksruimte voor drugs. Het gebruik van heroïne in gebruiksruimten heeft zeer duidelijk invloed gehad op overlastbestrijding en vooral reductie van gezondheidsschade door het aanbieden van schone materialen. Het is maar de vraag of er bij gebruik van alcohol in de gebruiksruimte net zoveel gezondheidswinst te behalen valt, gezien de schadelijkheid van het middel. De Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht instellingen om verantwoorde zorg te bieden, en het is de vraag of dat mogelijk is in een alcoholgebruiksruimte, alle maatregelen tot regulering van gebruik ten spijt. Ook al zou de instelling erin slagen het gebruik van een cliënt terug te brengen van 25 halve liters per dag naar 10 per dag: er wordt onherroepelijk schade opgelopen. Verantwoord alcoholisme bestaat niet.

Verder is er het juridische discussiepunt over al dan niet inzetten van de BOPZ: de fors drinkende cliënt brengt zich immers ernstige schade toe. Wanneer moet deze wel of niet ingezet worden, en hoe blijft de voorziening dan nog laagdrempelig? Wanneer bekend wordt dat iedere cliënt die de alcoholgebruiksruimte binnenkomt met een dwangmaatregel wordt opgenomen, zal de doelgroep geen voet meer binnenzetten. Het zet een hulpverlener echter wel voor het blok. Hierbij is de inzet van medische zorg zeker een punt dat een belangrijk verschil maakt: de triage van wie wel of niet de alcoholgebruiksruimte binnen mag, maakt het ook een medische beslissing, en geeft daarmee medeverantwoordelijk voor het welzijn van de bezoeker. De arts of verpleegkundige heeft daarbij ook nog te maken met de wet BIG.

Voorbeeld: een alcoholist wordt toegeleid naar een alcoholgebruiksruimte, waar hij 10 halve liters bier per dag drinkt in plaats van 25 die hij op straat dronk. Hij krijgt warme maaltijden, vitamines, een hulpverlener die zijn financiën regelt, etcetera. Maar na vijf jaar ontwikkelt hij levercirrose en familie klaagt de desbetreffende verslavingszorginstelling aan omdat die de

cliënt hebben toegestaan al die tijd een hoeveelheid alcohol onder toezicht van (medisch) personeel te consumeren waarvan bekend is dat dit forse schade oplevert, en men is boos dat de BOPZ niet is toegepast.

Al met al heeft een instelling bij het faciliteren van een alcoholgebruiksruimte te maken met de volgende wetten:

- Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP)
- Kwaliteitswet Zorginstellingen
- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)
- Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)
- Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)
- Drank en Horeca Wet
- Wetboek van Strafrecht
- Wegenverkeerswet
- Aansprakelijkheid
- Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)
- Huisreglement

De drank- en horecawet wordt hier genoemd, omdat in de meeste alcoholgebruiksruimten cliënten hun zelfgekochte alcohol meebrengen, maar er ook alcoholgebruiksruimten zijn waar het bier door de instelling wordt aangeschaft en aan cliënten wordt verkocht. Centrum Maliebaan in Amersfoort heeft hier ervaring mee (Schouten, E., 2010). Vanuit de inspectie voor gezondheidszorg en de voedsel- en warenautoriteit wordt hierover opgemerkt dat hiervoor ook een vergunning van de gemeente nodig is. Op het moment dat er voor alcohol wordt betaald, al is het zonder winstoogmerk, dan is de drank- en horecawet van toepassing.

Wat betreft aansprakelijkheid zoals in de in dit hoofdstuk beschreven casus is geïllustreerd, is er weinig duidelijkheid. Mag je cliënten laten tekenen voor eigen verantwoordelijkheid? Dit is een belangrijke vraag die hier helaas onbeantwoord moet blijven. Aan de basis van deze vraag ligt een andere vraag: is deze groep in staat besluiten te nemen? In hoeverre wordt de keuzevrijheid dermate beïnvloed door de verslaving dat een cliënt geen verantwoordelijkheid kan nemen voor zijn keuzes? En wat betekent dat dan voor de verantwoordelijkheid van de hulpverlener en het inzetten van dwang en drang? Deze richtlijn is een aanzet tot discussie en verder onderzoek hierop, een pasklaar antwoord bestaat niet. Aankomende jaren zou casuïstiek rondom jurisprudentie verzameld moeten worden om in een volgende versie van deze richtlijn hier meer over te kunnen zeggen.

Het lijkt vooral van belang dat de instelling die de alcoholgebruiksruimte faciliteert de zorg op dergelijke wijze organiseert, dat zij aan kan tonen al het mogelijke te hebben gedaan om de cliënt verantwoorde zorg te bieden. Wat verantwoorde zorg is kan per individu verschillen, maar deze richtlijn zal pogen hier een ondersteuning in te zijn.

Van belang is daarbij dat de cliënt die toegang krijgt (cliënten kunnen natuurlijk ook ge-

weigerd worden) nadrukkelijk geïnformeerd wordt over de gevolgen van gebruik, en dat in ieder geval alternatieven (zoals bijvoorbeeld een detoxopname) worden aangeboden.

1.1.2. Theoretisch kader: visie op alcoholgebruiksruimten

Om een voorziening als de alcoholgebruiksruimte goed te kunnen organiseren, is het noodzakelijk eerst een duidelijke visie en een theoretisch kader neer te zetten.

In de conclusie van de eerste literatuurstudie werd gesteld dat acceptatie van het alcoholgebruik een belangrijke basis is voor het aangaan van de zorgrelatie. Interventies dienen gericht te worden op meerdere leefgebieden tegelijk. Bij goede regie en inzet van verschillende interventies is er ook bij deze groep gezondheidswinst te behalen en kan overlast worden beperkt.

De laatste jaren wordt binnen de verslavingszorg gewerkt met het biopsychosociale model, en de visie dat verslaving een chronische hersenziekte is.

Het biopsychosociale model gaat er vanuit dat er voor verslaving niet één oorzaak is te geven, maar dat verschillende factoren op biologisch, psychisch en sociaal vlak bepalen of iemand verslaafd raakt of niet (GGZ Nederland, 2006). Voor de behandeling is dan ook noodzakelijk dat de aanpak op meerdere fronten tegelijk is gericht. Daarnaast is de laatste jaren door de toename van wetenschappelijke kennis duidelijk geworden dat verslaving een chronische hersenziekte is (Jong, C.A.J. de, 2006). Er treden onomkeerbare veranderingen op in processen die zich in het brein afspelen, naast de door middelen veroorzaakte schade. Dit heeft grote implicaties (gehad) voor hoe er naar verslaafden gekeken wordt, en hoe behandeling ingezet wordt; de ontwikkeling hiervan is nog in volle gang.

Rehabilitatie

Net als gebruiksruimten voor drugs zijn de hoofddoelstellingen van de alcoholgebruiksruimte het beperken van gezondheidsschade, overlastbestrijding en handhaving / verbeteren van het sociaal-maatschappelijk functioneren. De rehabilitatievisie is het overkoepelende model aan de hand waarvan de plaats van de alcoholgebruiksruimte in de hulpverlening bepaald kan worden.

Rehabilitatie is een visie, ontwikkeld binnen de psychiatrie, om cliënten te ondersteunen bij hun herstelproces, en ze te helpen beter te functioneren met hun beperkingen.

Een algemene definitie geven is moeilijk, omdat het begrip in verschillende contexten anders wordt gebruikt. Er bestaan verschillende stromingen binnen de rehabilitatie. De stroming van de milieugerichte rehabilitatie lijkt goed te passen bij de zorgvraag van de chronisch verslaafde cliënt. Hier richt men zich op het creëren of handhaven van een plezierig, functioneel en zo genormaliseerd mogelijk leefmilieu dat bescherming en veiligheid biedt. Vanuit deze veilige omgeving kan de cliënt ook worden uitgenodigd om nieuwe activiteiten te ondernemen en zich te ontplooien (Kar, F. van de et al., 2003).

Levensperspectief

Interventies binnen de alcoholgebruiksruimte dienen zich te richten op meerdere leefgebieden tegelijk, waarin in ieder geval aandacht voor het monitoren van de gezondheidssituatie, onthoudingsverschijnselen en cognitieve veranderingen, motiveren tot

leefstijlverandering, voeding, medische verzorging, ondersteuning bij praktische zaken en huisvesting. Dit tegen een achtergrond van het (her)vinden van een levensperspectief. Hierbij staat het (levens)verhaal van de cliënt centraal, worden keuzevrijheid en regie versterkt en wordt zo veel mogelijk ervaringskennis ingezet (Olij, Haan de, 2009).

Bij sommigen kan niet verwacht worden dat het ooit echt helemaal goed komt. Bij hen wordt gestreefd naar het best haalbare (of het minst slechte), een zogenaamd "gebroken goed", dat vele vormen aan kan nemen. Een voorbeeld hiervan is dat een dakloze soms ongelukkiger is met huisvesting dan op straat omdat het ook met ondersteuning niet te onderhouden en aan te houden is (Nuy en Brinkman, 2004).

Drang en dwang, een moreel dilemma

De bezoeker van de alcoholgebruiksruimte lijkt vaak zelf niet te overzien dat hij met zijn gedrag zijn gezondheid schaadt. De primaire verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het welbevinden van de bezoeker van de alcoholgebruiksruimte ligt bij de bezoeker zelf. Echter, tevens ligt er een verantwoordelijkheid bij de instelling waar een bezoeker ontvangen wordt. De instelling moet verantwoorde zorg bieden. Verantwoorde zorg houdt in ieder geval in dat het doeltreffend is, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt (kwaliteitswet zorginstellingen).

Deze verantwoordelijkheid kan met zich meebrengen dat er voor drang- en dwanghandelingen gekozen moet worden. In de praktijk van de bemoeizorg wordt met ondersteunende modellen gewerkt van oplopende drang en vermindering van vrijheid (Van de Lindt, 2000). De algemene indruk bestaat dat dwang vaak een positieve bijdrage levert bij de behandeling van verslaafden, maar dit is nog onvoldoende onderzocht. De hulpverleners zullen zelf moeten afwegen wat de beste of mogelijk de minst slechte interventie in een situatie is, wat vaak niet eenvoudig is. Voor besluitvorming over morele dilemma's, goede indicaties, afwegingen, voordelen en nadelen van interventies, verantwoordelijkheden etcetera bestaan verschillende methoden. Voorbeelden hiervan zijn het Socratisch gesprek of moreel beraad volgens de Nijmeegse methode.

De Wet BOPZ zou beter benut moeten worden gezien het soms levensbedreigende karakter van de alcoholafhankelijkheid (MDR 2009). Hiermee zal in de nabije toekomst meer ervaring op moeten worden gedaan. Beleid kan verder ontwikkeld worden op grond van casuïstiekbeschrijving en jurisprudentie.

De alcoholgebruiksruimte moet een duidelijke plek krijgen in het zorgtraject van de cliënt, afgestemd op hulpvragen en mogelijkheden van een cliënt. Daarmee wordt de positie en de functie van de alcoholgebruiksruimte in de zorgketen rondom de cliënt helder. De alcoholgebruiksruimte is een onderdeel van mogelijkheden die ingezet kunnen worden. Vanuit het eerste literatuuronderzoek bleek er geen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar over alcoholgebruiksruimten, maar wel dat er aanwijzingen zijn dat het inzetten van verschillende interventies bij chronische alcoholisten zinvol is, en waarbij acceptatie van het alcoholgebruik een belangrijke basis is voor het aangaan van de zorgrelatie. De verschillende interventies zouden gericht moeten zijn op meerdere leefgebieden tegelijk, omdat deze doelgroep nooit op slechts één levensgebied problemen heeft.

Bovenstaande visie betekent voor de plek van de alcoholgebruiksruimten in het zorgaanbod dat het zowel een ingang kan zijn voor verdere zorgverlening op weg naar een leven met meer perspectief als een (tijdelijke) rustplek in een hectisch dakloos bestaan, waar rust, veiligheid en ontspanning gevonden kunnen worden. De doelen liggen vooraf niet vast, in relatie met de cliënt wordt gekeken naar zijn 'nood' en de zorg die hij verlangt. Uitgangspunt is dat de alcoholgebruiksruimte aantrekkelijker moet zijn dan de straat. Dit betekent dat er samengewerkt moet worden met verschillende partijen en instanties. De gemeente die regels stelt, de politie die sanctioneert en de verslavingszorginstelling die een alternatief biedt, een plek waar relatieve rust en veiligheid ervaren wordt.

Bezoeker alcoholgebruiksruimte Deventer: "als je bij het station gaat zitten en je valt in slaap dan jatten ze je alles af"

Zoals aangegeven, moet de voorziening voor de cliënt voordeel opleveren en daarmee beter zijn dan de straat. Vanuit de milieugerichte rehabilitatievisie is het vervolgens van belang om de cliënt betere perspectieven voor te houden en daar naartoe te werken om toename van kwaliteit van leven en gezondheidswinst te bereiken. De alcoholgebruiksruimte moet echter minder aantrekkelijk zijn dan de andere voorzieningen die geboden worden zoals bijvoorbeeld een gezellige (alcoholvrije) huiskamer met sociale contacten, een kop koffie, een lekkere maaltijd, een spelletje.

De alcoholgebruiksruimte kan daarmee de functie hebben als eerste stap voor het maken van andere keuzes, bijvoorbeeld verdere hulpverlening. Uit het praktijkonderzoek met medewerkers bleek dat hulpverleners aangaven de alcoholgebruiksruimte vaak als vindplek dient, waardoor hulpverlening effectiever verloopt. Motiverende gespreksvoering en onderhandelingsstrategieën zijn van wezenlijk belang voor alle hulpverleners die met de doelgroep werken. Al wordt de werkzaamheid ervan (nog) niet zo duidelijk vanuit de literatuur ondersteund, soms is het de enige interventie die een hulpverlener in handen heeft.

Cliënt Peter krijgt zijn uitkering in de vorm van weekgeld verstrekt door de stadsbank. Het lukt hem echter niet zijn geld over de week te verdelen. Als zijn uitkering binnen is koopt hij zoveel mogelijk bier. Dit resulteert erin dat hij de eerste drie dagen van de week zwaar onder invloed door de stad loopt en in de tweede helft van de week last heeft van onthoudingsverschijnselen. Hij zit regelmatig trillend op de barkruk in de alcoholgebruiksruimte, heeft last van misselijkheid en hoofdpijn, krijgt soms een onthoudingsinsult en is niet te genieten. Het aanbod om hem te helpen zijn geld (en bier) over de week te verdelen slaat hij tot op heden af.

Inzet van intensief casemanagement blijkt uit de literatuur de meest aangewezen methode om winst te behalen op kwaliteit van leven en schadebeperking (MDR, 2009). Zie hiervoor de Richtlijn voor casemanagement in de verslavingszorg (Tielemans, L.I.G. et al, 2007).

Uitstroom en huisvesting

Uitstroommogelijkheden creëren is essentieel om cliënten mogelijkheden te bieden een stap verder te zetten in hun rehabilitatieproces. Wanneer er op verschillende levensgebieden verbeteringen zijn behaald, kan blijken dat de alcoholgebruiksruimte geen meerwaarde meer heeft voor een cliënt. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs te betekenen dat de cliënt niet meer drinkt, want voor de meeste cliënten is dit geen doel van de hulpverlening. In de literatuur is veel onderzoek naar de effecten van (begeleid) wonen beschreven, en dit blijkt een belangrijke positieve (korte termijn) effecten te hebben op gezondheid en het verminderen van overlast. Een studie meldt ook het verminderen van alcoholgebruik, maar conclusies kunnen hier nog niet aan worden verbonden. Dit zou pleiten voor het creëren van goede doorstroommogelijkheden in de vorm van hostels, waar cliënten wel mogen drinken maar voldoende ondersteunende begeleiding krijgen.

Sinds Freddy in het hostel woont, bezoekt hij de alcoholgebruiksruimte steeds minder. Hij drinkt zijn biertje op zijn kamer. Zijn financiën worden beheerd door een bewindvoerder, er is schuldsanering opgezet en hij kookt onder begeleiding. Hij drinkt nog steeds fors maar zijn leefomstandigheden zijn aanzienlijk verbeterd.

1.2. De praktijk van de richtlijn

De praktijk van de richtlijn valt uiteen in een aantal componenten, gebaseerd op de opzet van gebruiksruimten in beeld (Linssen et al. 2002).

1.2.1. Organisatie en inrichting

Uit het praktijkonderzoek komen een aantal componenten naar voren die door medewerkers en cliënten als belangrijk worden ervaren wat betreft de organisatie en inrichting van een alcoholgebruiksruimte. Bovenaan staat dat cliëntenparticipatie belangrijk is, om zo de doelgroep erbij te betrekken waarvoor de voorziening bedoeld is. Dit gegeven wordt ook door de geconsulteerde cliëntenraad ondersteunt. Cliëntenparticipatie kan inhouden dat cliënten op de hoogte gehouden worden en betrokken worden wanneer een nieuwe alcoholgebruiksruimte wordt gestart, waarmee de kans dat de voorziening wordt gedragen door de doelgroep groter is. Bij al bestaande voorzieningen kan het vorm krijgen middels regelmatig terugkerend overleg met cliënten over de gang van zaken, tevredenheidsonderzoeken, en deels verantwoordelijkheid voor de ruimte (bijvoorbeeld het schoonhouden ervan).

Centrale locatie

Allereerst is het wenselijk dat de alcoholgebruiksruimte zich op een centrale locatie in de gemeente bevindt. Het centrum is vaak de plek waar de doelgroep rondhangt en waar de overlast veroorzaakt wordt. Ook bevinden zich daar vaak de andere faciliteiten en instellingen waar een bezoeker gebruik van maakt. De plek moet goed bereikbaar zijn met openbaar vervoer.

Geïntegreerde voorziening

Een combinatie met andere voorzieningen voor dezelfde doelgroep, zoals bijvoorbeeld dagopvang, nachtopvang, medische voorzieningen of aanwezigheid van hulpverlening, is zeer wenselijk. Het is logisch, zal het gebruik van zorg door de over het algemeen zorgmijdende doelgroep bevorderen, beperkt in- en uitloop, en werkt uiteindelijk kostenbesparend. Met name de korte lijnen naar de medisch-verpleegkundige discipline zijn essentieel, want het biedt de mogelijkheid tot laagdrempelige somatische zorg.

Scheiding alcohol en harddrugs

Een scheiding van gebruiksruidten voor verschillende middelen (scheiding alcohol en harddrugs) is wenselijk om te voorkomen dat bezoekers middelen door elkaar of tegelijk gaan gebruiken, of elkaars verslavingen overnemen.

Inrichting

Er zijn goede argumenten om te pleiten voor een sobere inrichting van een alcoholgebruiksruimte. De basis is een droge, warme, veilige plek. Wel aantrekkelijk, maar niet te aantrekkelijk, een andere plek zou meer gezelligheid moeten bieden dan de gebruiksruidte. Een huiskamervoorziening zou los moeten staan van de gebruiksruidte: een gebruiksruidte wordt hiermee gereduceerd tot een ruimte specifiek voor gebruik van het middel. Vanuit de CRA-gedachte zou dan niet-gebruikend gedrag beloond worden. De alcoholgebruiksruimte moet aantrekkelijker zijn dan de straat, maar de gebruiksvrije huiskamer moet aantrekkelijker zijn dan de gebruiksruidte. Vanuit deze gedachte zou het ook aan te raden zijn de alcoholgebruiksruimte rookvrij te maken. Hiermee wordt het alcoholgebruik losgekoppeld van het roken, en wordt tevens aan de Nederlandse wetgeving voldaan om niet in openbare gebouwen te roken. Toch is het niet ondenkbaar dat dit een punt van onderhandeling is met de doelgroep waarop wordt toegegeven, om de alcoholgebruiksruimte aantrekkelijk genoeg te maken.

Huisregels

Daarnaast zijn regels een belangrijke peiler waarop de alcoholgebruiksruimte een functie kan vervullen in het reguleren van het gebruik van de patiënt. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat niet alleen de medewerkers van de alcoholgebruiksruimte dit prettig vinden voor een eenduidig uit te voeren beleid; ook cliënten geven aan dat het hen een gevoel van veiligheid geeft.

Een dilemma hierbij is dat huisregels niet zo strikt moeten zijn dat ze bezoekers afschrikken of frustreren, aan de andere kant moeten ze voldoende mogelijkheid bieden aan medewerkers om duidelijke kaders en grenzen te stellen. De regels moeten aansluiten op de huisregels van de rest van de voorziening. Voor opstellen van huisregels zie Model-huisregels (GGZ Nederland, 2009).

Wenselijke huisregels, waar moeten minimaal uitspraken over worden gedaan:

- Maximering %vol (2 promille)
- Maximering van aantal blikken bier
- Niet uitdelen

- Maximale tijd / gebruik van alcoholgebruiksruimte
- Uit de alcoholgebruiksruimte voor 1 uur na promillage van 2.0
- Tijd tussen bezoek aan alcoholgebruiksruimte en gebruiksruimte voor drugs
- Hoe wordt omgegaan met rijden onder invloed
- Hoe wordt omgegaan met de gemeentelijke verordeningen over openbare dronkenschap
- Individuele afspraken over gedrag worden in het zorgplan opgenomen

1.2.2. Toelating en toeleiding

Gezien het zorgmijdende karakter van de doelgroep, zoals beschreven in de inleiding, de (vaak) meervoudige, complexe, ernstige en langdurige problematiek is de inzet van bemoeizorg die de doelgroep verleidt tot het bezoeken van de alcoholgebruiksruimte en mogelijk aanvaarden van zorg essentieel.

Bemoeizorg bezoekt de plekken waar de (toekomstige) doelgroep zich bevindt, zoekt contact en aansluiting in nauwe samenwerking met gemeente en politie.

Voor de cliëntengroep kan bemoeizorg er zijn als (niet bedreigend) gezicht van de instelling, informatiebron, bemiddelaar, praktisch ondersteuner, hulpverlener, maar ook als vertrouwd contact.

Voor de instelling en de gemeente functioneert bemoeizorg als toeleider en grote kennisbron. Bemoeizorg weet wat er leeft binnen de verschillende groepen en kan inschatten wat er nodig is aan zorg. Ze kan optreden als bemiddelaar tussen cliëntengroep en instelling.

De alcoholgebruiksruimte, maar ook de voor- en naastliggende voorzieningen kunnen zich geen star aanbod veroorloven, maar zullen in dit kader flexibel in moeten spelen op de noden en behoeften van de groep. Hier komt dan ook direct een spanningsveld naar voren. Hoe verhoudt zich bijvoorbeeld de wens tot ongelimiteerd drinken van de toekomstige gebruiker van de alcoholgebruiksruimte tot de begrenzingen die een alcoholgebruiksruimte vanuit gezondheidsoogpunt of het oogpunt van veiligheid in de voorziening wil maken?

Een wijze om hiermee om te gaan werd in dit voorbeeld uit Enschede gevonden:

Het restrictiebeleid op alcoholgebruik in de stad werd ververst. Politie bekeurde mensen die op straat dronken en joeg ze op. De bemoeizorger die op straat de bekeurde mensen trof vertelde over de (tijdelijke) mogelijkheid om op het terrein van de instelling voor verslavingszorg in de binnenstad te bivakkeren in een tent en hier te drinken. Het alcoholgebruik werd niet beperkt qua hoeveelheid, wel werd sterke drank geweerd. Het betrof in dit geval geen toegang tot de alcoholgebruiksruimte van de instelling. In de alcoholgebruiksruimte binnen golden extra voorwaarden. Mochten de tentbezoekers hiervoor kiezen, dan konden zij ook gebruik maken van de andere voorzieningen als maaltijd, activiteiten en (gezondheids)zorg. Door de samenwerking tussen de verschillende partijen werd de overlast in de binnenstad aangepakt, werden een 10-tal potentiële zorggebruikers toegeleid naar het terrein van de instelling voor verslavingszorg. Twee cliënten van deze groep kozen er later voor gebruik te maken van de alcoholgebruiksruimte en de andere voorzieningen.

Voor een deel van de potentiële bezoekers kan gezegd worden dat alle zorg, dus ook een alcoholgebruiksruimte, te hoogdrempelig is. Soms hebben ze niet de juiste kennis over de voorzieningen, zijn ze verkeerd geïnformeerd of hebben een relatie met andere bezoekers van de voorziening die ernstig onder druk staat. Vaak hebben ze echter ook moeite met regels en is er sprake van ernstige persoonlijkheidsproblematiek.

Daar waar mogelijk informeert en bemiddelt bemoeizorg, zorgt voor het verlagen van drempels en probeert voorzieningen toegankelijk te maken. Daar waar dit (nog) niet mogelijk is wordt meegedacht over een (tijdelijke) tussenvoorziening. Het volgende voorbeeld illustreert een initiatief in Enschede.

In overleg met de groep overlastgevende buitenslapers die ook met politiebemoeienis niet te motiveren waren tot het bezoeken van de alcoholgebruiksruimte in de stad en het aanpassen aan de daar geldende regels is een gedoogplek gecreëerd. Afgesproken is dat de cliëntengroep zelf verantwoordelijk is voor het reilen en zeilen op de plek. Er zijn in gezamenlijk overleg regels afgesproken over bezoek, gedrag en onderhoud van de gedoogplek. Bemoeizorg bezoekt de groep dagelijks maar heeft geen verantwoordelijkheid. Ook de politie bezoekt de plek regelmatig. In een maandelijks overleg tussen gemeente, bemoeizorg (die de groep vertegenwoordigt) en de politie wordt de voortgang besproken, als het de groep niet zou lukken het beheer te voeren over de plek, dan zou de plek opgeheven worden.

Een periode liep het erg goed. Wanneer er zorg was om personen werd bemoeizorg ingeschakeld door leden van de groep. Er werd zelfs een vergunning verleend voor een barbecue door de gemeente.

De laatste tijd zijn er echter wisselingen binnen de groep en zijn er in toenemende mate ruzies en vechtpartijen. In het maandelijks overleg zullen gezien de situatie nadere afspraken gemaakt worden...

Lukt het toeleiden naar de alcoholgebruiksruimte, dan is het zaak de toelating zo soepel mogelijk te laten verlopen. De ervaringen van de groep met de toegankelijkheid van voorzieningen is vaak zo slecht dat ze zich snel uit het veld laten slaan. Zeker bij deze groep is het de kunst om mee te bewegen terwijl principes wel gehanteerd worden.

Na een lange aanloop van contact maken heeft bemoeizorg Hans zijn cliënt eindelijk zo ver dat deze wel naar de alcoholgebruiksruimte wil. Echter, normaal gesproken moet een cliënt nogal wat geregeld en gedaan hebben voordat hij de dagopvang binnen mag waar de alcoholgebruiksruimte gevestigd is: zorgverzekering, intake, bezoek aan de verslavingsarts, goedkeuring door het multidisciplinaire overleg. Hans is bang dat zijn cliënt hierdoor afgeschrikt zal worden, en af zal haken. Hij besluit te overleggen met de zorgcoördinator of zijn cliënt niet alvast naar binnen mag, en de rest dan in stapjes te regelen. Dit mag, en Hans heeft hiermee nu een goede onderhandelingspositie met de cliënt, waardoor deze toestemt. Na twee weken is zijn zorgverzekering in orde, en na drie weken heeft hij het gesprek bij de verslavingsarts gehad, gesteund omdat hij van andere cliënten hoorde "dat die best okee is".

Wat van belang is in het kader van toelating is dat de voorziening beschikbaar is voor de juiste

doelgroep. De alcoholgebruiksruimte is niet voor iedereen toegankelijk. Hiervoor dienen inclusie- en exclusiecriteria te worden opgesteld.

De volgende inclusiecriteria zijn wenselijk:

- Alcohol afhankelijk (volgens criteria DSM IV)
- Dak- thuisloos
- Minimum leeftijd 21 jaar
- Ingeschreven in de gemeente
- Legaal in Nederland
- Veroorzaakt overlast

De volgende exclusiecriteria zouden kunnen gelden:

- Dealen in middelen
- Ernstige fysieke verslechtering, acute psychiatrie of (besmettelijke) acute somatische aandoeningen waarvoor intensieve medische of psychiatrische zorg noodzakelijk is
- Ernstig agressief of zwaar onder invloed bij binnenkomst

Waar normaal gesproken een uitgebreide intakeprocedure afgerond moet zijn om tot zorg te mogen indiceren en een module te starten, wordt gepleit dit bij de alcoholgebruiksruimte aan te passen om de nieuwe bezoeker niet af te schrikken met een bureaucratische procedure.

De minimale aanmelding / intake voorafgaand aan toelating tot de alcoholgebruiksruimte zou moeten bestaan uit:

- Inschrijving EPD
- Inventarisatie zorgvraag
- Medische intake
- euroQOL (kwaliteit van leven)
- Zorgplan
- Multidisciplinair overleg

Dit is voor de cliënt die gewend is op straat te drinken – en die eigenlijk geen zorg wil – een enorme stap. Om te voorkomen dat cliënten afgeschrikt worden door de bureaucratie die het in hun ogen zal zijn, is het mogelijk wenselijk hier wel een fasering in aan te brengen. Men zou hierbij kunnen denken aan een proeftijd, waarbij iemand een korte periode al wel in de alcoholgebruiksruimte kan, maar geen gebruik mag maken van bepaalde faciliteiten (bv. huiskamer, maaltijden of activiteiten) zolang hij niet de rest van de procedure doorlopen heeft.

Het is wenselijk cliënten te laten tekenen voor eigen verantwoordelijkheid bij toelating tot een alcoholgebruiksruimte. De indicatie tot de alcoholgebruiksruimte dient zorgvuldig te zijn omschreven in het zorgplan van de cliënt. Na de intake krijgt iedere cliënt een eerst verantwoordelijke hulpverlener toegewezen.

Tot de voorwaarden voor toelating moet een lichamelijk onderzoek door arts of verpleegkundig specialist behoren. De monitoring van de gezondheidsschade bij bezoekers is essentieel en de screening zou als O-meting kunnen functioneren voor volgende somatische evaluaties. Bij voorkeur zou er ook een bloedonderzoek gedaan moeten worden. Dit kan echter niet verplicht gesteld worden. De cliënt moet hier wel zoveel mogelijk toe gemotiveerd worden. Mede op grond van de somatische screening kan de indicatie voor de alcoholgebruiksruimte worden afgegeven: het verdient aanbeveling hier een indicatie voor bepaalde tijd van te maken. Men zou ervoor kunnen kiezen om aanvankelijk te kiezen voor een indicatie van drie of zes maanden, die dan geëvalueerd moet worden. Er dient dan samen met de cliënt bekeken te worden of hij daar op de goede plek zit, of de doelen uit het zorgplan zo worden bereikt, en of de kwaliteit van leven is verbeterd. Wanneer de situatie aantoonbaar is verslechterd zou men kunnen overwegen de indicatie niet opnieuw af te geven. In andere laagdrempelige voorzieningen zal de cliënt welkom blijven en van hulpverlening zal hij ook gebruik kunnen maken in het kader van medisch noodzakelijke zorg. Wanneer dit besluit zou betekenen dat de cliënt buiten beeld verdwijnt, zal bemoeizorg opnieuw ingeschakeld moeten worden om de cliënt te volgen.

1.2.3. Aanbod

Nadat de bezoeker de (verkorte) intake doorlopen heeft, toegang heeft gekregen tot de alcoholgebruiksruimte voor bepaalde tijd en is ingeschreven als cliënt van de instelling, kan hij gebruik maken van de zorg.

Er dient dan een verder zorgaanbod geboden te worden, afgestemd op de doelgroep, gericht op schadebeperking, verbetering van kwaliteit van leven en rehabilitatie.

Basisaanbod

Het ideale basisaanbod bestaat uit (gratis) maaltijden, koffie/thee, bouillon, mogelijkheid tot persoonlijke verzorging en hygiëne, recreatie en activiteiten. Bezoekers krijgen de mogelijkheid om alcohol te drinken in de alcoholgebruiksruimte, waarna ze gebruik kunnen maken van de andere voorzieningen die de verslavingszorginstelling heeft. Zoals eerder genoemd is het wenselijk dat de huiskamerfunctie gescheiden is van de alcoholgebruiksruimte. In de huiskamer kunnen activiteiten worden geboden in overleg met de doelgroep, waarmee de cliënt gestimuleerd wordt deel te nemen aan een normaal sociaal kader. Hoe die activiteiten eruit moeten zien en in hoeverre ze een basisaanbod zijn kan betwist worden, maar belangrijk punt is dat zingeving in de rehabilitatievisie gezien wordt als een onmisbare peiler voor kwaliteit van leven. De activiteiten kunnen gericht zijn op ontspanning en recreatie intern (spelletjes als darten of tafeltennis) en extern (vissen, bowlen sport), gezonde leefstijl (maaltijdbereiding, boodschappen), educatie (krant in huiskamer, bezoek aan instelling, spreekuur juridische instelling op locatie) of arbeidsgerichte zingeving (bv. deelname aan een cleanteam in de stad of andere dagbesteding).

Cliënten worden gestimuleerd tot gezonde voeding en een gezonde leefstijl door het aanbod van minimaal een warme maaltijd per dag. Afhankelijk van de openingstijden uitgebreid met ontbijt en een broodmaaltijd. Dit aanbod wordt gedaan in een alcoholvrije

periode van de dag. Tevens is het wenselijk fruit aan te bieden.

Hulpverlening

Hulpverlening wordt pro-actief geboden aan de bezoekers. Iedere bezoeker krijgt een eerst verantwoordelijke hulpverlener toegewezen op HBO-niveau. De alcoholgebruiksruimte dient hierbij ondermeer als vindplaats. Na de eerste (verkorte) intake is duidelijk waar de zorgbehoeften van de bezoeker op dat moment liggen. Er wordt aangesloten bij deze zorgbehoeften en er wordt samen met de bezoeker gekeken of er successen te behalen zijn op verschillende levensgebieden. Cliënten vragen in de praktijk om sociaal-juridische ondersteuning, ondersteuning op het gebied van inkomen en werk/dagbesteding en onderdak. Toeleiding naar passende huisvesting verdient extra aandacht bij de doelgroep. Een voorzichtige conclusie uit het literatuuronderzoek is dat begeleid wonen in hostelachtige voorzieningen positieve effecten lijkt te hebben op gezondheid en overlast. Verder wordt op sommige plaatsen een spreekuur van een wijkagent of sociale dienst op locatie als een welkom aanbod gezien.

Motivationale interventies

De methode van de CRA (Community Reinforcement Approach) wordt al voorzichtig toegepast op locaties. CRA richt zich op het ontwikkelen van een alternatieve leefstijl die meer belonend is dan middelengebruik. Eén veel gebruikte methode daarbinnen is Contingentie Management (CM): nieuw gedrag in stand houden door het te belonen. Zo kregen patiënten op een onderzochte locatie stempels en stickers bij goed gedrag waarna de spaarkaart ingeruild kon worden voor koffie met gebak samen met de hulpverlener. Uiteraard moeten de beloningen in overleg met de patiënt gekozen worden. Ook moet in dit kader gekeken worden naar netwerkversterking. Het verdient aanbeveling per individu te bekijken op welke wijze CRA is in te zetten in het hulpverleningstraject van de patiënt, al dan niet in samenwerking met of uitgevoerd door de medewerkers van de huiskamer en alcoholgebruiksruimte.

Vanuit de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol wordt aanbevolen dat motiverende gespreksvoering bij alle vormen van behandeling dient te worden ingezet, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid. Motiverende gespreksvoering moet dus ook standaard toegepast worden door alle medewerkers die te maken hebben met de bezoekers van de alcoholgebruiksruimte. Interventies worden aangepast aan het stadium waar de patiënt in verkeert.

Somatische interventies

Gezien het zorgmijdende karakter van de doelgroep en de aanslag die de bezoekers op hun gezondheid doen vraagt het monitoren van de gezondheid en leefstijl en de daarbij behorende interventies speciale aandacht in het hulpverleningsaanbod. Preventie is een belangrijk onderdeel hiervan. Onderzoek naar interventies ter voorkoming van verdere hersenschade bij de chronisch alcoholafhankelijke patiënt pleit voor een strak medicatieschema en een goede geneeskundige en verpleegkundige anamnese toegepast op deze

doelgroep. Vooral thiamine speelt een belangrijke rol bij de preventie. Medicamenteuze interventies: 2 dd 50 mg thiamine in combinatie met vitamine-B complex Forte. Tijdens detox de dosis ophogen tot 300 mg per dag, zie ook hoofdstuk 4 (MDR, 2009).

De verschillende verslavingszorginstellingen hebben verschillend beleid ontwikkeld als het gaat om verstrekking van vitaminen, per injectie of oraal, als voorwaarde of niet. We pleiten ervoor de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol als leidraad te nemen en een (lokale) inschatting te maken van de meest haalbare interventies. Vaak zal dit orale toediening van vitaminen zijn. Bij thiamine-deficiëntie door een gestoorde opname is overleg met de cliënt nodig over andere interventies en voorwaarden voor toegang tot de alcoholgebruiksruimte. Over de noodzaak van halfjaarlijkse thiamine-injecties die in sommige voorzieningen voorwaarde is voor toegang tot de alcoholgebruiksruimte is geen bewijslast gevonden.

Naast thiaminetekort loopt deze doelgroep ook risico op een groot aantal andere somatische aandoeningen die om behandeling en monitoring vragen.

In de paragraaf toeleiding en toelating werd aandacht besteed aan een eerste medische screening; lichamelijk onderzoek als O-meting in het monitoren van de cliënt. Als vervolg hierop worden observaties gedaan door al het personeel dat in de voorziening werkt. Gezondheidsvoorlichting wordt verzorgd door de verschillende disciplines op hun eigen niveau. Zoals bijvoorbeeld verweven in het dagelijks contact met de bezoeker (stimuleren tot deelname aan de maaltijd), als onderdeel van het verpleegkundig spreekuur of een halfjaarlijkse lichamelijk onderzoek door arts of verpleegkundig specialist.

Bert vertelt de verpleegkundige dat hij al twee jaar 20 halve liters bier per dag drinkt. Hij heeft net de uitslag gekregen van bloedonderzoek: daaruit bleek dat hij geen afwijkende leverwaarden heeft. Bert is hierom erg opgelucht. De verpleegkundige vertelt dat dit niet betekent dat hij altijd zonder problemen 20 halve liters kan blijven drinken, en legt uit wat levercirrose is en hoe dit kan ontstaan. Dit is nieuw voor Bert: hij geeft aan dat hij wel snapt dat de hoeveelheid die hij drinkt een probleem is, en zegt te willen minderen.

Tijdige en adequate doorverwijzing is hierbij ook van belang: bij een zorgmijdende cliënt zal er extra aandacht en inzet nodig zijn voor de hand in hand begeleiding naar eventuele huisartsen of specialisten.

Een maximering van het alcoholgebruik wordt ook verschillend gehanteerd in de instellingen. Er worden grenzen gesteld in de vorm van hoeveelheid blikjes, maar ook in promillages. We pleiten om promillages aan te houden en cliënten op vaste tijdstippen te laten blazen. Hierdoor ontstaat voor zowel cliënten als medewerkers zicht op de hoeveelheid alcoholgebruik en is bewustwording en regulering mogelijk. In enkele voorzieningen wordt 2 promille als bovengrens aangehouden. Dit lijkt, bij gebrek aan onderbouwde grenzen op dit moment, een goede drempelwaarde om met patiënt te overleggen een pauze in te laten in zijn alcoholgebruik. We pleiten ervoor om cliënten standaard bij

binnenkomst in de alcoholgebruiksruimte te laten blazen.

In één van de alcoholgebruiksruimten is de afspraak dat er geblazen wordt als het gedrag van de cliënt niet acceptabel is of als de medewerker inschat dat hij te veel heeft gehad. Cliënten komen hiertegen in opstand en vinden dat dat wel voor anderen moet gelden, maar niet voor henzelf. Aan het blazen is een lading verbonden van een beperking, namelijk even niet drinken. Wanneer dit standaard bij binnenkomst zou gebeuren kunnen cliënten hun gebruik beter reguleren.

1.2.4. Personeel

Idealiter is aan de alcoholgebruiksruimten een multi-disciplinair team verbonden. Het personeel dat de alcoholgebruiksruimte en de huiskamer bemant is afkomstig uit hetzelfde team. Het competentieprofiel van deze medewerkers is opgenomen in hoofdstuk 2.2.

Voor de toeleiding naar de alcoholgebruiksruimte en het in kaart brengen en volgen van de doelgroep op straat is het aan te bevelen medewerkers bemoeizorg in te zetten. De samenwerking met ketenpartners is hierin van wezenlijk belang.

Verder zal medisch en verpleegkundig personeel aan de alcoholgebruiksruimte verbonden zijn voor het uitvoeren van screenings, monitoren van de gezondheid van de cliënten en het verzorgen van deskundigheidsbevordering op het gebied van gezondheid en leefstijl aan personeel en cliënten.

Voor de ondersteuning op andere leefgebieden dient hulpverlening beschikbaar te zijn die zich proactief opstelt.

Over het aantal in te zetten formatieplaatsen worden geen aanbevelingen gedaan. Dit is mede afhankelijk van de grootte van de doelgroep en de lokale mogelijkheden om personeel gelijktijdig voor verschillende voorzieningen in te zetten. Wel wordt gepleit voor de aanwezigheid van medewerkers met een hulpverleningsachtergrond. Belangrijk argument is dat de doelgroep vaak zorgmijdend gedrag vertoont en dat de professionele attitude, het aan kunnen sluiten bij de situatie van de patiënten met een niet-veroordelende manier van aanspreken, present zijn, de basis is om vertrouwen te verkrijgen. Pas als vertrouwen verkregen is kunnen andere interventies ingezet worden.

1.2.5. Relatie met de omgeving

De alcoholgebruiksruimte is één van de voorzieningen en diensten in een vangnet dat is gecreëerd om de problematische (alcohol)gebruikers heen. Een deel van de groep kan getypeerd worden als (zorgwekkende) zorgmijder. In de zorg rond deze groep is afstemming tussen ketenpartners een must, bij voorkeur gecoördineerd door één persoon, bijvoorbeeld in de vorm van een casemanager. Het gaat hier om ketenpartners binnen de maatschappelijke opvang, politie, gemeente, huisarts, ziekenhuizen, algemene psychiatrie, minderheidsorganisaties, zorginstellingen, instellingen voor lichtverstandelijk gehandicapten (lvg), maatschappelijk werk, woningbouwverenigingen, buurtwerk, maar ook het (al dan niet uitgeputte) netwerk om de cliënt heen. In het kader hiervan zijn de documenten "Handreiking bemoeizorg" uit 2004 en "Handreiking gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg" uit 2005 van belang.

Iedere fase van het zorgproces vraagt om afstemming. In de toeleiding naar de alcoholgebruiksruimte zal de samenwerking gezocht moeten worden door bemoeizorg of andere partners. Deze samenwerking blijft ook bestaan in de periode van het bezoeken van de alcoholgebruiksruimte. Het ideale aanbod, een voorziening waar 24 uur per dag gebruikt kan worden gemaakt, of second best, maatschappelijke opvang, die een ander deel van de dag de mogelijkheid biedt om gecontroleerd te drinken met achtervang van de verslavingszorg, is meestal niet voorhanden. Cliënten veroorzaken overlast op straat. Toeleiding is niet altijd mogelijk, en doorstroming naar andere voorzieningen vraagt ook meer aandacht van instellingen. En ook al heeft een cliënt 24 uur per dag de mogelijkheid om naar binnen te gaan, een deel blijft op straat komen. Dit betekent dat nauwe samenwerking met politie van belang is. Een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden helpt om de werkzaamheden goed af te stemmen. Dit zal ook nauw moeten worden afgestemd op lokaal niveau van de gemeente waar de voorziening is gesitueerd. Met name wanneer het gaat om sancties, lik op stuk beleid, en gedoogplekken wanneer toeleiding nog niet lukt. Mede door goede afstemming tussen de ketenpartners, kan bereikt worden dat de alcoholgebruiksruimte een aantrekkelijker plek wordt om te drinken dan de straat, en daarmee zijn functie beter kan vervullen. In verschillende gemeenten zijn samenwerkingsconvenanten tussen instellingen waarin de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden goed verdeeld zijn en waar men elkaar op aan mag spreken. Het is van belang om de eindverantwoordelijkheid voor de zorg bij voorkeur bij een instantie te leggen, die de zorg voor deze groep op diverse domeinen of leefgebieden domineert (van 't Land, Vrugink en Wolf, 2003). Dit zal meestal de verslavingszorg zijn, maar dat hoeft niet altijd het geval te zijn.

Tevens wordt gepleit het steunsysteem van de bezoekers bij de hulpverlening te betrekken, wanneer dit nog in beeld is. Wanneer het steunsysteem overbelast of beperkt aanwezig is, zullen acties in gezet moeten worden om het steunsysteem te versterken.

Justitie is een ketenpartner die in bepaalde situaties van belang kan zijn omdat zij cliënten gedurende een langere tijd vasthouden, zorg dragen voor basisbehoeften (bed, bad, brood) en daarmee de cliënt een langere periode abstinente zien. Wanneer cliënten zich vrijwillig niet op willen laten nemen voor bijvoorbeeld een test om cognitieve schade te meten, zouden deze momenten een uitgelezen kans kunnen zijn om dit plaats te laten vinden. Goede afstemming met één contactpersoon is belangrijk voor het welslagen hiervan.

Aandachtspunt is ook ondersteuning van ziekenhuizen in geval van opname van cliënten. Dit kan zijn ondersteuning in omgang met cliënt, of adviezen over medicamenteuze interventies vanuit de verslavingszorg bij het onthoudingssyndroom.

Hannie wordt laveloos door de politie op straat aangetroffen. Binnenstadbezoekers hebben de politie gebeld omdat ze uitgescholden worden en bang zijn. De politie besluit Hannie mee te nemen naar het bureau om haar roes uit te slapen. De GGD arts controleert de gezondheidssituatie. Bemoeizorg wordt gebeld met de vraag of ze Hannie kunnen bezoeken om haar wat uitleg te geven over de alcoholgebruiksruimte. Ze weet wel van het bestaan, maar denkt dat daar alleen maar mensen komen waar ze ruzie mee heeft en durft niet...

1.2.6 Basis componenten alcoholgebruiksruimten

Basis componenten alcoholgebruiksruimte

Organisatie en inrichting	• Cliëntenparticipatie • Centrale locatie • Goed bereikbaar met openbaar vervoer • Combinatie met andere voorzieningen • Korte lijnen naar medisch-verpleegkundige discipline • Scheiding van gebruiksruimten voor verschillende middelen • Sobere inrichting • Huiskamervoorziening los van gebruiksruimte • Rookvrije ruimte • Huisregels volgens regels GGZ Nederland • Bewustwording en regulering met behulp van BAC-test (maximaal 2.0 promille)
Toeleiding en toelating	• Toeleiding door bemoeizorg • Duidelijk omschreven inclusie- en exclusiecriteria • Laagdrempelige intakeprocedure (verkorte intake) • Somatische screening voorwaarde voor toelating • Indicatie afgeven voor beperkte tijd • Indicatie alcoholgebruiksruimte opnemen in het zorgplan
Aanbod	• Basisaanbod: maaltijden; koffie/thee; bouillon; mogelijkheid tot persoonlijke verzorging en hygiëne; activiteiten, gericht op ontspanning en recreatie, gezonde leefstijl, educatie en zingeving • Hulpverlening: Pro-actieve ondersteuning van zorgbehoeften op verschillende leefgebieden; iedereen een EVH; motiverende gespreksvoering; Community Reinforcement Approach; aandacht voor huisvesting, presentiebenadering • Gezondheidszorg: O-meting inclusief bloedonderzoek, monitoring, halfjaarlijkse medische screening en verlenging toelating; gezondheidsvoorlichting; verpleegkundig spreekuur; thiamine volgens richtlijnen praktisch toegepast • Cyclisch zorgproces, (met cliënt overeengekomen) zorgplan is leidend in de zorg • Aandacht voor uitstroombmogelijkheden • 24-uurs aanbod

Personeel	• Multidisciplinaire samenwerking (Competentieprofiel toegevoegd in F) • Niet veroordelende attitude en aansluiten bij de cliënt
Relatie tot omgeving	• Samenwerkingsafspraken ketenpartners • Eindverantwoordelijkheid voor zorg bij een instelling • Regie bij casemanager HBO-niveau • Betrekken steunsysteem cliënt
Interventies	• Motiverende gespreksvoering • Community Reinforcement Approach • Betrekken en versterken steunsysteem • Monitoring gezondheid en adequate doorverwijzing of onderzoeken • Medicamenteuze interventies • Begrenzing alcoholgebruik

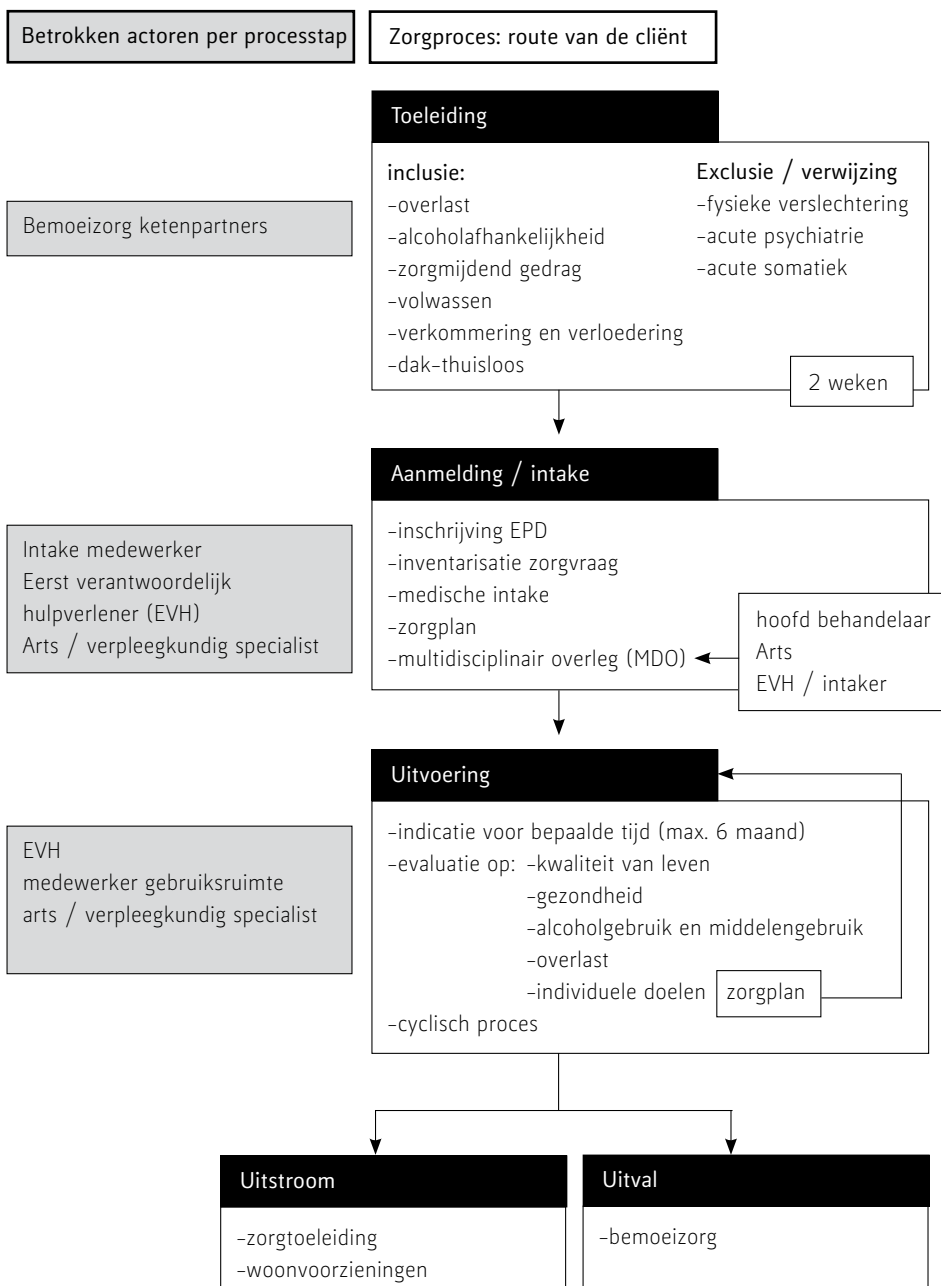
1.2.7. Het zorgproces

Het zorgproces rond de bezoekers van de alcoholgebruikersruimte is een cyclisch proces (zie pagina 31), waarbij het individuele aanbod wordt afgestemd op de zorgbehoeften van de cliënt en opgenomen wordt in het zorgplan. Voorafgaand aan evaluaties wordt er samen met de cliënt gekeken naar de situatie van dat moment, het middelengebruik en gezondheid (beleving), kwaliteit van leven, detentieperiodes / justitiecontacten. Er wordt geëvalueerd op de doelstellingen verbonden aan de voorziening, stabilisering gezondheidssituatie, verbetering kwaliteit van leven en vermindering van overlast.

De uitstroom uit de voorziening vindt plaats wanneer de komst naar de alcoholgebruikersruimte geen meerwaarde meer heeft voor de cliënt. Dit kan zijn omdat er sprake is geweest van toeleiding naar andere zorg of naar huisvesting, maar ook omdat de gezondheidssituatie, de kwaliteit van leven of de mate van overlast aanleiding geven voor herziening van de toelating. Dit wordt in evaluaties met de cliënt besproken.

Interessant om in dit kader te benoemen is de situatie in Utrecht. In deze stad, die een grote druggebruikersscene had met name rond winkelcentrum Hoog Catharijne, is eind jaren '90 stevig ingezet op gebruikersruimten om overlast te verminderen. Afgelopen jaren heeft de gemeente vervolgens ingezet op huisvesting voor deze doelgroep, en is de focus verschoven naar hostels. In deze hostels kregen cliënten woonruimte met daarbinnen gedoog van gebruik.

Dit heeft echter als gevolg gehad dat een groot deel van de gebruikersruimten de deuren kon sluiten omdat bezoekers deze vorm van laagdrempelige zorg niet meer nodig hadden. Dit zal niet direct de oplossing zijn voor alle gemeenten die te maken hebben met deze doelgroep, maar onderschrijft wel het belang van goede uitstroombmogelijkheden. Echter de (alcohol)gebruikersruimte is een belangrijke opstap naar een dergelijke voorziening.





2. Implementatie

Bij het starten of aanpassen van een voorziening zoals een alcoholgebruiksruimte komt veel kijken. In dit hoofdstuk daarom een aantal aandachtspunten en handvatten. Allereerst voor de cliëntenparticipatie, vervolgens de personele inzet en als laatste de evaluatie van de voorziening.

2.1. Cliëntenperspectieven

De richtlijn alcoholgebruiksruimten is tot stand gekomen in samenwerking met cliënten die een aantal huidige alcoholgebruiksruimten bezoeken. In het kader van het praktijkonderzoek zijn focusgroepinterviews gehouden met cliënten van 2 alcoholgebruiksruimten met het doel hun mening, wensen en verwachtingen in beeld te krijgen. De uitkomsten hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de conceptrichtlijn. De conceptrichtlijn is ter beoordeling voorgelegd aan de cliëntenraad van Tactus. Tijdens het toetsend onderzoek zijn cliënten betrokken bij de evaluatie van de nieuwe alcoholgebruiksruimte in Apeldoorn na 3 maanden. Ook bij de externe toetsing van toepasbaarheid en inhoud van de richtlijn zijn cliënten betrokken. De informatie hierover is opgenomen in hoofdstuk 3 en bijlage 2.

Knelpunten bij het betrekken van de betreffende doelgroep bij de opzet, organisatie, inrichting en evaluatie van de voorziening, zijn de veelzijdigheid van de groep en het zorgmijddend karakter van een deel van de groep. Tijdens het proces van toeleiding tot uitstroom zal creatief omgegaan moeten worden met het begrip cliëntenparticipatie. Bemoezorgers kunnen optreden als belangrijke informatiebron, maar ook als bemiddelaar of vertegenwoordiger van een deel van de cliëntengroep binnen de instelling, ook naar ketenpartners.

De alcoholgebruiksruimten vervullen verschillende functies voor cliënten als ingang voor verdere zorgverlening op weg naar een leven met nieuw perspectief of een rustplek in een hectisch dakloos bestaan. De groep is veelzijdig en valt in zijn geheel niet onder de bijzondere groepen allochtonen, licht verstandelijk gehandicapten, justitiabelen of personen met psychiatrische comorbiditeit, maar deze groepen zijn allen vertegenwoordigd. Er wordt aansluiting gezocht bij de individuele cliënt, in samenwerking met de cliënt wordt gekeken naar zijn noden en behoeften en afspraken worden vastgelegd in een zorgplan.

Van groot belang is het om de doelgroep (of vertegenwoordigers van de doelgroep) te blijven betrekken bij de ontwikkelingen van het aanbod, binnen de alcoholgebruiksruimten, maar ook de omliggende voorzieningen.

2.2. Organisatie en implementatie

Voor het invoeren van de richtlijn alcoholgebruiksruimten in de bestaande praktijk is geen eenduidig recept te geven. De bestaande praktijken verschillen enorm qua opzet, mogelijkheden, ontwikkeling, financiering, behoeften en problematiek. Wel biedt de richtlijn een overzicht van de basiscomponenten die een alcoholgebruiksruimte zou moeten bevatten. Hieronder volgt een weergave van de functies die in het multidisciplinaire team vertegenwoordigd moeten zijn. Tevens zijn de competenties uitgewerkt van de MBO-er die de meeste uren met de cliëntengroep optrekt. Voor de andere disciplines wordt verwezen naar de aanwezige richtlijnen voor deze groepen (Doedens e.a. 2004) (Tielemans, de Jong, 2007) of de bestaande competentieprofielen.

Deze disciplines moeten minimaal vertegenwoordigd zijn in de alcoholgebruiksruimte:

Discipline	Opleidingsniveau	Taken
Leidinggevende	HBO	Operationele leiding alcoholgebruiksruimte
Groepswerker	MBO	Dagelijkse begeleiding van de groep in en om de alcoholgebruiksruimte
Bemoeizorger	HBO	Toeleiding, vangnet, onderhandelaar, bemiddelaar, vertegenwoordiger
Casemanager	HBO	Eerst verantwoordelijk hulpverlener in traject van de cliënt
Verpleegkundige	Niveau 4 en 5	Eerst verantwoordelijk hulpverlener in traject van de cliënt, vraagbaak op het gebied van gezondheid en leefstijl, verpleegkundig spreekuur
Verslavingsarts	Basisarts+Master in Addiction Medicine	Medische intake, monitoring gezondheid, medische interventies
Verpleegkundig specialist	Master Advanced Nursing Practice	Zie verslavingsarts

Voor de medewerkers die de groep dagelijks begeleiden in en om de alcoholgebruiksruimte zijn de minimale functie-eisen hieronder uitgewerkt in een binnen de CAO-GGZ gebruikelijke indeling.

Functie-eisen medewerkers alcoholgebruiksruimte

Kennis en deskundigheid	• Relevante opleiding op MBO-niveau, gericht op hulp- en of dienstverlening • Kennis en beheersing van motiverende gespreksvoering en Contingency Management • Kennis van gezondheidsschade door alcoholgebruik • Vaardigheid om gezondheidsschade te signaleren, om kennis over te brengen en om adequaat door te verwijzen.
Zelfstandigheid	• De werkzaamheden worden verricht binnen vastgestelde kaders, waarbij er altijd een terugvalmogelijkheid is op een behandelverantwoordelijke of leidinggevende
Sociale vaardigheden	• Is in staat sfeer te scheppen en te zorgen voor een aantrekkelijk en uitnodigend leefklimaat. Sociale vaardigheden zoals tact, inlevingsvermogen, kunnen motiveren en stimuleren en conflicthantering zijn van essentieel belang bij het begeleiden van patiënten en hun omgeving. Ook het kunnen inschatten van non-verbale communicatie is van belang. Daarnaast is het bewaken en bepalen van de eigen houding belangrijk.
Risico's, verantwoordelijkheden en invloed	• Is medeverantwoordelijk voor de uitvoering van het zorgplan. • De goede naam van het beroep of de instelling wordt beïnvloed door inadequaat handelen.
Uitdrukkingsvaardigheid	• Is in staat zowel schriftelijk als mondeling in heldere en begrijpelijke taal te rapporteren.
Oplettendheid	• Aandacht en oplettendheid zijn vereist bij de uitvoering van begeleidings-taken.
Overige functie-eisen	• Geduld en doorzettingsvermogen zijn nodig voor het verkrijgen van medewerking van patiënten om deel te nemen aan activiteiten en behandeling of bij het doen plaatsvinden van ad hoc zorg (ADL of materiële dienstverlening). • Integriteit, betrouwbaarheid en eerlijkheid zijn vereist bij het begeleiden van patiënten en het hebben van inzicht in vertrouwelijke patiëntgegevens. • Gevoel voor het menselijk lichaam is nodig bij het observeren van patiënten.
Inconvenienten	• Confrontatie met lijden en leed van patiënten zorgt voor psychische belasting. • Het risico op agressieve bejegening is altijd aanwezig, waarbij er een kans bestaat op het oplopen van persoonlijk letsel.

Voor het toetsen en bewaken van de competenties wordt aanbevolen:

- Een verplicht cursusaanbod binnen of buiten de instelling, gericht op motiverende gespreksvoering, Contingency Management, onderhandelingsstrategieën, presentie, signaleren en bespreken van gezondheidsschade
- Jaarlijkse functioneringsgesprekken
- Aanbod begeleide intervisie
- Jaarlijkse training in omgaan met agressie

De invoering van een innovatie in de dagelijkse routines vereist effectieve communicatiestrategieën en het wegnemen van belemmeringen (Grol & Wensing 2006).

Tijdens het invoeren van veranderingen in de bestaande alcoholgebruiksruimten, maar ook bij het starten van nieuwe alcoholgebruiksruimten, wordt aanbevolen om rekening te houden met de verschillende factoren die bevorderend of belemmerend kunnen werken in het veranderingsproces. Deze factoren kunnen gerelateerd zijn aan de individuele hulpverleners, de sociale context, de organisatorische context en de economische en juridische context (Grol & Wensing 2006).

De personen die minimaal betrokken moeten worden bij de start of het invoeren van veranderingen zijn vertegenwoordigers van de cliëntengroep die gebruik gaat maken van de voorziening en vertegenwoordigers van de disciplines die werkzaam gaan zijn in de voorziening. De doelstellingen en activiteiten kunnen per organisatie verschillen. Het is zaak om de einddoelstelling helder te hebben en het voorgenomen proces in kaart te brengen door een stappenplan voor invoering te maken. Het plan moet uiteraard gedragen worden door het management van de instelling. Het verdient aanbeveling om kennis op te doen bij de bestaande alcoholgebruiksruimten in Nederland als het gaat om praktijkoplossingen voor te verwachten knelpunten.

Voor het meten van de effectiviteit van de functie van de alcoholgebruiksruimte wordt aanbevolen om metingen / controles te doen op het gebied van:

- Gezondheid: een halfjaarlijkse somatische screening door arts of verpleegkundig specialist, waarbij tevens een beoordeling van de gezondheidssituatie door de cliënt en de hulpverlener. Ook halfjaarlijks inventariseren van middelengebruik en leefstijl.
- Kwaliteit van Leven
- Halfjaarlijks afname van de EuroQOL
- Overlast
- Incidentenmelding en -registratie intern
- Externe registratie van het aantal politiecontacten of andere overlastparameters.

N.b. Daar waar mogelijk is het van belang zoveel mogelijk aan te sluiten op de bestaande instrumenten in de praktijk voor triage en monitoring; bijvoorbeeld de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) en de ASI (Addiction Severity Index).

2.3. Evaluatie en integriteitbewaking

De kwaliteit van de uitvoering van deze richtlijn in de praktijk evenals de effecten van de voorziening zouden het beste kunnen worden gemeten door middel van visitatierondes (door Resultaten Scoren), drie jaar na het verschijnen van de richtlijn.

De visitatieformulieren die hiervoor ontwikkeld moeten worden bevatten minimaal de volgende aandachtsgebieden:

Kwaliteit van de uitvoering	Organisatie en inrichting Toeleiding en toelating Aanbod Personeel Relatie tot omgeving Interventies	
Effecten van de voorziening	Cliënten	Mate van gezondheidsschade Kwaliteit van leven Regulering alcoholgebruik
	Gemeente / gemeenschap	Reductie van overlast
	Zorg(proces)	Toeleiding naar zorg Uitstroombmogelijkheden

Aanbevolen wordt om de resultaten van de visitatierondes te verwerken in een update van de richtlijn, zodat deze aan de nieuwste ontwikkelingen en kennis op dit gebied in Nederland aangepast kunnen worden.

Tevens wordt aanbevolen om de uitkomsten te vergelijken met de situatie in Engeland. Voor deze vergelijking zouden dezelfde prestatie-indicatoren gebruikt kunnen worden als in het onderzoek van Crane en Warnes (2003).



3. Verantwoording

Voorafgaand aan het opstellen van de richtlijn is er eerst onderzoek gedaan om alle actuele informatie over alcoholgebruiksruimten erbij te kunnen betrekken. Allereerst door literatuuronderzoek, en vervolgens door praktijkonderzoek om de huidige praktijk in Nederland in kaart te brengen. In dit hoofdstuk zijn de resultaten van deze onderzoeken samengevat: de uitgebreide versies zijn te vinden in de bijlagen van de richtlijn.

3.1. Verkennend literatuuronderzoek

Om zicht op de huidige stand van zaken over alcoholgebruiksruimten te krijgen is een literatuuronderzoek in wetenschappelijke databases uitgevoerd. Daarbij is mede gezocht naar publicaties over gebruiksruimten voor drugs, de voorziening die nog het meest op een alcoholgebruiksruimte lijkt. Gebruiksruimten voor drugs zijn voorzieningen waar weinig onderzoek naar is gedaan. Daarnaast blijken ze internationaal zeldzamer te zijn dan in Nederland. In 2006 waren er officiële gebruiksruimten in Zwitserland, Nederland, Duitsland, Spanje, Luxemburg, Noorwegen, Australië en Canada (Van der Gouwe e.a., 2006).

In het literatuuronderzoek is gezocht naar een antwoord op de volgende vragen:

- Wat beschrijft de literatuur over alcoholgebruiksruimten?
- Wat beschrijft de literatuur over het beperken van gezondheidsschade bij de sociaal gedesintegreerde alcoholafhankelijke cliënt?
- Wat beschrijft de literatuur over het reduceren van overlast bij de sociaal gedesintegreerde alcoholafhankelijke cliënt?
- Welke effecten zijn er van gebruiksruimten voor drugs beschreven?

Vanuit de uitgangsvraag "Op welke manier kunnen alcoholgebruiksruimten (I) bijdragen aan het beperken van gezondheidsschade en het reduceren van overlast (O) bij de sociaal gedesintegreerde alcoholafhankelijke cliënt (P)?" is gekomen tot de volgende zoekvraag volgens de PICO structuur uit de traditie van evidence-based medicine (Cliënt /Probleem – Interventie – Co-interventie – Outcome):

P sociaal gedesintegreerde alcoholafhankelijke cliënt. Kenmerken: vaak dak- thuisloos, veroorzaakt overlast, zorgmijdend, lage kwaliteit van leven, psychiatrische en / of somatische comorbiditeit.

I aanbod voorziening alcoholgebruiksruimte

C Andere interventie

O 1) beperken van gezondheidsschade, 2) het reduceren van overlast en 3) verbeteren van kwaliteit van leven

Zoekstrategie:

- Doorzochte databases: Cochrane, Medline/pubmed, PsycInfo, PiCarta, Embase en via Google.
- Vanaf jaartal: 1999
- In de talen: Engels en Nederlands
- Met in verschillende combinaties de trefwoorden:

Engels: Alcoholism, quality of life, homeless, shelter, rehabilitation, substance abuse treatment centres, health status indicators, drug and narcotic control, health status, harm reduction, self care, rehabilitation centres, alcohol, alcohol abuse, health damage,

Nederlands: Alcoholisme, alcoholverslaafden, alcohol, alcohol afhankelijk, harm reduction, gebruikersruimte, gebruikersruimte, overlast, zorgwekkende zorgmijders, opvangcentra, gezondheidsschade.

Bij selectie van potentieel relevante literatuur is ruimer gekeken dan alleen naar literatuur over alcoholgebruiksruimten. Gebruiksruimten of alcoholgebruiksruimten komen in de internationale literatuur in feite niet voor. Daarom is een zeer afgebakende zoektocht naar zin, praktijk of effect van alcoholgebruiksruimten zinloos. De keuze valt dan al snel op artikelen die enigszins aan het onderwerp verwant zijn om toch nog enige opbrengst te oogsten.

De zoektermen die de meeste relevante literatuur opleverden waren alcohol (of alcoholisme / alcohol abuse), homeless en harm reduction, bij voorkeur in combinatie.

De verwachting was dat Randomized Controlled Trials over het onderwerp niet veelvuldig voorhanden zouden zijn.

Daarom zijn zoveel mogelijk publicaties met verschillende niveaus van bewijskracht en zelfs opiniestukken meegenomen in de informatieverzameling aangaande het onderwerp. Tevens is gekozen om bij relevant gevonden artikelen meer literatuur van dezelfde schrijver te zoeken.

Tot slot zijn er verschillende Nederlandse richtlijnen doorzocht die zijn ontwikkeld onder de vlag van GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, en het Trimbos Instituut. Voor de volledige literatuurstudie wordt verwezen naar bijlage 1, hieronder volgt een samenvatting van de resultaten.

Resultaten

De gevonden artikelen hebben allen een empirische grondslag, behalve de artikelen van E. Noorlander uit 2004, en van I.R.A.L. van Laere uit 2002 die opiniërende stukken zijn. De kwaliteit van de artikelen is goed, al wordt er in sommige onderzoeken wel met relatief kleine groepen participanten gewerkt.

Het meest relevante artikel dat gevonden is, is een pre-experimenteel onderzoek uit Canada en gaat niet zozeer over een ambulante gebruikersruimte maar over een geïnte-

greerde aanpak waarmee participanten gestabiliseerd worden door middel van huisvesting, maaltijden, medische zorg en gecontroleerde alcoholuitgifte (Podymow et al., 2006). Deze studie is bruikbaar omdat er voor chronische alcoholverslaafde cliënten een verbetering in kwaliteit van leven behaald wordt op de leefgebieden huisvesting, voeding en medische zorg. Belangrijke succesfactor is acceptatie van het alcoholgebruik. Dit is ook één van de uitgangspunten van een alcoholgebruiksruimte. Generalisatie naar alcoholgebruiksruimten kan niet zonder meer. Wel is het goed te kijken naar de effecten van de verschillende ingrediënten die beschreven worden, namelijk begeleid wonen, aanbod gezondheidszorg en regulering van het alcoholgebruik.

Het beschrijvend onderzoek naar de organisatie en inrichting van gebruiksruimten in Nederland (Linssen et al., 2002) biedt een praktische handreiking die toepasbaar gemaakt kan worden voor de alcoholgebruiksruimten. Het evaluerend onderzoek over gebruiksruimten in Utrecht (Hulsbosch, 2004) laat een aantal interessante effecten zien van gebruiksruimten. De hoeveelheid drugsgebruik vermindert, meer gebruikers zijn verzekerd voor ziektekosten, er zijn minder mensen op straat en de ervaren last van gebruikers met politie en justitie is verminderd.

Verskillende auteurs richten zich op de inhoud van de zorg aan de doelgroep alcoholisten. Zo beschrijft Laere (2001) de noodzaak voor adequate medische laagdrempelige zorg. De artsen moeten in staat zijn de doelgroep te benaderen met aandacht voor verslaving, psychiatrische aandoeningen, gedragsstoornissen, meervoudige lichamelijke aandoeningen en sociale problemen. Dit pleit voor de inzet van gespecialiseerde verslavingsartsen bij deze doelgroep. Gouwe (2006) beschrijft een aantal maatregelen en interventies bij de gebruiksruimten voor drugs gericht op infectieziekten. Noorlander (2004) deelt haar overtuiging dat er gezondheidswinst te behalen valt bij deze doelgroep. Ze pleit voor zorg voor voedsel, vitamines, ondersteuning met behulp van motiverende gesprekstechnieken op medisch, sociaal en financieel gebied en inzet van dwang waar nodig. Laere (2002) pleit in dit kader voor het sneller aanwenden van wettelijke mogelijkheden tot dwangopname, waarbij onderzoek zal moeten aantonen of deze behandelingen stabilisatie en harm reduction kunnen bewerkstelligen.

Het onderzoek over de kwaliteit van laagdrempelige zorg voor langdurig verslaafden, "Van later zorg" (Land, 2003) geeft inzicht in taken die in combinatie garant staan voor passende zorg aan deze doelgroep. De zorg moet zich richten op basisbehoeften, materiële hulp, middelengebruik, medische en psychische zorg en zorgcoördinatie. Timmerman (2009) pleit voor een persoonsgerichte aanpak met cliëntenparticipatie.

Samenwerking tussen instellingen en organisaties is ook een belangrijk element dat in verschillende artikelen terugkomt (Bruin et al., 2003; Land, 2003; Timmerman 2009). Hierin gaat het om het in kaart brengen van de verschillende organisaties die bij de doelgroep betrokken zijn, het definiëren en toekennen van taken en verantwoordelijkheden, het vinden van een sluitende samenwerking. Er wordt door Land gepleit voor het neerleggen van de aansturing en eindverantwoordelijkheid bij één instelling.

Tot slot hebben enkele artikelen aandacht voor de effecten van huisvesting bij deze doelgroep. Zo beschrijven zowel Levin (2009) als Larimer (2009) een kostenreductie voor de maatschappij door het aanbod van huisvesting. De kostenreductie wordt verkre-

gen door minder gebruik van hostels, medische voorzieningen, gevangenissen en detox-klinieken en afname van het alcoholgebruik. (Begeleide) huisvesting is ook een van de elementen van de projecten die Podymow (2006) beschrijft waar de doelgroep baat bij lijkt te hebben.

Conclusie

Er blijkt geen literatuur over alcoholgebruiksruimten te zijn. Wel zijn er publicaties die gerelateerd zijn aan de doelgroep van de alcoholgebruiksruimte, die zich richten op welk zorgaanbod aansluit en effect heeft. De hoofdconclusie is dat de voorziening als zodanig nog niet onderzocht is en dat alle kennis op de praktijk gebaseerd is en op zijdelings met het onderwerp samenhangende literatuur.

Het is moeilijk iets te zeggen over de effecten van soortgelijke voorzieningen, wat betekent dat de aan het literatuuronderzoek vooraf gestelde vragen moeten herformuleren en de zoekstrategie aangepast dient te worden. Hierom is besloten een uitgebreid praktijkonderzoek te doen naar alcoholgebruiksruimten, zie hoofdstuk 2. Verder is het zinvol te gaan kijken naar al bestaande interventies en te zoeken naar evidentie in aanvullend literatuuronderzoek.

Er zijn uit dit eerste literatuuronderzoek een aantal aspecten die in ieder geval verder meegenomen moeten worden bij ontwikkeling van de richtlijn.

Acceptatie van het alcoholgebruik lijkt een belangrijke basis voor het aangaan van de zorgrelatie, blijkt uit de gevonden artikelen die zich richten op deze doelgroep. Interventies dienen gericht te worden op meerdere leefgebieden tegelijk, maar het stoppen van het gebruik staat dan niet voorop, of is soms helemaal geen doel. Het gaat dan om interventies die zich richten huisvesting, motivatie voor leefstijlverandering, voeding, medische verzorging en ondersteuning bij praktische zaken. Er kan worden geconcludeerd dat bij goede regie en inzet van verschillende interventies er ook bij deze complexe groep gezondheidswinst valt te behalen, overlast kan worden beperkt en de kwaliteit van leven verbeterd. Deze uitgangspunten zullen een belangrijke rol moeten spelen bij het faciliteren van alcoholgebruiksruimten en komen terug in hoofdstuk 3: 'de richtlijn'.

Update met extra zoektermen

Na het afronden van de concept-versie van de richtlijn en de beoordeling door de Stuurgroep Resultaten Scoren is besloten een aanvullend verkennend literatuuronderzoek te verrichten met de zoektermen "wet day centres", "consumption rooms", "street drinking", "drinking rooms", "alcohol consumption rooms", "consumption rooms for alcoholics" en "wet rooms".

Hieruit blijkt dat er in omringende landen toch soortgelijke voorzieningen ontwikkeld zijn. In Engeland is in 1978 de eerste voorziening geopend, in Duitsland in 2010.

De gevonden literatuur toont aan dat er in Engeland een soortgelijke ontwikkeling is doorlopen. Ook hier was sprake van overlast en druk van gemeenten om het probleem op te lossen. Men is tot dezelfde oplossing voor overlast door straatdrinkers gekomen als in Nederland, namelijk alcoholgebruiksruimten (wet day centres). Deze wet day centres zijn

los van elkaar ontstaan en ontwikkeld, op basis van praktijkbehoeften (Crane en Warnes, 2003).

Zie verder bijlage 1.

De aanbevelingen uit het Engelse onderzoek zijn ondersteunend aan de gemaakte keuzes van de richtlijn alcoholgebruiksruimten tot nu toe.

3.2. Aanvullend literatuuronderzoek

In het verkennende literatuuronderzoek bleven veel vragen onbeantwoord vanwege het ontbreken van literatuur over alcoholgebruiksruimten. Er werd wel literatuur gevonden over verschillende interventies bij deze doelgroep. In aansluiting op het verkennende literatuuronderzoek is praktijkonderzoek uitgevoerd dat beschreven wordt in hoofdstuk 2. Uit dit praktijkonderzoek kwamen ook een aantal veel toegepaste interventies bij deze doelgroep naar voren. Om te toetsen of er evidence is te vinden voor de in de praktijk uitgevoerde interventies, en om te kijken of er nog andere evidence based interventies te vinden zijn voor deze specifieke doelgroep zodat de richtlijn op gegronde argumenten kon worden ontwikkeld is een tweede literatuurstudie uitgevoerd. In 2009 is de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol verschenen, waarin uitgebreid literatuuronderzoek is gedaan. Met deze richtlijn als basis is er gekeken naar specifieke interventies, specifiek voor de doelgroep van de alcoholgebruiksruimten, om de doelstellingen van de alcoholgebruiksruimte te kunnen behalen.

Voor dit literatuuronderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Welke medicamenteuze interventies zijn inzetbaar in het voorkómen van verdere hersenschade bij chronisch alcohol afhankelijke patiënten?
2. Wat is de toepasbaarheid van bestaande (evidence based) interventies in de verslavingszorg bij deze doelgroep?
3. Wat is het effect van huisvesting op kwaliteit van leven, overlast en gezondheid bij chronisch alcohol afhankelijke patiënten?

Zoekcriteria

Doorzochte databases zijn: Cochrane, Medline/pubmed, PsycInfo, PiCarta, Embase en via Google, vanaf jaartal: 1998. In de talen: Engels en Nederlands, met in verschillende combinaties de trefwoorden:

alcoholism, quality of life, homeless, rehabilitation, substance abuse treatment centres, health status indicators, drug and narcotic control, health status, harm reduction, self care, rehabilitation centres, alcohol, alcohol abuse, health damage, CRA motivational interviewing, brief interventions, recovery, rehabilitation, quality of live, community housing.

Er is een selectie gemaakt via lezen van een abstract wanneer deze voorhanden was; in enkele gevallen is een artikel geselecteerd op titel. Er is zoveel mogelijk geselecteerd op grond van bewijskracht.

Resultaten

Het volledige literatuuronderzoek inclusief bronvermelding is opgenomen in bijlage 1. In dit deel zijn de belangrijkste resultaten en conclusies overgenomen.

Voor de toepasbaarheid van bestaande (evidence based) interventies in de verslavingszorg bij deze doelgroep is gekeken naar medicamenteuze interventies, motiverende gespreksvoering (MGV), community reinforcement approach (CRA), kortdurende interventies en het Illness Management and Recovery Model (IMR). Tot slot worden voorzichtige uitspraken gedaan over het effect van huisvesting.

Medicamenteuze interventies

Om verdere hersenschade te voorkomen bij actief drinkende cliënten wordt gepleit voor het verstrekken en of voorschrijven van een op de individuele cliënt afgestemd vitaminepreparaat.

De behandeling zou er als volgt uit moeten zien:

Type stoornis, moment van opname	Chronische stoornis alcoholgebruik	Tijdens detoxificatie	Verwaarlozing, cognitieve stoornissen, loopstoornissen of polineuropathie	Acute of subacute significantie verandering van bewustzijn, cognitieve looppatroon of oogbewegingen	Bij geheugenstoornissen Korsakov overwegen	Alcoholische cerebellaire degeneratie, polineuropathie, pellagra of centrale pontine myelinolyse
Behandeling	Thiamine 2 x 50 mg Vit. B. complex	300 mg thiamine + vit. B. complex	3 tot 5 dagen 250 mg thiamine i.m. of i.v. + 3 x dd. vit. B. complex + vit. C + diagnostiek natrium, magnesium, fosfaat	3 dagen 3 x dd. 500 mg thiamine i.v. + 3 x dd vit. B. complex oraal + vit. C + diagnostiek natrium, magnesium, fosfaat	Thiamine 2 x 50 mg	Thiamine 2 x 50 mg + vit. B. complex

Tevens wordt een actieve monitoring aanbevolen op veranderingen in gedrag en van de algehele voedingstoestand en op ingrijpen indien de cliënt een alcoholonthoudingssyndroom vertoont.

Motiverende gespreksvoering (MGV)

De multidisciplinaire richtlijn "Stoornissen in het gebruik van alcohol" pleit er voor MGV standaard toe te passen. Verdiepende literatuur gericht op de specifieke doelgroep van gebruikersruimte alcohol laat echter zien dat er maar weinig evidentie bestaat voor het effect van deze techniek. De doelgroep vertoont zorgmijndend gedrag en de professionele attitude die MGV bepleit is; aan kunnen sluiten bij de situatie van de patiënt met een niet-veroordeelende manier van aanspreken. Ondanks ontbrekende evidentie zou deze benadering niet zo maar afgewezen moeten worden: medewerkers zouden de techniek toe moeten gaan passen en het effect zou betrouwbaar gemeten moeten gaan worden.

Community reinforcement approach (CRA)

Uitkomsten laten zien dat bij de doelgroep chronische alcoholgebruikers in een laagdrempelige voorziening CRA een gunstig effect heeft op met name de hoeveelheid alcohol en frequentie van het gebruik. Daarnaast heeft de hulp op het gebied van werk/dagbesteding en huisvesting een langerdurend positief effect. Het gaat om een multidimensionale benadering met psychosociale en farmacologische hulpverleningstrategieën. In de praktijkvoorbeelden die gezien werden werd vooral gebruik gemaakt van Contingency Management als onderdeel hiervan.

Contingency Management (CM)

Uit het literatuuronderzoek kwam een Randomized Controlled Trial (Tracy et al. 2007) naar voren dat laat zien dat een low-cost, kortdurende variant van CM toepasbaar lijkt bij de doelgroep en het middelengebruik kan verminderen. De andere studies richten zich op de behandeling van middelengebruik.

Leefstijltraining en Rehabilitatie / Recovery

In het literatuuronderzoek is geen enkel artikel gevonden waarin kortdurende interventies zoals de leefstijltrainingen als losstaande interventies worden toegepast en getoetst op hun effect (op drinkgedrag etcetera) bij de doelgroep gebruikende chronische alcoholisten die een opvang bezoeken. Datzelfde geldt ook voor de recovery en de rehabilitatie, de doelgroep 'chronische alcoholist in de dagopvang/in een alcoholgebruikersruimte' wordt in de literatuur niet aan beide op zich zelf staande hulpverleningsstrategieën gekoppeld.

Wel werd in dit kader het Illness Management and Recovery Model (IMR) gevonden en onderzocht dat specifiek is ontworpen voor patiënten die chronische psychiatrische en verslavingsproblemen hebben en langdurig in de hulpverlening terecht komen, meerdere keren terugvallen en daardoor langzaam achteruit gaan. Het Illness Management and Recovery Program' (IMRP) wordt in de chronische GGZ zorg toegepast om zingeving en herstel te bewerkstelligen.

IMR en CRA lijken in aanpak, opzet en filosofie op elkaar. IMR is bedoeld voor patiënten die chronische recidiverende psychiatrische problematiek hebben (waaronder ook wordt gerekend de Dubbele Diagnose variant met verslavingsproblemen). CRA is in opzet ontwikkeld voor patiënten met een verslavingsprobleem.

Het verdient aanbeveling beide strategieën als centrale opbouw van een gebruikersruimte

te integreren en diverse interventies op te nemen in het programma en hier het personeel in te scholen.

Presentie

De presentiebenadering is een steeds meer gehoorde benaderingswijze binnen de verslavingszorg (Baart 2004). Momenteel loopt er onderzoek om de theorie, benadering en methodiek verder te ontwikkelen in samenwerking met de verslavingszorg. De eerste resultaten worden verwacht in 2011.

Autonomie, drang en dwang

Er is momenteel veel onderzoek gaande naar de invloed van verslaving op de autonomie. Dit kan grote consequenties hebben voor de inzet van drang en dwang. Er wordt in de literatuur gepleit voor het beter inzetten van de huidige wettelijke mogelijkheden (Laere van, 2002; Noorlander, 2005; Czyzewski & Horst ter, 2005)

Huisvesting

Onderzoek naar het effect van huisvesting op kwaliteit van leven, overlast en gezondheid bij chronisch alcohol afhankelijke patiënten leverde de volgende voorzichtige conclusies op. Huisvesting, met name begeleid wonen in hostelachtige voorzieningen, leidt op korte termijn direct leidt tot vermindering van opnames in ziekenhuizen en van de noodzaak tot hulp bij juridische problemen. Gezondheid gaat vooruit en overlast vermindert. Er is nu nog te weinig onderzoek gedaan naar de afname van alcoholgebruik hoewel 1 studie aantoont dat ook dat vermindert. Kwaliteit van leven is niet gemeten maar de suggestie is dat op basis van de bovenstaande onderzoeken ook dat verbetert.

Conclusies

Voor de medicamenteuze interventies wordt geadviseerd de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol te volgen.

Motiverende gespreksvoering zou ondanks ontbrekende evidentie wel door alle medewerkers toegepast moeten worden, met de hierbij behorende professionele attitude van aansluiten bij de cliënt en niet-veroordelende manier van aanspreken.

Community Reinforcement Approach / Contingency Management en het Illness Management and Recovery Model zouden geïntegreerd gebruikt moeten worden bij de opbouw van de alcoholgebruiksruimte, de diverse interventies opgenomen moeten worden in het programma en het personeel geschoold in de interventies.

De presentiebenadering is volop in ontwikkeling. De uitkomsten van onderzoek moeten worden meegenomen in de zorg aan de doelgroep.

De ethische dilemma's rond drang en dwang en autonomie worden niet opgelost in de literatuur.

Op het gebied van huisvesting kan voorzichtig geconcludeerd worden dat het zinvol is om bij de doelgroep in te zetten op (begeleid en beschermd) wonen.

3.3. Verkennend praktijkonderzoek

Uit het verkennende literatuuronderzoek is gebleken dat er in de literatuur weinig aanknopingspunten te vinden zijn om een richtlijn op te baseren. Hierdoor bleek het van belang goed te inventariseren wat er in de dagelijkse praktijk gebeurt en te kijken naar overeenkomsten en verschillen tussen instellingen om de kwaliteit van aanbod en aanpak in kaart te brengen: de dagelijkse praktijk is momenteel de belangrijkste bron van kennis en ervaring. Uit een eerste inventarisatie is gebleken dat er 17 alcoholgebruiksruimten in Nederland zijn.

Het doel van het verkennende onderzoek is een beeld te kunnen schetsen van wat er al aan ideeën is, en te onderzoeken wat zinvol is mee te nemen in de richtlijn. De bevindingen zijn omschreven per thema, die afgeleid zijn van de opzet van de publicatie *Gebruiksruimten in beeld* uit 2002.

Werkwijze

In dit praktijkonderzoek wordt de informatie op verschillende wijzen verzameld, om een zo compleet mogelijk beeld te kunnen schetsen van de huidige werkwijzen, aanbod, organisatie van zorg waar de verschillende instellingen met alcoholgebruiksruimten voor hebben gekozen. De gebruikte methoden zijn:

- Vragenlijstonderzoek bij leidinggevenden (alle alcoholgebruiksruimten)
- Vragenlijstonderzoek bij uitvoerend personeel (alle alcoholgebruiksruimten)
- Focusgroepsdiscussie met cliënten – intern twee locaties
- Focusgroepsdiscussies personeel – extern twee locaties
- Vragenlijst medisch-verpleegkundig personeel – intern vijf personen

De opzet en resultaten van de onderzoeken zijn gerelateerd aan de volgende thema's: organisatie & inrichting, toelating & toeleiding, aanbod, personeel, relatie tot omgeving en de cliënt.. Hieronder volgt een korte samenvatting van de werkwijze en bevindingen: een uitgebreidere beschrijving is te vinden in bijlage 2.

Bevindingen

Het doel van het vragenlijstonderzoek onder leidinggevenden was een sociale kaart te ontwikkelen van het aanbod en de werkwijzen van de alcoholgebruiksruimten in Nederland. Het onderzoek bevestigde dat er geen eenduidigheid bestaat over de wijze waarop een alcoholgebruiksruimte ingericht, georganiseerd en gestuurd moet worden. Iedere gebruiksruimte is ontstaan op basis van locale noden en behoeften en op basis van locale ervaringen verder ontwikkeld, soms met zeer beperkte middelen. De alcoholgebruiksruimten zijn nog relatief jong en nog volop aan het ontwikkelen en professionaliseren.

De vragenlijsten onder het uitvoerend personeel vormden een inventarisatie van meningen en ideeën over de succesvolle elementen van de bestaande werkwijze en het zorgaanbod. Ook hier is sprake van diversiteit, behalve waar het gaat om begrenzing (optreden bij teveel drinken, gezondheidsschade en agressie). Hierin lijken de medewer-

kers een belangrijk element van hun werk te herkennen.

De focusgroepsdiscussies met cliënten hadden tot doel de mening, wensen en verwachtingen van cliënten in beeld te krijgen ten aanzien van het aanbod en de werkwijze van de alcoholgebruiksruimten. Alle cliënten vinden dat het beter om binnen te drinken dan buiten en ze voelen zich over het algemeen veilig. Punt van aandacht is wel dat een aantal cliënten aangeeft dat ze samen met anderen meer drinkt dan alleen. Onduidelijk is of dit alleen geldt binnen een alcoholgebruiksruimte, of dat dit op straat ook gebeurt.

De focusgroepdiscussies en de schriftelijke interviews met het personeel zijn uitgevoerd om de uitkomsten op de vragenlijsten en de perspectieven inhoudelijk uit te kunnen diepen. Er werden stellingen besproken vanuit medisch-verpleegkundig perspectief, het sociaal maatschappelijk perspectief en het perspectief van openbare orde & veiligheid. Er werd kritisch gereageerd op stellingen en op grond van ervaring zijn veel argumenten genoemd waarmee de keuze voor interventies zijn onderbouwd. Ook is er door medewerkers beschreven wat in hun ogen een ideale situatie zou zijn. De ervaring en deskundigheid van deze groep zijn samen met de uitkomsten van de focusgroepdiscussies met cliënten, belangrijk geweest in het maken van afwegingen voor de richtlijn.

Bij elkaar geeft het praktijkonderzoek veel informatie over de verschillende keuzes die er zijn gemaakt wat betreft locatie, inrichting, regels, toeleiding, al dan geen begrenzing van de hoeveelheid alcohol, inzet van medische zorg, thiaminebeleid, overige aanwezige voorzieningen, het zorgproces rondom de cliënten, etcetera. Er is geen echte conclusie uit te trekken, behalve dat er geen eenduidigheid is: er zijn grote verschillen in de zorg die wordt geboden, zie voor meer informatie bijlage 2.

3.4. Toetsend praktijkonderzoek

Werkwijze

Het doel van het toetsende onderzoek was om de ontwikkelde richtlijn kritisch te laten bekijken door de bril van de dagelijkse praktijk, om hem te beoordelen op bruikbaarheid, haalbaarheid en eventuele hiaten. Voor het toetsend praktijkonderzoek is na het schrijven de conceptrichtlijn gekozen voor een andere werkwijze dan voorgeschreven in het master protocol. Hier hadden interne en externe pilots moeten plaatsvinden, dat wil zeggen volledige implementatie en evaluatie van de richtlijn op twee locaties. Omdat de implementatie van een richtlijn als deze veelomvattend is, zou dit zeker twee jaar in beslag nemen, en deze tijd is niet beschikbaar in dit traject. Daarom is er gekozen om op locaties bij verschillende instellingen bijeenkomsten te organiseren met artsen, verpleegkundigen, dagelijks medewerkers van de alcoholgebruiksruimten en cliënten om de inhoud van de richtlijn door te nemen op toepasbaarheid, haalbaarheid en hiaten.

Bij Tactus is op één locatie (Enschede) gekozen voor een pilot in de vorm van een simulatie. Het personeel kreeg de conceptrichtlijn voorgelegd in de vorm van 18 aanbe-

velingen. Vervolgens is gekozen om op een andere locatie (Apeldoorn) waar een alcoholgebruiksruimte van start ging de conceptrichtlijn als leidraad te nemen. Dit werd geëvalueerd na 3 maanden. Tot slot werd bij GGZ-Noord Midden Limburg (Roermond) en IrisZorg (Arnhem) de richtlijn inhoudelijk getoetst en de toepasbaarheid kritisch bekeken door artsen, verpleegkundigen, leidinggevende, dagelijkse medewerkers van de alcoholgebruiksruimte en cliënten.

Bevindingen

In de simulatie bij Tactus kwam duidelijk naar voren dat bij iedere aanbeveling die zou afwijken van hetgeen de huidige praktijk in de alcoholgebruiksruimte van Enschede is, de medewerkers veel agressie, onrust en spanning verwachtten. Veranderingen zouden niet alleen bij cliënten, maar ook bij personeel weerstand oproepen. Dit zegt mogelijk niet veel over de kwaliteit en bruikbaarheid van de aanbevelingen, maar meer over de complexiteit van veranderingen in een dergelijke voorziening en over de haalbaarheid en toepasbaarheid in de lokale situatie. In het implementatietraject moeten cliënten en medewerkers nauw betrokken worden. Hiervoor wordt verwezen naar hoofdstuk 2.

In de toepassing op de locatie Omnizorg Apeldoorn is een alcoholgebruiksruimte gestart, met weinig voorbereidingstijd, en op een plek in het pand die door de locatie zelf als niet ideaal werd gezien. Voor de evaluatie zijn vragenlijsten bij personeel en cliënten afgenomen, zijn interviews gedaan met cliënten en is er een bijeenkomst geweest met de werkgroep die de alcoholgebruiksruimte heeft opgezet. De conclusie was dat de alcoholgebruiksruimte niet functioneerde naar behoren. Als oorzaken hiervoor werd genoemd: te korte voorbereidingstijd, geen geschikte ruimte, en gedoogbeleid van politie op een plek buiten waardoor de gedoogplek aantrekkelijker was dan de alcoholgebruiksruimte. Vooral het laatste werd al essentieel beschouwd voor het welslagen van de alcoholgebruiksruimte. Personeel, management en cliënten gaven aan dat het gedoogbeleid buiten voor problemen en moeilijkheden zorgde. De cliënten gaven duidelijk aan dat huisregels goed uitgelegd en beargumenteerd moeten worden, om draagvlak bij de gebruikers te creëren.

Uit de inhoudelijke toetsing en de toepasbaarheid van de richtlijn bij de instellingen GGZ Noord- en midden Limburg en IrisZorg kwamen de volgende aanbevelingen naar voren. In Arnhem werd de noodzaak benadrukt van uitstroomvoorzieningen in de vorm van woningen. Ook werd de sociale functie van de alcoholgebruiksruimte benadrukt en het belang van het versterken en uitbouwen van het netwerk. De voorgestelde sobere inrichting vond men haaks staan op de sociale functie: er werd grote waarde toegeschreven aan de huiskamerfunctie van de alcoholgebruiksruimte. De medewerkers gaven aan het belangrijk te vinden om in de intake ook te screenen op psychiatrische comorbiditeit vanwege de hoge prevalentie, waarvoor een checklist gebruikt kan worden. Belangrijk is ook de wens om het aanbod voor de doelgroep te faseren en niet alles even laag- of drempelig te maken. Ook moet er een 24-uurs aanbod zijn voor de doelgroep.

In Roermond gaf men aan in de richtlijn een ideaalsituatie te zien die ver van hun eigen

situatie ligt. Dit met name omdat de zorg aan de doelgroep over teveel verschillende instellingen en locaties verspreid is, waardoor samenwerking moeizaam is. Er werd aangegeven dat het belangrijk is het traject van de cliënten als uitgangspunt te nemen, en niet die van de instellingen. Een ander belangrijk punt van met name de arts was het thiaminebeleid: men zou er liever voor kiezen alleen thiamine te geven wanneer de cliënt ook daadwerkelijk andere keuzes wil maken wat betreft zijn alcoholgebruik. Zorgen voor korte termijn behoeften zou het basis aanbod moeten zijn (het zogenaamde bed, bad, brood); thiamine zag men meer als interventie voor lange termijn doelstellingen. Verder was er discussie over inzet van benzodiazepinen ter overbrugging voor de nacht: inzet van deze medicatie werd als niet wenselijk beschouwd, omdat niemand kan garanderen dat cliënten dan toch niet gaan drinken. Verder werd een richtlijn voor alcoholgebruiksruimten als zeer wenselijk beschouwd als ondersteuning bij opzet van de zorg, al dan niet met gemeente en andere instellingen, en als handvat bij moeilijke keuzes.

D. LITERATUUROVERZICHT

- Anthony, W. A. (2010). Recovery from mental illness: Guiding vision of mental health service system in the 1990's. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16 (4), 120-123.
- Baart, A. (2004). Een theorie van presentie. Den Haag: Boom juridische uitgevers.
- Baart, A. (2008). Aannemelijke zorg- over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma.
- Beckham, N. (2007). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *J.Am.Acad.Nurse Pract.*, 19, 103-110.
- Biesma, S., Kruize, A., Naayer, H., & Bieleman, B. (2005). Van de straat in Almelo Almelo: Stichting Intraval.
- Bransen, E., Land, v. 't H., & Hof, J. (2004). Gebruiksruimten in Nederland. Trends en ontwikkelingen 2001-2004 Utrecht: Trimbos Instituut.
- Bruin, C. d. (2003). Zwerven in de 21e eeuw Utrecht: Centrum voor verslavingsonderzoek.
- Burke, A. C. & Gregoire, T. K. (2007). Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health Soc.Work*, 32, 7-15.
- Busch, M., Huisman, A., Hupkens, S., & Visser, A. (2006). Inleiding complementaire zorg Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Carroll, J. F. X. (2009). Concerns about aspects of harm reduction and the overselling of evidence-based practices in the treatment of alcohol / other drug problems. *alcoholism treatment quarterly*, 27, 329.
- Carter, A. & Hall, W. (2007). The social implications of neurobiological explanations of resistible compulsions. *Am.J.Bioeth.*, 7, 15-17.
- Community Care. (2001) Don't look now. *Community Care*, 8 november 2001. <http://www.communitycare.co.uk/articles>
- Crane, M. and Warnes, A.M. (2003). Wet day centres in the United Kingdom: A research report and manual. Sheffield institute for studies on ageing, University of Sheffield
- Crane, M., Warnes, T. (2005). Wet day centres in Britain, part 1 – Planning en setting up. *Drug and Alcohol Findings*, issue 12, 2005, blz 24 t/m 29
- Crane, M., Warnes, T. (2005). Wet day centres in Britain, part 2 – Care Control Challenge. *Drug and Alcohol Findings*, issue 13, 2005, blz 16 t/m 21
- Czyzewski, S. and Horst ter, G. (2005, November 8). Van verloedering naar zorg: investeer meer in verslaafden. *De Volkskrant*.

- Doedens, P., Meulders, W. J. A., & Knibbe, R. A. (2004). Handreiking bemoeizorg – Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen Amersfoort: Resultaten Scoren, GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2006b). Aanpak op meerdere fronten; een visie op verslaving en verslavingszorg Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2009). Modelhuisregels. GGZ Nederland
- Gouwe van der, D. (2006). Preventie van infectieziekten in gebruiksruidten – een inventarisatie van de stand van zaken Utrecht: Trimbos Instituut.
- Grol & Wensing (2006). Implementatie – Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Elsevier gezondheidszorg.
- Harper, C. (2009). The neuropathology of alcohol-related brain damage. *Alcohol Alcohol*, 44, 136–140.
- Hasin, D. S. & Grant, B. F. (2002). Major depression in 6050 former drinkers: association with past alcohol dependence. *Arch.Gen.Psychiatry*, 59, 794–800.
- Heather, N. (2006). Controlled drinking, harm reduction and their roles in the response to alcohol-related problems. *Addiction research & theory*, 14, 7–18.
- Higgins, S. T. & Petry, N. M. (1999). Contingency management. Incentives for sobriety. *Alcohol Res.Health*, 23, 122–127.
- Hulsbosch, L., Nicholas, S., Bakel, H. v., & Wolf, J. (2004). Gebruiksruuidten in Utrecht – evaluatie van een nieuwe voorziening Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hwang, S. W. (2006). Homelessness and harm reduction. *CMAJ*, 174, 50–51.
- Hwang, S. W., Tolomiczenko, G., Kouyoumdjian, F. G., & Garner, R. E. (2005). Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. *Am.J.Prev.Med.*, 29, 311–319.
- Hyman, S. E. (2007). The neurobiology of addiction: implications for voluntary control of behavior. *Am.J.Bioeth.*, 7, 8–11.
- Jong, C. A. J. d. (2006). Chronisch verslaafd: de therapeut, de patient en de ziekte – in-augurele rede.
- Kar van de, F. & Keijzerswaard van, A. (2003). Rehabilitatie, dat is toch normaal?! Assen: Van Gorcum.
- Kertesz, S. G. & Weiner, S. J. (2009). Housing the chronically homeless: high hopes, complex realities. *JAMA*, 301, 1822–1824.
- Klag, S., O'Callaghan, F., & Creed, P. (2005). The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: an overview and critical analysis of thirty years of research. *Subst. Use.Misuse.*, 40, 1777–1795.
- Kleinhubbart, G., (2010). Germany's First Drinking Room for Alcoholics– keeping drunks off the streets. Spiegel Online
<http://www.spiegel.de/international/germany/0,1518,689975,00.html>
- Laere van, I. R. A. L (2002). De zwerende alcoholist, voor wie een zorg? *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 146, 42.
- Laere van, I. R. A. L and Byster, M. C. A. (2001, June 16). Gezondheidsproblemen van daklozen op zogenaamde dr. Valckenier-sprekuren in Amsterdam. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*.

- Land, v. ' H., Vrugink, J., & Wolf, I. (2003). Van later zorg? Over de kwaliteit van laagdrempelige zorg voor langdurig verslaafden. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009). Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol Utrecht: Trimbos Instituut.
- Larimer, M. E., Malone, D. K., Garner, M. D., Atkins, D. C., Burlingham, B., Lonczak, H. S. et al. (2009). Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA*, 301, 1349-1357.
- Latt, N. 2009, Conigrave, K., Saunders, J.B., Marshall, E.J., Nutt, D. (2009). *Addiction Medicine*. Oxford University Press
- Levin, A. (2009). Housing Homeless Alcohol Abusers Brings Substantial Cost Savings. *Psychiatric News*, 44, 9.
- Lindt van de, S. M. (2007). *Bemoei je ermee*. Assen: Van Gorcum.
- Linssen, L., Graaf, I. d., & Wolf, J. (2002). *Gebruiksruimten in beeld – handreiking bij organisatie en inrichting*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Linssen, L., Jong, W. d., & Wolf, J. (2000). *Gebruiksruimten: Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan* Utrecht: Trimbos Instituut.
- Lourens, J., Scholten, C., Werf van der, C., Ziegelaar, A. (2002). *Verkommerden en verloederden. Een onderzoek naar de omvang en aard van de doelgroep*. Research voor Beleid. Trimbos Instituut.
- Meijer, G., Jong de, A., Koster, M., & Bieleman, B. (2001). *Gebruik van de straat Groningen: Intraval*.
- Milby, J. B., Schumacher, J. E., Vuchinich, R. E., Freedman, M. J., Kertesz, S., & Wallace, D. (2008). Toward cost-effective initial care for substance-abusing homeless. *J.Subst.Abuse Treat.*, 34, 180-191.
- Molendijk, B., Horst ter, G., Kastbergen, M. B., Truin, G. J., and Mulder, J. (1995). Tandheelkundige zorg aan drugs- en alcoholverslaafden. *Nederland tijdschrift voor tandheelkunde*, 102.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S. et al. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr.Serv.*, 53, 1272-1284.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophr.Bull.*, 32 Suppl 1, S32-S43.
- Noorlander, E. (2005). Wat doen we met alcoholisten? *Sociale psychiatrie*, 74.
- Nuy, M. & Brinkman, F. (2004). *Wanorde in een mensenleven – een bezinning op thuisloosheid*. Amsterdam, Uitgeverij SWP. Ref Type: Data File
- Olij, L. & Haan de, E. (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap – visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen* Amsterdam: GGZ Nederland.

- Peterson, P. L., Baer, J. S., Wells, E. A., Ginzler, J. A., & Garrett, S. B. (2006). Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. *Psychol.Addict.Behav.*, 20, 254-264.
- Petry, N. M., Martin, B., Cooney, J. L., & Kranzler, H. R. (2000). Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *J.Consult Clin. Psychol.*, 68, 250-257.
- Podymow, T., Turnbull, J., Coyle, D., Yetisir, E., & Wells, G. (2006). Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *CMAJ.*, 174, 45-49.
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., & Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*, 101, 1546-1560.
- Roozen, H. G. (2005). Community Reinforcement Approach and naltrexone in the treatment of addiction. Academisch proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, Enschede: FEBO druk.
- Roozen, H. G. (2006). De Community Reinforcement Approach (CRA). Operante leerprincipes, sociale-systeembenadering en gedragsfarmacologie. *Verslaving / tijdschrift voor verslavingsproblematiek*, 2/4, 3-18.
- Rosack, J. (2006, January 20). "harm reduction" controversial in alcohol treatment. *Psychiatric News*, 41, 6.
- Rosenblum, A., Magura, S., Kayman, D. J., & Fong, C. (2005). Motivationally enhanced group counseling for substance users in a soup kitchen: a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend.*, 80, 91-103.
- Ross, A.J., Heim, D., Flatley, K., Davies, J.B. and Sudbery, M. (2004). An exploration of street drinking in Drumchapel, Scotland. *Health education Research* Vol.20 no.3 Oxford University press
- Rutten, R., Loth, C., & Hulshof, A. (2010). *Verslaving, Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Sadowski, L. S., Kee, R. A., VanderWeele, T. J., & Buchanan, D. (2009). Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. *JAMA*, 301, 1771-1778.
- Schout, G. (2007). *Zorgvermijding en zorverlamming. Een onderzoek naar competentieontwikkeling in de openbare geestelijke gezondheidszorg*. Groningen: SWP
- Schouten, E (2009). Alcoholisten binden met bier. *Medisch contact* 66 nr. 20, 1000-1003
- Sheperd, G. (1989). *Rehabilitatie van de chronische psychaitrische patient*. Utrecht: Bohn, Scheltema en holkema.
- Slesnick, N., Prestopnik, J. L., Meyers, R. J., & Glassman, M. (2007). Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addict.Behav.*, 32, 1237-1251.
- Smith, J. E., Meyers, R. J., & Delaney, H. D. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *J.Consult Clin.Psychol.*, 66, 541-548.
- Spijksma, R.P.W., Spijksma, S. (2000). *Alcoholisme en probleemdrinken*. Den Haag: Fred. Jansen Drukkerij B.V

- Splunteren van, P. & Everdingen van, J. (2003). Doorbreken met resultaten. Verbetering van de patiëntenzorg met de Doorbraakmethode. Assen: Van Gorcum.
- Sullivan, M. A., Birkmayer, F., Boyarsky, B. K., Frances, R. J., Fromson, J. A., Galanter, M. et al. (2008). Uses of coercion in addiction treatment: clinical aspects. *Am.J.Addict.*, 17, 36-47.
- Taskforce vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg (2002). Erbij horen. Trim-bos Instituut.
- Thomson, A. D. & Marshall, E. J. (2006). The treatment of patients at risk of developing Wernicke's encephalopathy in the community. *Alcohol Alcohol*, 41, 159-167.
- Timmerman, B. & Geest van der, D. (2009). Daklozen aller steden verzamelt u, maar niet op straat! Amersfoort: Federatie Opvang.
- Tielemans, L.I.G. en Jong, C.A.J., de Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg, publ.nr. 2007-316 Resultaten Scoren
- Tracy, K., Babuscio, T., Nich, C., Kluk, B., Carroll, K. M., Petry, N. M. et al. (2007). Contin-gency Management to reduce substance use in individuals who are homeless with co-occurring psychiatric disorders. *Am.J.Drug Alcohol Abuse*, 33, 253-258.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am.J.Public Health*, 94, 651-656.
- Urbanoski, K. A. (2010). Coerced addiction treatment: Client perspectives and the impli-cations of their neglect. *Harm.Reduct.J.*, 7, 13.
- Watts, F. N. & Bennett, D. H. (1991). Theory and practice of psychiatric rehabilitation. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wetering, B. J. M. v. d. & Czyzewski, E. C. J. E. (2001). Het is tijd voor een paradigmaver-schuiving in de verslavingszorg, visiedocument Bouman Verslavingszorg.

Colofon

Deze publicatie is uitgebracht in opdracht van het Resultaten Scoren *)

Onder redactie van:

Jeanet van Essen MANP

Kathelijne van der Horst MANP

Eva Wieske MSc

Drs. Michèle Ruyten

Prof. Dr. Cor de Jong

Instellingen die de subsidie aanvroegen vanuit NISPA:

Tactus Verslavingszorg

Referenten:

Dr. Carla Buddingh

Dr. Jean Jacques Georges

Drs. Ruud Rutten

Dr. Hein Sigling

Drs. Jan van der Staaij

Drs. Heidi Verwoerd

Onderzoek patiëntenperspectief:

Focusgroepinterviews door Jeanet van Essen en Kathelijne van der Horst

Juridisch advies:

Mr. Tineke Stikker

Drs. Theo van Sambeek

Ontwerp:

www.taluut.nl

Prijs: € 15,-

Uitgever:

Stichting Resultaten Scoren

Copyright © 2011

Stichting Resultaten Scoren; niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd op welke wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming van de uitgever Resultaten Scoren

*Naar deze richtlijn kan als volgt verwezen worden:

Essen J.B. van, Horst K.A.H. van der, Wieske E.L., Ruyten M.C.M., De Jong C.A.J.

Richtlijn Alcoholgebruiksruimten. Stichting Resultaten Scoren, Amersfoort, 2011.

