

**Module**

***Indicatiestelling***

**&**

***Trajecttoewijzing***

**Handleiding**

## Colofon

### Auteurs:

W.A.J.M. de Wildt

M.H. Schramade

M. Boonstra (bijlage 2)

C. Bachrach (bijlage 3)

### Literatuurstudie:

G.M. Schippers

### Redactie:

W. van den Brink

A.A. van Dijk

G.M. Schippers

J.A. Walburg

W.A.J.M de Wildt

Deze publicatie is uitgebracht door het Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg in opdracht van GGZ Nederland binnen het project Resultaten Scoren.

Het Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg is een van de drie ontwikkelcentra van Resultaten Scoren. Met Resultaten Scoren wil de gehele sector van de verslavingszorg een flinke slag maken in het actualiseren en verbeteren van de preventie en het zorgaanbod.

### Nadere informatie en bestelwijze:

Publicatienummer: 2002- 188 L

Prijs: €10,00

GGZ Nederland

Postbus 8400

3503 RK Utrecht

030 – 2873333

### Inhoudelijke informatie:

Jellinek, afdeling Kwaliteit en Innovatie

Postbus 3907

1001 AS Amsterdam

020 – 570 2220

Copyright 2002 Jellinek, Amsterdam

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van GGZ Nederland.

Ontwerp: Taluut

Druk: Kerkebosch

# Inhoudsopgave

## **DEEL I      INTRODUCTIE**

Inleiding	2
Rationale van de module	3
Dimensies voor indicatiecriteria	4
Doelen	4
Positionering van de module	4
Instroomcriteria	4
Duur / aantal sessies	4
Gesprekspartner	5
Instrumenten	5
Materialen	5
Literatuur	6

## **DEEL II      PROTOCOLLEN**

Inschrijving cliënt	8
Sessie 1 Aanmelding	9
Sessie 2 Intake	13
Indicatiestelling	20
Sessie 3 Trajecttoewijzing	28
Sessie 4 Verlengde trajecttoewijzing	32

## **DEEL III      LITERATUURSTUDIE**

Bouwstenen voor een evidence-based indicatiestelling in de verslavingszorg	36
--	----

## **DEEL IV      BIJLAGEN**

Bijlage 1	Beslisboom indicatiestelling
Bijlage 2	Formulier spoedeisende hulp en medisch onderzoek
Bijlage 3	Wat te doen als...

**DEEL I**

# **Introductie**

## Inleiding

Deze module is ontwikkeld in het kader van het landelijke vernieuwingsproject voor de verslavingszorg: Resultaten Scoren. Omdat deze module veel administratieve, logistieke en organisatorische aspecten kent die specifiek zijn per instelling, zijn bepaalde tekstonderdelen in te vullen door de instellingen zelf. Deze tekstonderdelen worden aangegeven met de term "open tekst". De vaste tekstonderdelen bevatten de inhoudelijke onderdelen die bij het ontwerpen van deze module als essentieel voor de werkwijze zijn beschouwd.

Bij de opzet van deze module is uitgegaan van het *Core-Shell model* (Glaser, 1984). Uitgangspunt van dit model is de loskoppeling van enerzijds indicatiestelling, trajecttoewijzing en trajectevaluatie (Core) en anderzijds het behandel- en zorgproces (Shell).

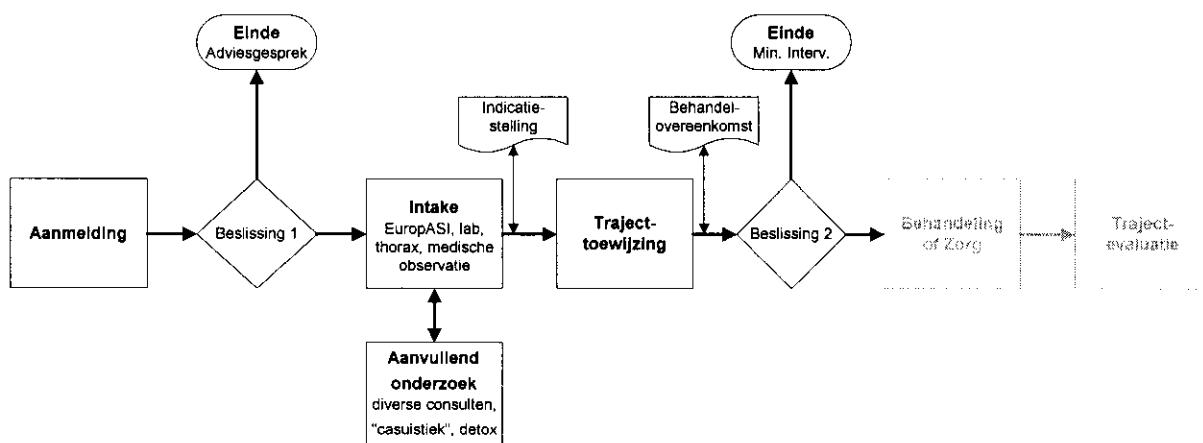
Het beschreven proces (zie figuur 1) in de module bestaat uit de volgende onderdelen:

- aanmelding
- intake
- indicatiestelling
- trajecttoewijzing

Tijdens de *aanmelding* worden de persoonsgegevens verzameld en wordt een eerste indruk verkregen van de hulpvraag en problematiek van de cliënt. Zo kan bepaald worden of de cliënt zich bij de juiste instelling heeft aangemeld. Tijdens de *intake* wordt op systematische wijze vastgesteld wat de aard en ernst van de problematiek is. Vervolgens wordt op basis van de gegevens bepaald welke van de beschikbare alternatieven de meest aangewezen hulpverleningsvorm is naar intensiteit, inhoud en aard. Met andere woorden: die hulpverleningsvorm wordt gekozen die het meest waarschijnlijk tot een positief resultaat leidt bij deze cliënt. Dit noemen we *indicatiestelling* (of *matching*).

Wanneer tot de indicatiestelling is gekomen, wordt met de cliënt onderhandeld over de verwijzing naar een of meer behandel- of zorgmodules (het traject). *Trajecttoewijzing* is dus de beslissing die volgt op de indicatiestelling. De trajecttoewijzing zal zoveel mogelijk plaatsvinden conform de indicatiestelling. Vanwege organisatorische redenen (bijvoorbeeld een wachtlijst) of bezwaren van de cliënt kan het voorkomen dat er een discrepantie bestaat tussen indicatiestelling en trajecttoewijzing.

*Figuur 1: proces module Indicatiestelling & Trajecttoewijzing*



## Rationale van de module

De module is ontwikkeld om op geprotocolleerde en zo objectieverbaar mogelijke wijze vast te stellen wat de hulpbehoefte en problematiek van de cliënt is en welke zorg of behandeling naar intensiteit, inhoud en aard het meest aangewezen is. De volgende uitgangspunten en keuzen liggen aan de module ten grondslag:

- **Assessment.** Bij elke cliënt wordt de *Europ-Addiction Severity Index (Europ-ASI*; McLellan, 1992) afgenomen, óók wanneer een licht of kortdurende aanbod aangewezen lijkt. Op indicatie kan besloten worden tot aanvullend medisch, medisch-psychiatrisch, psychodiagnostisch of systeemdiagnostisch onderzoek.
- **Onafhankelijke indicatiestelling.** De indicatiestelling wordt losgekoppeld van de uitvoering van het traject en wordt uitgevoerd door een andere functionaris dan de degene die de behandeling uitvoert.
- **Stepped care.** Omdat uit wetenschappelijk onderzoek slechts een beperkt aantal beslisregels naar voren komt, welke van belang zijn bij indicatiestelling, is gekozen voor indicatiestelling gebaseerd op het principe van *stepped care*. Het *stepped care* model gaat ervan uit dat de cliënt die interventie aangeboden krijgt waarbij met de minste inspanning, tegen de geringste kosten en met de minste belasting voor de cliënt nog een positief effect mag worden verwacht. Alleen in die gevallen waarbij deze interventie onvoldoende effect sorteert, zal men een langere, intensievere en meestal duurdere behandeling aanbieden (Sobell & Sobell, 1995). Het verdient dus aanbeveling om deze module te zien in combinatie met een evaluatie, bijvoorbeeld 3 maanden na afsluiting van een behandeltraject. Vanuit het oogpunt van kosteneffectiviteit is *stepped care* een aantrekkelijk model. Daar waar evidentie bestaat voor beslisregels, worden deze bij de indicatiestelling gehanteerd. Het gaat om de dimensies 1) ernst van de verslaving, 2) sociale integratie en 3) ernst van comorbide psychopathologie (zie onderzoeksbevindingen). Deze zijn te beschouwen als hulpverlenings-onafhankelijke kenmerken van de cliënt (Kersten, 1998).
- **De wens van de cliënt bij de indicatiestelling.** De hulpverlener wordt in deze module opgevat als expert en adviseur. Uitgaande van diens professionaliteit vormt hij of zij op basis van de door de cliënt aangeleverde informatie en aan de hand van een beperkt aantal beslisregels een oordeel over welke hulp is aangewezen, onafhankelijk van de wens van de cliënt. De motieven, voorkeuren en verwachtingen van de cliënt zijn te beschouwen als hulpverlenings-afhankelijke cliëntkenmerken. Zij zijn beïnvloedbaar in het hulpverleningscontact en kunnen daarom veranderen als gevolg van hetgeen er gebeurt tijdens de aanmelding en intake. Mede daarom is er voor gekozen deze "kenmerken" niet te beschouwen als criteria voor de indicatiestelling.
- **WBGO.** De wens, verwachtingen en motieven van de cliënt spelen uiteraard wel uitdrukkelijk mee in de feitelijke toewijzing van zorg en behandeling. Het is van belang dat de aan te bieden zorg en behandeling aansluit bij de motieven, voorkeuren en verwachtingen van de cliënt. Er is ook enige evidentie dat wanneer dit gebeurt, er meer resultaat wordt geboekt (Schipper, 2000). Dit gebeurt conform de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO april 1999, artikel 450), waarin de hulpverlenende instantie verplicht wordt gesteld de cliënt goed te informeren over het geïndiceerde behandel- of zorgaanbod en te komen tot overeenstemming over de toewijzing.

Het informeren en onderhandelen over de toe te wijzen zorg en behandeling vindt dan ook plaats in een separaat gesprek (trajecttoewijzing) met eventueel mogelijkheid voor een vervolgesprek. Uitgangspunt van dit gesprek is de opgestelde indicatiestelling, resultante is overeenstemming tussen cliënt en hulpverlener over het te volgen behandel- of zorgtraject.

- **Criteria modelprocedure GGZ.** Bij het ontwikkelen van de module zijn de criteria die zijn opgesteld in de modelprocedure voor indicatiestelling in de GGZ (2000) gehanteerd. Het betreft:
  - deskundigheid
  - objectiviteit
  - onafhankelijkheid
  - integraliteit
  - de cliënt staat centraal
  - doelmatigheid en rechtmatigheid
  - een heldere procesgang

### **Dimensies voor indicatiecriteria**

Tot nu toe zijn slechts een beperkt aantal dimensies in empirisch onderzoek van belang gebleken bij indicatiestelling:

1. de ernst van de verslaving
2. de aard en mate van psychiatrische comorbiditeit
3. de aard en stabiliteit van de sociale omstandigheden (waaronder het hebben van een vaste partner)

Deze dimensies zijn afgeleid van een literatuurstudie naar indicatiecriteria in de verslavingszorg. Een weerslag hiervan is te vinden te vinden in deel III van deze module (Schipper, 2000).

Om de indicatiestelling geprotocolleerd te laten verlopen is een beslisboom ontwikkeld waarin het stepped care principe middels de indicator behandelgeschiedenis vertegenwoordigd is en de drie bovengenoemde indicatiecriteria zijn opgenomen (bijlage 1).

### **Doelen van de module**

1. vaststellen van de hulpbehoefte en problematiek van de cliënt (assessment)
2. vaststellen van de aangewezen zorg of behandeling naar intensiteit, inhoud en aard (indicatiestelling).
3. toewijzing aan het meest aangewezen traject van behandeling- of zorgmodulen (trajecttoewijzing), zoals overeengekomen tussen cliënt en hulpverlener.

### **Positionering van de module**

De module wordt gaat de behandeling en zorg vooraf.

### **Instroomcriteria**

De module is bedoeld voor alle cliënten of betrokkenen die met een (hulp)vraag naar de instelling komen.

## **Opbouw van de module**

De module bestaat uit 3, maximaal 4 sessies.

In sessie 1 (aanmelding) wordt informatie verzameld om te bepalen of de cliënt zich bij de juiste instelling heeft gemeld en om een indruk te krijgen van de problematiek. Wanneer de cliënt alleen voor een advies komt wordt het contact na de aanmelding afgesloten.

In sessie 2 (intake) wordt diagnostiek verricht met behulp van de Europ-ASI. Op indicatie vindt aanvullend onderzoek plaats (medisch onderzoek, labonderzoek, X-thorax, systeemconsult, psychodiagnostisch onderzoek).

Tussen sessie 2 en 3 vindt de indicatiestelling plaats (niet in aanwezigheid van de cliënt). De hulpverlener bepaalt op basis van de verzamelde informatie en met behulp van de beslisboom welke traject voor de cliënt geïndiceerd is. *Toetsing van de indicatiestelling kan plaatsvinden middels het installeren van een indicatiecommissie of het organiseren van regelmatige casuïstiekbesprekingen. Dit is per instelling te bepalen. - open tekst -*

In gesprek 3 (trajecttoewijzing) wordt de verzamelde informatie en de indicatiestelling aan de cliënt voorgelegd en wordt onderhandeld over het zorg- of behandeltraject.

Gesprek 1 duurt maximaal 20 minuten, gesprek 2 duurt 60-75 minuten en gesprek 3 duurt 30 minuten. Een vierde gesprek (verlengde trajecttoewijzing) is mogelijk wanneer de hulpverlener en de cliënt niet binnen het derde gesprek tot overeenstemming komen over het zorg- of behandeltraject. Dit gesprek duurt maximaal 30 minuten.

De gehele procedure wordt binnen 2 weken afgerond.

## **Gesprekspartner**

De gesprekken vinden gewoonlijk plaats met de individuele cliënt. Wanneer de cliënt een partner, familielid of andere betrokkene meeneemt kan deze bij een of meerdere gesprekken aanwezig zijn. Indien nodig kan in het kader van aanvullend onderzoek een systeemconsult aangevraagd worden.

## **Assessment instrumenten**

**Europ-ASI** (Kokkevi & Hartgers, 1995). Dit is de Europese versie van de Addiction Severity Index (McLellan, 1992). Dit is een semigestructureerd interview waarmee op betrouwbare en valide wijze de problematiek van de cliënt op verschillende leefgebieden kan worden vastgesteld. Er worden vragen gesteld naar het gebruik van psychoactieve middelen; ooit en gedurende de laatste 30 dagen. Daarnaast worden de leefgebieden lichamelijke gezondheid, werk, opleiding en inkomen, contacten met politie en justitie, psychische stoornissen en sociale relaties in kaart gebracht.

- open tekst -

## **Overige materialen**

Cliëntenbrochure

Formulier Aanmelding

Formulier Intake  
Formulier Trajecttoewijzing  
Machtigingsformulier opvragen informatie  
Europ-ASI / Follow-up I  
Behandelovereenkomst  
**- open tekst -**

## **Literatuur**

- Glaser, F.B. (1990). From theory to practice: The planned treatment of drug users. Interview by S. Einstein. *The International Journal of the Addictions*, 25, 307 – 343.
- Hartgers, C., Hendriks, V., van de Meer, C., & Blanken, P. (1994) Nederlandse vertaling Europ-ASI.
- Schippers, G.M. (2000). Bouwstenen voor een evidence-based indicatiestelling in de verslavingszorg. Amsterdam: Amsterdam Institute for Addiction Research.
- Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149 – 1153.
- Kersten, T. (1998). *Indicatiestelling en verwijzing in de verslavingszorg: van intuïtie naar model*. Academisch proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst WGBO. (1999) *Wetgeving GGZ Vademecum*. GGZ-Nederland.
- Indicatie Overleg Geestelijke gezondheidszorg. (2000). *Landelijke richtlijn voordeurprotocol geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht

**DEEL II**

# **Protocolen**

**Doelen**

- Inschrijven van de cliënt
- Administratieve voorbereiding van de aanmelding bij de hulpverlener

**Uitvoerende**

- *open tekst*-

**Materialen**

Cliëntenbrochure

- *open tekst*-

***Inhoudelijke beschrijving***

- *open tekst* -

**Doel**

Eerste inventarisatie van hulpvraag en problematiek van de cliënt

**Uitvoerende**

Hulpverlener

**Materialen**

Dossier

Cliëntbrochure Aanmelding

Formulier Aanmelding

Formulier Spoedeisende hulp

Machtigingsformulier opvragen informatie

Formulier informatieverstrekking aan huisarts

- *open tekst* -

**Duur**

20 minuten

***Inhoudelijke beschrijving*****1. Voorbereiding**

- Check of de cliënt een ziektekostenverzekering heeft. Zo nee, zie *Bijlage 3 Wat te doen als...(A)*
- Check of de cliënt woonachtig is in de regio. Zo nee, zie *Bijlage 3 Wat te doen als...(B)*
- Bestudeer het dossier van de cliënt. Lees met name de laatste ontslagbrief en bekijk de behandelgeschiedenis van de cliënt.

- *open tekst* -

**2. Introductie**

- Heet de cliënt welkom en stel uzelf voor.
- Geef kort uitleg over de aanmelding.
  - Stel de cliënt op zijn of haar gemak.
  - Indien de cliënt vergezeld wordt door een naaste of een andere hulpverlener, vraag dan naar de relatie tussen de cliënt en de meegekomen persoon. Vraag of de cliënt de persoon aanwezig wil laten zijn bij het gesprek.

### **3. Redenen van komst en verwachtingen van de cliënt**

- Vraag wat de directe aanleiding is voor de aanmelding.
- Vraag de cliënt wat volgens hem of haar het probleem is.
- Laat de cliënt kort uitleggen wat hij of zij denkt dat de instelling zou kunnen doen (bijv medicatie, methadon, opname). Indien de cliënt acute maatschappelijke problemen te hebben: zie *Bijlage 3 Wat te doen als...(C)*
- Wanneer de cliënt een partner of ander persoon heeft meegenomen: vraag of deze persoon een hulpvraag heeft.
- Indien de cliënt een taal spreekt die de intaker niet machtig is: zie *Bijlage 3 Wat te doen als...(D)*
- Vat samen wat u gehoord heeft en noteer de reacties van de cliënt op het *Formulier Aanmelding*.

### **4. Uitleg van de procedure**

- Vraag of de cliënt de uitgereikte cliënteninformatie heeft gelezen en daar vragen over heeft. Wanneer de informatie niet door de administratie is verstrekt, wordt de brochure alsnog gegeven.
- Geef aan wat de cliënt in dit gesprek te wachten staat. Het gesprek zal ongeveer 20 minuten duren. Leg uit dat u een aantal vragen zal stellen om duidelijk te krijgen of de cliënt hier op de juiste plaats is. Wanneer dat het geval is wordt een volgende afspraak gemaakt waarin uitvoerig de problematiek in kaart wordt gebracht. Op basis daarvan kan besloten worden welke behandeling voor de cliënt het meest aangewezen is. Dit wordt in een volgend gesprek besproken.
- Check of de procedure voor de cliënt duidelijk is. Geef de gelegenheid om vragen te stellen.

### **5. Spoedeisende hulp**

- Bepaal of er mogelijk spoedeisende hulp noodzakelijk is. Gebruik hiervoor de eerste pagina van het formulier *Spoedeisende hulp en medisch onderzoek*.
- Noteer de geobserveerde symptomen.
- Bij het vermoeden van een crisis: zie *Bijlage 3 Wat te doen als...(E)*

### **6. Reclassering**

- Vraag aan de cliënt of deze op dit moment te maken heeft met een justitiële maatregel of een lopend JVz contact heeft.
- Indien er sprake is van een acuut justitieel probleem: zie *Bijlage 3 Wat te doen als...(F)*

### **7. Gebruiksaanamnese**

- Neem een gebruiksaanamnese af zoals aangegeven in het *Formulier Aanmelding*. Houd het kort: een precieze inventarisatie vindt plaats tijdens de intake (Europ-ASI).
  - Wanneer er meerdere middelen worden gebruikt: vraag welke het primaire middel is.
- Indien de cliënt een hulpvraag heeft op het gebied van methadon of urinecontroles: zie *Bijlage 3 Wat te doen als...(G)*

## 8. Hulpverleningsanamnese

- Neem een hulpverleningsanamnese af en vul in op het *Formulier Aanmelding*. Vraag de verslavingsbehandelingen en psychiatrische behandelingen uit: wat was het doel van de behandeling, door welke discipline werd de behandeling uitgevoerd, wat heeft de behandeling opgeleverd?
- Bepaal of er informatie ingewonnen moet worden bij de huisarts of bij hulpverleningsinstanties. Indien ja, laat de cliënt de machtigingsformulieren ondertekenen.

## 9. Bepalen vervolg

- Geef een korte samenvatting van het gesprek tot nu toe. Vertel wat de volgende stap in de procedure is. Er zijn verschillende mogelijkheden.

### **A. De hulpvraag van de cliënt kan niet in de instelling beantwoord worden.**

Leg uit dat dit niet de juiste instelling is voor de cliënt. Geef suggesties voor instellingen waar de cliënt beter terecht kan met zijn of haar hulpvraag. Maak eventueel afspraken over begeleiding bij de verwijzing en rond het gesprek af.

### **B. De hulpvraag van de cliënt beperkt zich tot een advies.**

Bepaal of uzelf in staat bent het advies te geven. Zo ja, geef het advies en rond het gesprek af. Geef eventueel informatiefolders mee. Indien u van mening bent dat het advies bijvoorbeeld beter door een andere discipline / medewerker gegeven kan worden: maak voor de cliënt een afspraak met de betreffende persoon en rond het gesprek af.

### **C. De cliënt komt in aanmerking voor een intake.**

Geef aan dat de cliënt bij met zijn hulpvraag op de juiste plaats is. Ga verder met **10** en vervolg het protocol.

## 10. Afsluiting

- Rond het gesprek af met een samenvatting. Vraag hoe de cliënt het gesprek ervaren heeft en of er nog onduidelijkheden zijn. Bedank, indien van toepassing, de aanwezige persoon voor zijn of haar komst.
- Leg uit dat het volgende gesprek bedoeld is om dieper in te gaan op de klachten en problemen. Dit gesprek zal ongeveer 75 minuten duren. Benadruk het belang van dit gesprek.
- Indien er een ander persoon bij het gesprek aanwezig was: leg uit dat het voor de volgende afspraak belangrijk is de cliënt alleen te spreken. Bij het derde gesprek kan de persoon eventueel weer aanwezig zijn.
- Maak een afspraak voor de intake, bij voorkeur binnen 5 werkdagen. Houd zo goed mogelijk rekening met de mogelijkheden van de cliënt.

## 12. Administratieve afhandeling

- Verifieer of het gehele *formulier Aanmelding* is ingevuld.

- Regel het opvragen van informatie indien van toepassing
- **open tekst** –

- **open tekst voor algemene aanvullingen** -

**Doelen**

Het systematisch verzamelen van informatie ten behoeve van de indicatiestelling

**Uitvoerende**

Hulpverlener

**Materialen**

Formulier Intake

Europ-ASI / Follow-up ASI

Machtigingsformulier opvragen informatie

Formulier spoedeisende hulp / medisch onderzoek

- *open tekst* -

**Duur**

60-75 minuten

***Inhoudelijke beschrijving*****1. Voorbereiding**

- Bestudeer de opgevraagde informatie. Voeg de informatie in het dossier.
- Bestudeer het *formulier aanmelding*.
- Indien de cliënt niet verschijnt op de afspraak: zie *Bijlage 3 Wat te doen als...(I)*

- *open tekst* -

**2. Introductie**

- Heet de cliënt welkom.
- Vraag of zich sinds de vorige afspraak belangrijke veranderingen of ontwikkelingen hebben voorgedaan.
  - Geef aan dat u in dit gesprek dieper zou willen ingaan op de aard en ernst van de problematiek om te kunnen bepalen welk vervolgaanbod het best passend is. Het gesprek duurt ongeveer 75 minuten.

### 3. Afname Europ-ASI

- Wanneer de cliënt zich eerder heeft aangemeld, vraag dan of er een ASI is afgenomen. Kijk dit na in het dossier. De Europ-ASI is één maand geldig. Wanneer de cliënt langer dan 6 maanden geleden een ASI heeft gehad, wordt de volledige ASI afgenomen. Wanneer bij de cliënt meer dan een maand en minder dan 6 maanden geleden een ASI is afgenomen, wordt de follow-up ASI gebruikt.
- Geef de cliënt een korte uitleg over de Europ-ASI (duur, inhoud, wat er van de cliënt wordt verwacht etc).

#### Voorbeeld

*In het komende uur zal ik met u een aantal onderwerpen langslopen, ook wel "leefgebieden" genoemd. Ik zal u bijvoorbeeld vragen stellen over uw lichamelijke gezondheid, uw middelengebruik en contacten met andere mensen. De bedoeling is dat op deze manier duidelijk wordt van welke problemen u last heeft en voor welke problemen u hulp zou willen hebben.*

*Indien er vragen bij zijn waarop geen antwoord wilt geven, kunnen we die uiteraard overslaan.*

- Neem de Europ-ASI af. Vul per leefgebied op het probleemprofiel de lastscore en de hulpscore van de cliënt in. Vat per leefgebied de problematiek samen en geef de hulpvraag van de cliënt weer op het *Formulier Intake*.
- **Optioneel:** volgend op het leefgebied *lichamelijke gezondheid* kan de tandheelkundige gezondheid van de cliënt uitgevraagd. Zie **A**. Voorafgaand aan de afname van het leefgebied *familie en sociale relaties* kan een genogram gemaakt te worden. Op deze manier worden de familierelaties van de cliënt duidelijk. Zie **B**. Bij het leefgebied *arbeid, opleiding en inkomen* dient aanvullend gevraagd te worden naar schulden en huisvesting. Zie **C**.

#### **A. Het leefgebied lichamelijke gezondheid: tandheelkunde (optioneel)**

- Geef aan dat u enkele vragen wilt stellen over een specifiek aspect van lichamelijke gezondheid, namelijk de tandheelkundige gezondheid.
- Stel de volgende vragen aan de cliënt:
  1. *Hoe is het met u tandheelkundige gezondheid?*  
Het is belangrijk om deze vraag aan alle cliënten te stellen, dus niet alleen aan degenen met een duidelijk zichtbaar slecht gebit.
  2. *Wanneer bent u voor het laatst bij de tandarts geweest voor controle?*
  3. *Gaat u regelmatig naar de tandarts?*Vraag 2 en 3 zijn bedoeld om te bepalen of de cliënt gesaneerd is, d.w.z. regelmatig een vaste tandarts bezoekt.
  4. *Heeft u de laatste drie maanden nog pijn gehad aan uw gebit of in uw mond?*

Pijn kan tand- of kiespijn zijn. Echter, ook ontstoken tandvlees is heel pijnlijk. Indien ernstig ontstoken tandvlees niet behandeld wordt, gaan tanden en kiezen na verloop van tijd los staan en het gebit kan dan niet meer gered worden.

5. *Zie u erg op tegen een tandartsbezoek?*

- Bepaal aan de hand van antwoorden op deze vragen of de cliënt in aanmerking komt voor verwijzing naar het Centrum Bijzondere Tandheelkunde:
  - *Indien de cliënt geen klachten heeft:* ga door met het volgende onderdeel van de intake
  - *Indien de cliënt klachten heeft en gesaneerd is:* verwijst de cliënt naar de eigen tandarts
  - *Indien de cliënt klachten heeft en niet gesaneerd is:* bespreek de verwijzing naar Centrum Bijzondere Tandheelkunde in het trajecttoewijzingsgesprek.

## **B. Het leefgebied Familie en Sociale Relaties: genogram (optioneel)**

- Leg uit dat u een idee wilt krijgen van de familie van de cliënt.
- Maak een genogram van de familie van de cliënt. Het genogram kan beperkt blijven tot ouders, broers en zussen, relatie en eventuele kinderen van de cliënt. Eventueel kunnen jaartallen (van huwelijk, echtscheiding, zelfstandig gaan wonen) toegevoegd worden. Besteed aan het genogram niet meer dan 5 minuten.
- Indien de cliënt weinig of geen contact heeft met familieleden, bespreek dan kort welke andere personen het sociaal netwerk van de cliënt vormen.
- Geef het genogram weer op pag 1 van het *Formulier Intake*.

## **C. Het leefgebied Arbeid: schulden en huisvesting (optioneel)**

- Wanneer de cliënt schulden heeft: vraag of er reeds een afbetalingsregeling is getroffen.
  - Huisvesting: heeft de cliënt op dit moment een huis en zijn er problemen op het gebied van huisvesting?
- **Optioneel:** Aanvullend op de Europ-ASI kunnen de volgende leefgebieden gescoord worden:
    - medicijnen
    - financiële situatie
    - huisvesting
    - vrijetijdsbesteding

*In de uitzonderlijke gevallen waarin de Europ-ASI niet in een sessie afgerond kan worden, wordt deze in het volgende gesprek afgemaakt. Bijvoorbeeld: de problematiek van de cliënt is ingewikkeld en strekt zich uit over verschillende leefgebieden.*

#### 4. Aanvullend onderzoek

- Ga de noodzaak na voor medisch-somatisch onderzoek en laboratoriumonderzoek. Als richtlijn kan gebruik gemaakt worden van pag 2 en 3 van het formulier *Spoedeisende hulp en medisch onderzoek*.
- Beoordeel op basis van onderstaande toelichtingen in hoeverre systeemdiagnostisch, medisch-psychiatrisch of psychodiagnostisch onderzoek noodzakelijk is.

#### **Systemediagnostisch onderzoek**

**Indicatie:**

- Cliënten die een sterk betrokken systeem om zich heen hebben en bij wie sprake is van een grote onderlinge afhankelijkheid en verwevenheid.

**Contra-indicatie:** Cliënten met een systeem dat dermate gedesintegreerd is, dat er nauwelijks meer sprake is van wederkerige betrokkenheid; actueel ernstig misbruik, zowel lichamelijk, geestelijk als seksueel. Hierop zijn uitzonderingen mogelijk.

**De volgende observaties en vragen kunnen behulpzaam zijn bij het stellen van de indicatie voor een systeemdiagnostisch onderzoek.**

**Observaties:** familie komt mee, belt veel, manifesteert zich nadrukkelijk

**Vragen:**

- Hoe vaak vindt contact plaats? Telefonisch, op bezoek?
- Geld: wie beheert het, lenen en schulden?
- Zelfstandigheid: eten, koken, de was, douche.
- In hoeverre hebben belangrijke gebeurtenissen binnen het systeem geleid tot de aanmelding?
- Zijn er in het systeem conflicterende verwachtingen over de behandeling?
- Bij opname: onderlinge zorg: ziekte, AIDS, invaliditeit; heeft de cliënt zorg nodig of heeft de cliënt de zorg voor systeemlid?
- Heeft de cliënt zorg voor thuiswonende kinderen?

#### **Medisch-psychiatrisch onderzoek**

**Indicatie:**

- bekende psychiatrische problematiek
- vermoeden van stemmingsstoornissen
- vermoeden van angststoornissen
- vermoeden van ADHD
- vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek

**Contra-indicatie:**

- te zeer onder invloed

*De volgende observaties en vragen kunnen behulpzaam zijn bij het stellen van de indicatie voor een medisch-psychiatrisch onderzoek.*

**Observaties:**

- suïcidale gedachten
- verwardheid
- grote angst en/of paniek
- concentratiestoornissen
- aard van het contact in het gesprek

**Vragen:**

- Is de cliënt eerder onder psychiatrische behandeling geweest?
- Wat levert het middel op (angstreductie, kalmerende effecten)?
- Tentamen suïcide in het verleden?

## Psychodiagnostisch onderzoek

**Indicatie:** het vermoeden van o.a.

- hersenbeschadiging
- Syndroom van Korsakoff
- alcoholementie
- cognitieve stoornissen
- beperkingen in zelfzorg / zelfstandigheid
- aandachtstekorten, volwassen ADHD
- leerstoornissen
- zwakbegaafdheid
- persoonlijkheidsstoornissen
- surmenage en werkproblemen

En: vraagstellingen met betrekking tot draagkracht van de cliënt / het aankunnen van een behandeling.

**Contra-indicatie:** sterke mate van intoxicatie / cliënt is niet gestabiliseerd (psychodiagnostiek wordt dan uitgesteld tot in het behandeltraject).

*De volgende observaties en vragen kunnen behulpzaam zijn bij het stellen van de indicatie voor een psychodiagnostisch onderzoek.*

**Observaties:**

- problemen met het begrijpen van procedures
- problemen met het hanteren van informatie
- achterdocht
- problemen met agressieregulatie

**Vragen:**

- Zijn er in het verleden of de tegenwoordige tijd leerproblemen waargenomen (bijvoorbeeld MLK of LOM-onderwijs)?
- Is er sprake van een neurologische aandoening in het verleden? (CVA, zuurstofgebrek, ernstige (oplosmiddelen-)vergiftiging of hersentumor)
- Is er sprake van een schedeltrauma in het verleden (hersenkneuzing)?
- Zijn er bij cliënt onverwachte klachten over concentratie, geheugen of oriëntatie? (dus niet in verband met intoxicatie)
- Klaagt de omgeving over de vergeetachtigheid of andere beperkingen van de de cliënt?
- Heeft de cliënt vaker behandelingen afgebroken?
- Is er ooit een persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd?

- Formuleer de vraagstelling(en) voor het aanvullend onderzoek.

## 5. Deelname aan lopend wetenschappelijk onderzoek (optioneel)

- Leg uit dat er in de instelling wetenschappelijk onderzoek wordt verricht om op deze wijze het behandelaanbod te kunnen verbeteren en een bijdrage te kunnen leveren aan kennis over verslaving en behandeling van verslaving. Geef aan dat voor deelname aan onderzoek altijd eerst de expliciete toestemming van de cliënt nodig is. Vraag of de cliënt bezwaren heeft om eventueel deel te nemen aan een onderzoek. *Het is de bedoeling dat deze vraag aan alle cliënten wordt gesteld!*
- Bepaal aansluitend op de Europ-ASI of de cliënt in aanmerking zou kunnen komen voor een van de lopende onderzoeken. Check de selectiecriteria.

## **7. Afsluiting**

- Sluit het gesprek af met een samenvatting. Benoem daarin de verschillende probleemgebieden waarop de cliënt een hoge lastscore en/of hulpscore heeft en de hulpvraag van de cliënt. Vraag de cliënt zich hierin herkend en of u het zo goed begrepen heeft.
- Vraag of er volgens de cliënt een verband bestaat tussen de verschillende probleemgebieden.
- Leg het doel van het volgende gesprek uit: bespreken welk vervolgaanbod het meest aangewezen is.
- Maak een afspraak voor het trajecttoewijzingsgesprek (bij voorkeur binnen 7 werkdagen). Houd hierbij zo goed mogelijk rekening met de mogelijkheden van de cliënt. Noteer de afspraak op de afsprakenkaart.

## **8. Administratieve afhandeling**

- Vul het *Formulier Intake* verder in voor zover dit nog niet tijdens de sessie is gedaan.

- open tekst -

- open tekst voor algemene aanvullingen -

*De indicatiestelling vindt NIET in aanwezigheid van de cliënt plaats.*

**Doelen**

Het bepalen van het meest aangewezen behandel- of zorgtraject in termen van intensiteit, inhoud en aard

**Uitvoerende**

Hulpverlener

**Materialen**

Dossier

Europ-ASI

Uitslagen aanvullend onderzoek

Beslisboom indicatiestelling

**Duur**

10 minuten

***Inhoudelijke beschrijving*****1. Voorbereiding**

- Controleer of alle benodigde materialen aanwezig zijn.

**2. Bepalen van de scores op de indicatoren**

- Bepaal de scores op de 4 indicatoren (1. behandelgeschiedenis, 2. ernst van de verslaving, 3. ernst van comorbide psychopathologie, 4. mate van sociale integratie).

***NB. De operationalisaties van de 4 indicatoren zijn per instelling aan te passen en afhankelijk van de intensiteitstrajecten die in de instelling worden onderscheiden. Onderstaand als voorbeeld de invulling van de Jellinek.***

***1. Behandelgeschiedenis***

Onder een behandeling wordt verstaan: elke substantiële poging tot stoppen of minderen met het middelengebruik die professioneel is begeleid.

Het aantal behandelingen in de afgelopen 5 jaar wordt geteld en ingedeeld in één van de volgende categorieën: [0-1] of [2] of [3-5] of [ $> 5$ ]

Factoren die meegewogen kunnen worden om te bepalen of het daadwerkelijk om een behandeling gaat:

- de behandeling was gericht op het verslavingsgedrag
- werd uitgevoerd door een professional
- er zijn veranderafspraken over het middelengebruik gemaakt

**Let op:** het is dus niet relevant of de behandeling wel of niet afgemaakt en of de behandeling wel of niet succesvol is geweest!

#### **Voorbeelden**

- wat *wel* als een behandeling geldt: afgebroken 4 gesprekken module na twee gesprekken, acamprosaat verstrekt door de huisarts in combinatie met regelmatige medische controles.
- wat *niet* als een behandeling geldt: methadononderhoudsverstrekking, kale detox, crisisopname, contact met een CAD zonder dat er veranderafspraken zijn gemaakt.

## **2. Ernst van de verslaving**

De ernst van de verslaving wordt ingedeeld in de categorieën: [laag] of [matig] of [hoog].

De eerste indeling van de ernst van de verslaving gebeurt door middel van de ernstscores op de EuropASI op de leefgebieden (a) alcohol, (b) drugs, (c) gokken en de aan de EuropASI toegevoegde leefgebieden (d) medicijnen en (e) nicotine:

- laag: ernstscore 1-3
- matig: ernstscore 4-6
- hoog: ernstscore 7-9

Als er sprake is van problematisch gebruik van één middel geldt dat de hoogste score van de leefgebieden alcohol, drugs en gokken gebruikt worden bij de indeling. Als er sprake is van problematisch gebruik van meerdere middelen dan kunnen de volgende regels gehanteerd worden: bij twee middelen geldt 'hoog' als  $M1 \geq 5$  en  $M2 \geq 5$ . Bij drie middelen geldt 'hoog' als  $M1 \geq 4$  en  $M2 \geq 4$  en  $M3 \geq 4$ .

#### **Voorbeelden**

- Cliënt 1: ernstscore alcohol 2, ernstscore drugs 5 en ernstscore gokken 0 leidt tot een 'matige' score op de ernst van de verslaving. Er is namelijk problematisch gebruik op één leefgebied (drugs) en de score 5 valt in de 'matige' indeling van 4-6.
- Cliënt 2: ernstscore alcohol 7, ernstscore drugs 0 en ernstscore gokken 2 leidt tot een 'hoge' score op de ernst van de verslaving. Er is weer problematisch gebruik op één leefgebied (nu alcohol) en de score 7 valt in de 'hoge' indeling van 7-9.

- Cliënt 3: ernstscore alcohol 5, ernstscore drugs 5 en ernstscore gokken 0 leidt tot een 'hoge' score op de ernst van de verslaving. Er is nu sprake van problematisch gebruik op twee leefgebieden (alcohol en drugs). Twee scores van 5 of hoger leiden tot een 'hoge' indeling van de ernst van de verslaving.

De indeling van de ernst van de verslaving in laag, matig of hoog (op basis van de EuropASI) kan alleen door de *verslavingsarts* gewijzigd worden in een andere indeling. De arts kan dit doen op basis van de uitslag van het bloedonderzoek of op basis van een medisch consult en dient dit te beargumenteren in het dossier.

*Let op: De hulpverlener kan op basis van het medisch observatieformulier niet besluiten om de ernst van de verslaving hoger in te delen dan de indeling die volgt uit de EuropASI. Medische observaties kunnen alleen leiden tot het aanvragen van een (aanvullend) medisch consult. De verslavingsarts kan op basis van het medische consult besluiten de ernst van de verslaving te verhogen.*

### **3. Ernst van comorbide psychopathologie**

Ernst van de comorbide psychopathologie wordt ingedeeld in de categorieën:

[laag] of [matig] of [hoog].

De eerste indeling van de ernst van de psychopathologie gebeurt door middel van de ernstscore op de Europ-ASI op het leefgebied psycho-emotionele klachten (let op: de scores zijn afwijkend van de indeling op ernst van de verslaving):

- laag: ernstscore 1-3
- matig: ernstscore 4-5
- hoog: ernstscore 6-9

De indeling van de ernst van de psychopathologie in laag, matig of hoog (op basis van de EuropASI) kan alleen door de psychiater / psycholoog gewijzigd worden in een andere indeling. De psychiater / psycholoog kan dit doen op basis van een psychiatrische / psychologische consult en dient dit te beargumenteren in het dossier.

### **4. Mate van sociale integratie**

De mate van sociale integratie wordt ingedeeld in de categorieën: [goed] of [matig] of [slecht].

De eerste indeling van de mate van sociale integratie gebeurt door middel van de *gemiddelde* ernstscore op de EuropASI op de leefgebieden (a) arbeid, opleiding en inkomen, (b) familie / sociale relaties de aan de EuropASI toegevoegde leefgebieden (c) financiële situatie, (d) huisvesting en (e) vrijetijdsbesteding.

- goed: gemiddelde ernstscore 1-3
- matig: gemiddelde ernstscore 4-5
- slecht: gemiddelde ernstscore 6-9

De indeling van de mate van sociale integratie in goed, matig en slecht (op basis van de

EuropASI) kan alleen door de systeemtherapeut gewijzigd worden in een andere indeling. De systeemtherapeut kan dit doen op basis van een systeemdiagnostisch consult en dient dit te beargumenteren in het dossier.

### **3. Indicatiestelling**

Het proces van indicatiestelling bestaat uit twee stappen:

- a. vaststellen van de intensiteit / omvang van het traject
- b. vaststellen van de inhoud / aard van het traject in termen van modules. Een traject kan bestaan uit verslavingsmodules, ondersteunende modules (psychosociaal en maatschappelijk), begeleidingsmodules en structuur-modules. Afhankelijk van de intensiteit / omvang van het traject varieert het aantal modules dat geïndiceerd kan worden.

Volg de volgende stappen:

#### **a. vaststellen van de intensiteit / omvang**

Bepaal met de beslisboom indicatiestelling op basis van de scores op de 4 indicatoren de aangewezen intensiteit van het traject. Het resultaat is een intensiteitstraject:

#### ***Voorbeeld van intensiteitstrajecten (Jellinek)***

1. *Kort Ambulante Behandeling.* Traject 1 is het minst intensieve aanbod. Dit traject heeft voor de cliënt een minimale invloed op zijn dagelijks leven. Het traject bestaat uit één verslavingsmodule en wordt gedurende 3 maanden uitgevoerd.
2. *Ambulante Behandeling.* Traject 2 is een intensiever aanbod, zowel in duur als in aantal modules. Dit traject heeft voor de cliënt enige invloed op zijn dagelijks leven. Naast een verslavingsmodule kunnen er maximaal 3 ondersteunende modules worden geïndiceerd. Het traject bestaat dus uit enkele modules die gedurende 6 maanden worden uitgevoerd. Dit traject kan vooraf worden gegaan door een 12 daagse voltijd klinische detoxificatie.
3. *Deeltijd / Klinische Behandeling.* Traject 3 is het intensiefste aanbod. Dit traject heeft voor de cliënt een grote invloed op zijn dagelijks leven doordat de cliënt minimaal een dagbehandeling en maximaal een voltijds klinische behandeling krijgt aangeboden. Het traject bestaat uit een groot aantal modules (verslavings-, ondersteunende, begeleidings- en structuurmodules) die gedurende 6 maanden worden uitgevoerd gevolgd door een nazorgperiode van minimaal 6 en maximaal 12 maanden. Dit traject wordt altijd vooraf gegaan door een 12 daagse voltijd klinische detoxificatie.
4. *Lang Ambulante Zorg.* Traject 4 is een extensief zorgaanbod. In dit traject is de doelstelling van de cliënt ten aanzien van verslaving niet langer stoppen met gebruik (abstinentie), maar het beperken van de schade van gebruik (harm reduction). Het zorgtraject heeft een wisselende invloed op de cliënt doordat het wisselend pro-actief en reactief is. Het zorgtraject bestaat uit een breed aantal (vooral

maatschappelijk georiënteerde) modulen en is langdurig (> 6 maanden). In het 'lang-ambulante' zorgtraject zijn zowel (regelmatige) kortdurende klinische opnames (time-outs) mogelijk alsmede deeltijd klinische dagbestedingen.

**- open tekst -**

***Hier worden de intensiteitstrajecten bescheven die worden onderscheiden in de betreffende instelling en dienen als vervanging van bovenstaand voorbeeld***

#### **Het gebruik van de beslisboom**

De keuze voor één van de vier intensiteitstrajecten gebeurt als volgt: begin linksboven en volgt de pijl naar beneden richting behandelgeschiedenis. Er zijn 4 mogelijkheden in het schema op de indicator behandelgeschiedenis te weten: [0-1] of [2] of [3-5] of [>5]. Er is maar één score mogelijk. Bij het eerste rechthoekige blokje wordt gevraagd of de behandelgeschiedenis 0 of 1 is. Is dit niet het geval, volg dan de pijl verder naar beneden. Is de behandelgeschiedenis wel 0 of 1 dan is de cliënt geïndiceerd voor intensiteitstraject 1: Kort Ambulante Behandeling, mits er geen contra-indicaties zijn. Volg vanuit de behandelgeschiedenis de pijl naar rechts om eventuele contra-indicaties te bepalen. De eerste contra-indicator is een hoge ernst van de verslaving, gevolgd door een hoge ernst van de comorbide psychopathologie en tot slot een slechte mate van sociale integratie. Indien één van de contra-indicatoren van toepassing is dan betekent dat dat intensiteit 1 (Kort Ambulante Behandeling) te licht bevonden is. In de beslisboom wordt dan verschoven naar een zwaarder intensiteitsniveau: in dit geval dus naar intensiteit 2: Ambulante Behandeling. Bij deze intensiteit is er maar sprake van 1 contra-indicator te weten een slechte sociale integratie. Indien deze van toepassing is wordt wederom in de beslisboom één intensiteit naar beneden verschoven: intensiteit 3 (Deeltijd / Klinische Behandeling) waarvoor geen contra-indicaties gelden.

***Bovenstaande beschrijving dient aangepast te worden aan intensiteitstrajecten en beslisboom van de betreffende instelling***

#### **b. Vaststellen van de inhoud / aard**

- Bestudeer de ernstscores op de verschillende leefgebieden van de Europ-ASI. Bekijk of er verbanden bestaan tussen de probleemgebieden.
  - Bepaal op basis van de ASI-scores, beleidsrichtlijnen en klinische ervaring welke modulen geïndiceerd zijn.

**- open tekst - bijvoorbeeld beleidsrichtlijnen ed.**

## Voorbeelden indicatiestelling

### 1. David

David is een 23-jarige man die zich aanmeldt voor zijn cannabisgebruik. Hij blowt sinds een half jaar dagelijks, twee tot drie joints. Hij drinkt in het weekend als hij uitgaat maximaal 5 glazen alcohol. Zijn HEAO-studie vordert nauwelijks de laatste maanden. Hij woont op een studentenflat. Contacten met ouders en twee broers noemt hij redelijk. Hij is 4 jaar geleden eenmaal opgenomen geweest voor klinische detoxificatie vanwege overmatig alcoholgebruik. In die periode dronk hij fors. Hij geeft aan dat dit kwam doordat hij net op kamers woonde. Tevens zijn zijn ouders in die periode gescheiden. Peter is na drie dagen tegen advies vertrokken. Hij is van die opname zo geschrokken dat hij sindsdien zijn alcoholgebruik weet te controle.

#### **Indicatoren**

Behandelgeschiedenis: 0

Ernst van de verslaving: matig (ASI =5 )

Ernst van de comorbide psychopathologie: laag

Mate van sociale integratie: goed

#### **Indicatiestelling**

Kort Ambulant traject: leefstijltraining I (4 gesprekken individueel) / leefstijltraining III (6 gesprekken groep)

### 2. Leon

Leon is een 30-jarige man die zich aanmeldt voor zijn cocaïnegebruik. Hij werkt als dj in een loungebar. Sinds zijn partner hem 4 maanden geleden heeft verlaten snuift hij dagelijks cocaïne, tot een gram per dag. Hij blijkt daarnaast elke dag zo'n 5 – 8 glazen alcohol te drinken. Leon heeft de laatste maanden veel last van sterke wisselende stemmingen en komt steeds meer in de problemen op zijn werk. Zijn schulden zijn inmiddels opgelopen tot zo'n 6000 euro. Twee jaar geleden heeft hij zich ook bij de Jellinek aangemeld voor hulp bij het onder controle krijgen van het cocaïnegebruik. Na 5 gesprekken op het CAD heeft hij toen het contact verbroken.

#### **Indicatoren**

Behandelgeschiedenis: 1

Ernst van de verslaving: hoog (ASI: M1=5 en M2=5)

Ernst van de comorbide psychopathologie: laag

Mate van sociale integratie: matig

#### **Indicatiestelling**

Ambulant traject: leefstijltraining II (10 gesprekken individueel) / leefstijltraining IV (15 gesprekken groep) eventueel ondersteund met een medische module als terugvalpreventie

### **3. Bianca**

Bianca is een 43-jarige alleenstaande vrouw die zich in verband met alcoholgebruik aanmeldt. Zij drinkt dagelijks een fles wijn per dag. In het weekend als ze met vrienden uitgaat drinkt ze daarnaast ook nog bier. Ze is onder behandeling van het Riagg in verband met psycho-emotionele klachten sinds ze zes jaar geleden in psychotische toestand een tentamen suïcide gedaan heeft. Deze psychose werd getriggerd door overmatig alcoholgebruik. Bij de Riagg is de diagnose "borderline" gesteld door een psychiater. Na die periode heeft ze twee jaar campral geslikt op recept van de huisarts. Dit werkte goed. Ze is echter gestopt omdat ze het niet meer nodig vond. Bianca werkt op dit moment als administratief medewerkster bij de gemeente, eerst als arbeidstherapie tijdens het reïntegratie traject na haar psychose, nu werkt ze in vaste dienst.

#### ***Indicatoren***

Behandelgeschiedenis: 1

Ernst van de verslaving: matig (ASI =5)

Ernst van de comorbide psychopathologie: matig

Mate van sociale integratie: goed

#### ***Indicatiestelling***

Kort ambulante traject (leefstijltraining I of leefstijltraining III, eventueel ondersteund met een medische module als terugvalpreventie)

### **4. Voorbereiding trajecttoewijzingsgesprek**

- - **Open tekst** – afhankelijk van toetsing door indicatiecommissie of inbreng in een casuïstiekbespreking
- Anticipeer op mogelijke bezwaren van de cliënt tegen de indicatiestelling. Bestudeer daartoe het ASI-profiel op last- en hulpscores, de hulpvraag van de cliënt op de verschillende leefgebieden en de eventuele discrepantie met de indicatiestelling. Bekijk ook de wens en verwachtingen van de cliënt met betrekking tot het vervolgaanbod zoals geuit tijdens de aanmelding.
- Check of er voldoende capaciteit is om de cliënt het geïndiceerde aanbod te doen (bijv. check of er een bed vrij is, er plekken in de groepsbehandeling voorhanden zijn).

### **5. Administratieve afhandeling**

- Maak het dossier in orde voor het trajecttoewijzingsgesprek.
- Registreer de indicatiestelling in het dossier.

- open tekst -

**Doel**

Het afsluiten van de module met een overeengekomen trajecttoewijzing

**Uitvoerende**

Hulpverlener

**Materialen**

Formulier intake

Behandelovereenkomst

Informatie / werkboek van de geïndiceerde module of programma

Formulier trajectplanning

- *open tekst* -

**Duur**

30 minuten

***Inhoudelijke beschrijving*****1. Voorbereiding**

- Zorg dat alle stappen voor het bepalen van de indicatiestelling zijn doorlopen.
- Indien de cliënt niet verschijnt op de afspraak: zie *Wat te doen als...(I)*

**2. Introductie**

- Heet de cliënt welkom.
- Vraag of er zich in de afgelopen week nog belangrijke veranderingen of ontwikkelingen hebben voorgedaan.
- Leg de doelen van deze sessie uit: het samen komen tot een beslissing over het vervolg.

### 3. Terugkoppeling van het aanvullend onderzoek en de indicatiestelling

- Herhaal de samenvatting waarmee u sessie 2 heeft afgesloten aan de hand van het probleemprofiel.
- Vul de samenvatting aan met uw eigen oordeel over de ernst van de problemen op de verschillende probleemgebieden.
- Benoem de discrepanties en overeenstemming tussen de hulpvraag en lastscores van de cliënt en uw ernstinschatting op de verschillende probleemgebieden.
- Benoem welk(e) verbanden u ziet tussen de verschillende leefgebieden en vraag of de cliënt dit herkent.
- Wanneer er aanvullende diagnostiek heeft plaatsgevonden: koppel de uitslagen en bevindingen samenvattend terug.
- Vertel de cliënt welk vervolgaanbod u het meest passend en noodzakelijk lijkt (indicatiestelling). Beargumenteer uw keuze aan de hand van de beoogde doelen van de module of het programma. Leg kort uit wat het vervolgaanbod inhoudt (duur, inhoud).
- Vraag de cliënt om een reactie.

### 4. Tot overeenstemming komen over de trajecttoewijzing

- De cliënt kan verschillende reacties geven op het vervolgaanbod.

**Wanneer de cliënt het eens is met het vervolgaanbod:** vraag naar de overwegingen om de motivatie te bevestigen. Vraag de cliënt wat het vervolgaanbod zou kunnen opleveren. Wat zijn de voor- en nadelen? Wat zouden mogelijke barrières zijn bij het doorlopen van de module of het programma? Wat zijn de nadelen en investeringen? Heeft hij of zij dat er echt voor over? Prikkel de cliënt om u ervan te overtuigen dat hij of zij gemotiveerd is.

**Wanneer de cliënt het niet eens is met het vervolgaanbod:** vraag naar de bezwaren. Identificeer de belangrijkste barrières. De volgende strategieën kunnen gebruikt worden om de cliënt te motiveren tot het vervolgaanbod:

1. Achtergrond van de barrières onderzoeken. Denk aan:
  - eerdere hulpverleningservaringen inventariseren en uitdiepen
  - verwachtingen en opvattingen inventariseren
  - praktische bezwaren inventariseren
  - stadium van motivatie peilen
2. Geruststellen
3. Informatie geven
4. Specificeren van de problematiek
5. Belang benadrukken
6. Balans opmaken van de voor- en nadelen zoals gezien door de cliënt
  7. Voorstellen het even te laten rusten en erover door te praten in een vierde gesprek.

Wanneer de cliënt een ander aanbod wil en de hulpverlener zich hierin kan vinden, kan besloten worden tot die trajecttoewijzing over te gaan, mits het *dezelfde intensiteit van hulpverlening* betreft.

- Indien er overeenstemming wordt bereikt over de trajecttoewijzing: ga verder met 5. Indien er *geen* overeenstemming wordt bereikt: maak een afspraak voor volgende gesprek en rond het gesprek af.

## 5. Trajecttoewijzing

- Wanneer er overeenstemming bestaat over het vervolg, tref dan maatregelen voor het regelen van het vervolgaanbod (bijv. het ter plaatse regelen van een afspraak of de cliënt op de wachtlijst plaatsen).
- Geef de cliënt aanvullende informatie over wat hem of haar te wachten staat in het traject. Het is van groot belang dat de cliënt goed geïnformeerd is. Geef indien van toepassing de cliënt het werkboek of de informatiebrochure van de module of het programma waarnaar de cliënt verwezen is.

### Voorbeeld

Bij toewijzing aan leefstijltraining 1 of 2 (4 of 10 gesprekken module) wordt een werkboek aan de cliënt meegegeven en gevraagd te beginnen met het bijhouden van het gebruik.

- Geef de cliënt het betreffende werkboek. Leg uit dat dit werkboek bedoeld is om de leefstijltraining te ondersteunen. De cliënt kan hierin over de inhoud van de training lezen en huiswerkopdrachten maken. Het is de bedoeling dat de cliënt het werkboek steeds meeneemt naar de sessies.
- Leg uit dat het voor de training van belang is dat de cliënt vanaf nu gaat bijhouden hoeveel en wanneer er gedronken, gebruikt of gegokt wordt. Daartoe zijn achter in het werkboek dagboekformulieren opgenomen. De uitleg voor het invullen van het dagboek staat op pag....Vat een en ander kort samen. Vraag de cliënt of dit duidelijk is.
- Vul samen de laatste gebruik/goksituatie in ter oefening. Vraag de cliënt dit voor elke situatie te doen waarin hij of zij trek ervaarde of heeft gebruikt/gegokt.
- Vraag expliciet bereidheid van de cliënt voor het bijhouden van het dagboek.

- Vul de behandelovereenkomst in en laat de cliënt ondertekenen.

## 6. Afsluiting

- Check of de cliënt nog vragen heeft.
- Rond het gesprek af.

## 8. Administratieve afhandeling

- vul het *formulier Intake* verder in
- Bereid het dossier voor voor de behandelaar.

- Stel de huisarts op de hoogte van het toegewezen traject.

- *open tekst* -

# **PROTOCOL**      *Sessie 4 Verlengde traject toewijzing*

*Sessie 4 is alleen geïndiceerd in de uitzonderlijke gevallen waarin tijdens sessie 3 geen overeenstemming wordt bereikt tussen cliënt en hulpverlener over het vervolgaanbod.*

## **Doel**

Het afsluiten van de module met een overeengekomen trajecttoewijzing

## **Uitvoerende**

Intaker

## **Materialen**

Formulier intake

Behandeloovereenkomst

Informatie / werkboek van de geïndiceerde module

Formulier trajectplanning

**- open tekst -**

## ***Inhoudelijke beschrijving***

### **1. Voorbereiding**

- Bestudeer het formulier intake en bereid u voor op de mogelijke bezwaren van de cliënt.
- Indien de cliënt niet verschijnt op de afspraak: zie *Wat te doen als...(I)*

### **2. Introductie**

- Heet de cliënt welkom.
- Leid het gesprek in met een korte samenvatting van het vorige gesprek.
- Vraag of er zich in de afgelopen week nog belangrijke veranderingen of ontwikkelingen hebben voorgedaan.
- Leg het doel van deze sessie uit: het komen tot een gezamenlijke beslissing over het vervolg.

### **3. Tot overeenstemming komen over de trajecttoewijzing**

- Vraag of de cliënt nog heeft nagedacht over het vervolgaanbod. Hoe staat hij of zij daar nu tegenover? Om tot overeenstemming te komen over de trajecttoewijzing kunnen wederom de strategieën gehanteerd worden die beschreven staan in sessie 3.

**Wanneer de cliënt het eens is met het vervolgaanbod:** vraag naar de overwegingen om de motivatie te bevestigen. Wat maakt dat de cliënt er nu anders over denkt? Vraag de cliënt wat het vervolgaanbod zou kunnen opleveren. Wat zijn de voor- en nadelen? Wat zouden mogelijke barrières zijn bij het doorlopen van de module of het programma? Wat zijn de nadelen en investeringen? Heeft hij of zij dat er echt voor over? Prikkel de cliënt om u ervan te overtuigen dat hij of zij gemotiveerd is.

**Wanneer de cliënt het niet eens is met het vervolgaanbod:** vraag naar de bezwaren. Identificeer de belangrijkste barrières. De volgende strategieën kunnen gebruikt worden om de cliënt te motiveren tot het vervolgaanbod:

1. Achtergrond van de barrières onderzoeken. Denk aan:
  - eerdere hulpverleningservaringen inventariseren en uitdiepen
  - verwachtingen en opvattingen inventariseren
  - praktische bezwaren inventariseren
  - stadium van motivatie peilen
2. Geruststellen
3. Informatie geven
4. Specificeren van de problematiek
5. Belang benadrukken
6. Balans opmaken van de voor- en nadelen zoals gezien door de cliënt

Wanneer de cliënt een ander aanbod wil en de hulpverlener zich hierin kan vinden, kan besloten worden tot die trajecttoewijzing over te gaan, mits het *dezelfde intensiteit van hulpverlening* betreft.

- Het kan voorkomen dat ook in dit gesprek geen overeenstemming wordt bereikt over de trajecttoewijzing. Rond dan het gesprek af met een samenvatting. Benoem daarin de wens van de cliënt en de redenen waarom binnen de Jellinek niet het gewenste aanbod gegeven kan worden. Geef indien mogelijk suggesties waar de hulpvraag van de cliënt eventueel wel beantwoord kan worden.

## 5. Trajecttoewijzing

- Wanneer er overeenstemming bestaat over het vervolg, tref dan maatregelen voor het regelen van het vervolgaanbod (bijv. het ter plaatse regelen van een afspraak of de cliënt op de wachtlijst plaatsen).
- Geef de cliënt aanvullende informatie over wat hem of haar te wachten staat in het traject. Het is van groot belang dat de cliënt goed geïnformeerd is. Geef indien van toepassing de cliënt het werkboek of de informatiebrochure van de module of het programma waarnaar de cliënt verwezen is.

### **Voorbeeld**

Bij toewijzing aan leefstijltraining 1 of 2 (4 of 10 gesprekken module) wordt een werkboek aan de cliënt meegegeven en gevraagd te beginnen met het bijhouden van het gebruik.

- Geef de cliënt het betreffende werkboek. Leg uit dat dit werkboek bedoeld is om de leefstijltraining te ondersteunen. De cliënt kan hierin over de inhoud van de training lezen en huiswerkopdrachten maken. Het is de bedoeling dat de cliënt het werkboek steeds meeneemt naar de sessies.
- Leg uit dat het voor de training van belang is dat de cliënt vanaf nu gaat bijhouden hoeveel en wanneer er gedronken, gebruikt of gegokt wordt. Daartoe zijn achter in het werkboek dagboekformulieren opgenomen. De uitleg voor het invullen van het dagboek staat op pag....Vat een en ander kort samen. Vraag de cliënt of dit duidelijk is.
- Vul samen de laatste gebruik/goksituatie in ter oefening. Vraag de cliënt dit voor elke situatie te doen waarin hij of zij trek ervaarde of heeft gebruikt/gegokt.
- Vraag expliciet bereidheid van de cliënt voor het bijhouden van het dagboek.

- Vul de behandelovereenkomst in en laat de cliënt ondertekenen.

### **6. Afsluiting**

- Check of de cliënt nog vragen heeft.
- Rond het gesprek af.

### **8. Administratieve afhandeling**

- vul het *formulier Intake* verder in
- Bereid het dossier voor de behandelaar.
- Stel de huisarts op de hoogte van het toegewezen traject.

- open tekst -

**DEEL III**

# **Literatuurstudie**

**Bouwstenen voor een evidence-based indicatiestelling in de  
verslavingszorg**

**Prof. dr G.M. Schippers**

**AIAR, januari 2000**

## **Inhoud**

1. Inleiding
2. Methode
3. Resultaten
  - 3.1 Matching-onderzoek alcohol
    - 3.1.1 Onderzoek tot en met MATCH
    - 3.1.2 Onderzoek buiten en na MATCH
  - 3.2 Matching-onderzoek illegale drugs
  - 3.3 Matching-onderzoek intensiteit van zorg
4. Conclusies
  - 4.1 Alcohol
  - 4.2 Illegale drugs
  - 4.3 Omvang en intensiteit
  - 4.4 Implicaties voor de praktijk van indicatiestelling in de verslavingszorg
5. Referenties

## 1. Inleiding

Zorgvuldige indicatiestelling in de verslavingszorg is van belang vanwege de complexiteit van de zorg aan verslaafden. Men kan aan een diversiteit aan middelen verslaafd raken, er is een veelheid aan verschillende vormen van behandeling en zorg en de organisatie van de zorg is veelvormig en complex. Indiciestelling in de verslavingszorg heeft betrekking op al degenen die van deze zorg gebruik maken.

Onder indicatiestelling<sup>1</sup> verstaan we *'een geformaliseerd proces van het op objectieerbare wijze vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang'* (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994). De door de NRV gehanteerde definitie is synoniem aan de Angelsaksische term 'matching', hetgeen betekent het op elkaar aansluiten van zorg en de kenmerken van de hulpvrager. Het onderscheid dat de NRV maakt tussen *aard* en *omvang* van zorg is van belang omdat een indicatie voor de intensiteit (duur, setting) van de zorg gegeven kan worden los van een indicatie voor de aard (en inhoud).

Deze literatuurstudie gaat op zoek naar empirische evidentie voor de 'matching' van de kenmerken van patiënten welke invloed hebben op de effectiviteit van de verleende zorg. We zullen achtereenvolgens aandacht besteden aan evidentie voor patiëntkenmerken bij het indiceren en toewijzen van typen behandeling of zorg aan alcoholpatiënten (par 3.1) respectievelijk aan drugspatiënten (par 3.2) en aan het indiceren van hoeveelheid (intensiteit) van behandeling of zorg (par 3.3).

Een bijzondere plaats in de indicatiestelling nemen de motieven, voorkeuren en verwachtingen van de patiënt in. Men kan deze als kenmerken van de persoon beschouwen. Het betreft echter kenmerken die beïnvloedbaar zijn in het hulpverleningscontact. Ze kunnen daarom veranderen als gevolg van hetgeen gebeurt tijdens aanmelding en intake. De motieven kunnen zelf onderwerp van interventie zijn. De voorkeur van de patiënt is in ieder geval in het bijzonder van belang tijdens het toewijzingsproces dat volgt op de indicatiestelling. In dit proces kunnen de wensen en voorkeuren naar keuze een grotere (patiënt krijgt de zorg die hij wenst, ongeacht de indicatiestelling) of kleinere (er wordt onderhandeld of zelfs zonder de patiënt beslist) rol spelen, al naar gelang het model van zorg dat men hanteert.

---

<sup>1</sup> We hanteren de termen indicatiestelling en matching in dit overzicht door elkaar.

## 2. Methode

In empirisch onderzoek naar matching moet een onderscheid gemaakt worden tussen studies met verschillende designs. Eerst is er het beperkte aantal studies dat het effect van matching van een of meer patiëntkenmerken gecontroleerd onderzoekt. Controle betekent in dat verband de random of systematische toewijzing van patiënten met bepaalde kenmerken aan bepaalde behandelingen, teneinde de differentiële effecten vast te stellen. Meer studies zijn beschikbaar waarin conclusies kunnen worden getrokken over het differentiële effect van een of meer patiëntkenmerken als nevenproduct van onderzoek naar de effecten van hulpverlening. Het betreft gewoonlijk studies die wel controleren voor behandeling versus geen of andersoortige behandeling, maar waarbij geen sprake is van systematische toewijzing op basis van matchings-kenmerken. We refereren in dit overzicht naar het eerste type studies als 'gecontroleerd' en naar het tweede type als 'niet-gecontroleerd'.

In de medische en de psychologische literatuurbestanden is gezocht naar overzichtpublicaties (human, english) over de periode 1985-heden met de volgende (sleutel) woorden: Substance use disorder (alcoholism, alcohol or drug dependence etc etc) and matching (matching treatment, assigning treatment, treatment decision, referral and admission). Voor publicaties van de laatste drie jaren is met dezelfde trefwoorden gezocht naar individuele studies.

Er werden enkele overzichtstudies aangetroffen die de resultaten samenvatten van gecontroleerde en ongecontroleerde studies. In die overzichten hebben de gecontroleerde studies prioriteit gekregen bij het trekken van conclusies. Om die reden, en omdat de algemene tendens bij zowel alcohol als drugs is dat er relatief weinig 'harde' matchingresultaten zijn, is volstaan met het rapporteren van conclusies uit de studies die in deze overzichten voorkomen. Ze zijn aangevuld met resultaten van enkele recente, niet in de overzichten opgenomen, studies.

Gezien de aard van de beschikbare literatuur maken we een onderscheid tussen onderzoek bij alcohol en bij illegale drugs. Voor alcohol werden de volgende overzichten aangetroffen: Institute of Medicine (1990), Lindstrom (1992), Mattson e.a. (1994), Kersten (1998), Mattson (1998) en McKay & McLellan (1998). Slechts Mattson e.a. (1994) is een systematische kwantitatieve review, meta-analyses zijn niet beschikbaar. Dat kan ook moeilijk omdat daarmee slechts één vorm van indicatiestelling aan de orde zou kunnen worden gesteld.

Voor drugs werden de volgende overzichten aangetroffen: McLellan & Gastfriend (1996), McKay & McLellan (1998), en Kersten (1998). Verder is gebruik gemaakt van de overzichten van effectstudies over behandeling bij illegale drugs van Carroll (1998), omdat daarin ook de

resultaten van matchingonderzoek zijn opgenomen. Dat is nauwelijks of niet het geval in andere recente overzichten van effecten van behandelingen van drugsverslaafden, zoals Van den Hurk (1997) en Van Gageldonk (1998).

Studies naar de indicatiestelling voor de omvang en intensiteit van behandeling en zorg, die steeds over alcohol- én drugspatiënten gaan, worden in een afzonderlijke paragraaf beschreven.

### **3. Resultaten**

#### **3.1 Matching-onderzoek alcohol**

##### **3.1.1 Onderzoek tot en met MATCH**

De vraag welke alcoholbehandelingen effectiever zijn bij welke patiënten is in het begin van de jaren negentig opgeworpen (Institute of Medicine, 1990; Lindstrom, 1992) en vervolgens, met name in de VS grondig aangepakt. Het gaf aanleiding tot project MATCH, de grootste psychotherapie-studie ooit verricht (project MATCH Research Group, 1997). Al het relevante onderzoek (31 studies) vóór MATCH wordt in een systematisch overzicht samengevat door Mattson e.a. (1994), geschreven ter voorbereiding op MATCH. Omdat in MATCH alle matchinghypothesen zijn getoetst die uit dit overzicht naar voren kwamen als 'kansrijk', zijn na MATCH veel gegevens uit dit overzicht verouderd. Mattson e.a. (1998) beginnen hun overzicht van vier jaar later dan ook met bespreking van de resultaten van MATCH.

De belangrijkste resultaten van MATCH waren als volgt. Drie behandelingen werden onderzocht in twee settings, uitsluitend ambulante en in een nazorgtraject: de Twelve Step Facilitation therapy (TSF, 12 zittingen), Motivational Enhancement Therapy (MET, 4 zittingen) en Cognitive Behavioral Therapy (CBT, 12 zittingen). Ofschoon alle drie behandelingen effectief waren en vrijwel alle denkbare matchingsvariabelen onderzocht werden, werden nauwelijks matching-effecten gevonden. Slechts vier patiëntkenmerken lieten enige matching-effecten zien: ernst van de comorbide psychopathologie, kwaadheid van de patiënt, sociale steun voor drinken en alcoholafhankelijkheid. In de ambulante trial hadden patiënten met geringe psychopathologie meer abstinente dagen in TSF dan in CBT. Patiënten met hogere kwaadheidscores hadden meer abstinente dagen in MET dan in TSF en CBT. Patiënten met lagere kwaadheidscores deden het daarentegen beter in TSF en CBT dan MET. Patiënten met een sociaal netwerk dat drinken steunt hadden betere resultaten in TSF dan MET (er gingen wel meer patiënten naar de AA in de TSF-conditie). In de nazorgtrial tot slot hadden patiënten met een lage alcoholafhankelijkheid betere resultaten met CBT dan TSF; patiënten met een hogere alcoholafhankelijkheid deden het beter in TSF. Van belang is dat noch de ernst van het alcoholgebruik, de mate van cognitieve beschadiging, het conceptuele niveau, de motivatie tot verandering, sociopathie of drinkerstypologie van invloed bleken op de differentiële effecten van de drie interventies.

##### **3.1.2 Onderzoek buiten en na MATCH**

Aanwijzingen voor niet in MATCH onderzochte ( of nog niet gerapporteerde) variabelen vinden we in de overzichten van Kersten (1998) en Mattson e.a. (1994). Zij concluderen beiden dat er wat aanwijzingen zijn dat persoonlijkheidskenmerken zoals het conceptuele niveau, de locus of control en

het zelfbeeld van een patiënt van belang zijn voor de inhoud/aard van de behandeling in termen van structuur en therapiestijl. Bij een complexere cognitieve stijl en een interne locus of control is een minder gestructureerde behandeling aangewezen en bij een eenvoudiger cognitieve stijl en een externe locus of control is een behandeling met meer structuur aangewezen. Alleen bij patiënten met een positief zelfbeeld kan een meer confronterende therapiestijl aangewezen zijn.

Kersten, die aan zogenaamde hulpverleningsafhankelijke variabelen in het bijzonder aandacht besteedt, concludeert uit enkele ongecontroleerde studies, dat er aanwijzingen zijn dat behandeling die overeenkomt met de wensen van de patiënt effectiever is (Thorton e.a., 1977; Kissin, Platz, & Su, 1971). In een ongecontroleerde studie van Colon & Massey (1988) en een gecontroleerde studie van Miller et al (1993) blijkt dat een behandeling die aansluit bij het verslavingsmodel (psychisch of somatisch) van de patiënt betere resultaten geeft. Hetzelfde geldt voor een behandeling die aansluit bij het stadium van motivatie van de patiënt.

Mattson e.a. (1994) maken er melding van dat differentiële effecten op basis van typologie, gevonden in een gecontroleerde studie van Litt, e.a. (1992), namelijk dat type A-alcoholisten meer baat hadden bij interactionele therapie en type B-alcoholisten bij een training in copingvaardigheden, tot nu toe in MATCH niet werden gerepliceerd. Ook vinden we bij hen melding dat Nirenberg & Liepman (1990) in een ongecontroleerde studie ter vergelijking van behandelverloop en effect van alcoholisten met en zonder alcoholisme in hun familie vonden dat dit onderscheid geen differentieel effect had. Tenslotte maken zij melding van een meta-analyse over de AA. Emrick e.a. (1993) concluderen dat kenmerken van AA deelnemers zijn: geschiedenis van externe steun om te stoppen met drinken, controleverlies, zwaar drinken, en dwangmatig gebruik. De AA zou niet geschikt zijn voor patiënten die zich niet kunnen uiten in een groep, patiënten die gecontroleerd gebruik als doel stellen en dubbele diagnose patiënten. Uit het AA-onderzoek kan worden geconcludeerd dat AA-deelname en -succes een kwestie is van zelfselectie, de wens van de patiënt is blijkbaar van cruciaal belang.

Behalve uit deze twee overzichten blijkt dat er voldoende gecontroleerde studies zijn die aantonen dat patiënten met een vaste relatie beter af zijn met gedragsrelatietherapie voor alcoholisten (McLellan & McKay, 1998).

Enkele recente, niet gecontroleerde studies concluderen dat antidepressiva een gunstig effect hebben bij ernstig depressieve alcoholisten en anxiolytica bij alcoholisten met een comorbide angststoornis (Cornelius et al, 1997).

Recent zijn een serie studies gedaan die de effectiviteit aantonen van naltrexone en acamprosaat in de behandeling van alcoholverslaving (Kranzler et al, 1999). Jaffe e a. (1996) stelt dat naltrexone vooral geïndiceerd is voor mensen met een sterke alcohol-craving en gering leervermogen. Ook in het in Nederland uitgevoerde, niet op matchingskenmerken gecontroleerde studie naar de effectiviteit van

acamprosaat in combinatie met psychosociale behandeling komt de hoeveelheid craving, gemeten met de Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) naar voren als predictor van een succesvolle uitkomst, maar dan omgekeerd: de patiënten met minder sterke craving hebben meer baat bij de behandeling (De Wildt e.a., 2000).

### **3.2 Matching-onderzoek illegale drugs**

Er is beduidend minder onderzoek beschikbaar over matchingeffecten die typerend zijn voor patiënten met afhankelijkheid van illegale drugs en polygebruikers. De belangrijkste studies komen uit de groep van McLellan en collega's. MacKay & McLellan (1998) vatten deze studies samen in een niet-kwantitatief overzicht. Zij beginnen overigens met de kanttekening dat het zicht op effect- en matchingonderzoek wordt belemmerd omdat patiënten met acute medische en psychiatrische problematiek of een geschiedenis van psychiatrische problematiek van veel studies uitgesloten zijn. Deze paragraaf wordt aangevuld met studies uit het overzicht van behandel-effectstudies van Carroll (1998).

In de overzichten wordt melding gemaakt van het onderzoek van Woody e.a. (1983), die op een gecontroleerde wijze de rol van de ernst van de psychiatrische problematiek op het effect van verschillende soorten behandeling nagingen. Standaard drug counseling werd vergeleken met standaard counseling plus psychotherapie (ondersteunende/expressieve dan wel cognitieve gedragstherapie). Patiënten met ernstige psychiatrische comorbiditeit hadden meer baat bij de additionele psychotherapie dan patiënten met minder ernstige comorbiditeit. Zo bleken depressieve patiënten meer te profiteren van psychotherapie, maar ASP-patiënten niet, tenzij ze eveneens depressief waren (Woody e.a., 1985). Deze resultaten werden in een gedeeltelijke ambulante replicatie grotendeels bevestigd (Woody e.a., 1995).

McLellan e.a. (1997) wezen in een Employee Assistance Program drugs- en alcoholpatiënten random toe aan een standaardprogramma en een 'matched to services' programma. De laatsten kregen, afhankelijk van de met de ASI vastgestelde problematiek, een therapie voor werk-, relatie- of psychiatrische problemen. Ofschoon het niet leidde tot verschil in alcohol- of druggebruik, functioneerden 'gematchte' patiënten beter op andere outcomevariabelen, maakte ze vaker de behandeling af en kwamen minder vaak terug in behandeling.

De meest veelbelovende behandelvormen voor verslaafde patiënten met AS II-persoonlijkeitsproblematiek zijn cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie (zie ook Verheul, 1997). In het geringe aantal studies dat is verricht, is vooral de antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP) onderzocht. Uit enkele studies blijkt dat gestructureerde vaardigheidstraining bij patiënten met een ASP betere resultaten oplevert dan interactionele

therapie (Kadden, Cooney, Getter, & Litt, 1989; Longabaugh, Rubin, Malloy, Beattie, Clifford, Noel, 1994). Ook Linehan's (1993) dialectische gedragstherapie laat positieve effecten zien bij suïcidale en borderline-patiënten.

Carroll e.a (1991; Carroll e.a., 1994) vonden in twee ambulante studies dat ernstiger verslaafden aan cocaïne significant beter reageerden op gestructureerde, op terugvalpreventie gerichte behandelingen dan op interpersoonlijke therapie, of op 12 stappen-achtige benaderingen, terwijl er bij de minder ernstig verslaafden geen verschil was. Ook in haar overzicht van alle gecontroleerde studies naar terugvalpreventie-methodieken bij roken, alcohol, cocaïne en marijuana concludeert zij dat de methodieken vooral goed werken voor patiënten met ernstiger psychopathologie en ernstiger afuankelijkheid (Carroll, 1998). Thornton e.a. (1998) vonden bij 60 drugsafhankelijke patiënten (het merendeel cocaïnegebruikers) dat degenen met een hoge score op verslavingsernst van de ASI meer baat hadden bij een hoog gestructureerde, gedragsgeoriënteerde behandeling dan bij een laag gestructureerde, meer counselende behandeling. Het ging in beide condities om een behandeling van 12 weken.

### **3.3 Matching-onderzoek intensiteit van zorg**

Voor wat betreft de intensiteit van de zorg (in variaties die MATCH overstijgen) geldt dat er in het algemeen genomen geen aanwijzingen zijn dat voor de meerderheid van de alcoholafhankelijken ambulante behandeling minder effectief zou zijn dan klinische behandeling (Annis, 1986; Milier & Hester, 1986). Ambulante detoxificatie en klinische detoxificatie blijken bij alcoholpatiënten even effectief (Hayashida, et al 1989). Toch bleken in MATCH de patiënten die de ambulante therapie kregen als nazorg na klinische behandeling het beter te doen dan alleen ambulante behandelden. Een review van Finney e.a. (1996), waarin ook de resultaten van niet gerandomiseerde studies waren opgenomen, vond een licht voordeel van klinische boven ambulante behandelden.

Uit hun overzicht concluderen Mattson e.a. (1994) dat sommige patiënten meer van een intensievere (dat wil zeggen langer durende) behandeling profiteren. Het betreft sociaal instabiele patiënten, patiënten met ernstige co-morbiditeit, gamma subtype, extern gecontroleerde en gedragsgehandicapte alcoholafhankelijken. In een naturalistische onderzoek naar bijna 2500 behandelde alcohol- en drugsafhankelijken concluderen Harrison en Asche (1999) recent dat uitsluitend voor de ca 16% suïcidale patiënten geldt dat klinische opname tot een hoger abstinentie leidde dan ambulante behandeling.

Voor wat betreft drugs blijkt uit enkele studies dat hoe minder stabiel de patiënt is in termen van sociale steun, huisvesting, werk, bezigheden, langerdurende klinische behandeling effectiever is dan ambulante of kortdurende klinische behandeling. Friedman e.a. (1993) stelde vast in een niet gecontroleerde studie dat langerdurende ambulante behandeling meer effect had dan kortdurende

klinische behandeling voor adolescenten met relatief meer leefstijlproblemen, problemen in het gezin, werkproblemen en ernstige psychiatrische problemen. In een RCT die dagbehandeling met klinische opname vergeleek bleken er geen verschillen in outcome, met uitzondering van de mate van sociale en psychiatrische (niet verslavings-)problemen (Guydish et al, 1999).

Bij de toewijzing van alcohol en drugs-patiënten aan verschillende intensiteitsniveaus van behandeling en zorg zijn verschillende systemen ontwikkeld waarin algoritmes worden gehanteerd die gebruik maken van meerdere kenmerken en criteria. Een voorbeeld van dergelijke algoritmen zijn de 'Cleveland'-criteria (Hoffinan e.a. (1987), de door de APA (1996) ontwikkelde richtlijnen, de criteria van de American Society of Addiction Medicine (Hoffinan, e.a. (1991) en de in Nederland voorgestelde criteria door Kersten (1998). Deze systemen hebben een intuïtieve aantrekkelijkheid en worden in de praktijk veel toegepast. De effectiviteit is echter nauwelijks of niet aan systematisch onderzoek onderworpen. In het enkele geval waarin dat wel zo is zijn de resultaten negatief. In een random gecontroleerd onderzoek bij alcohol- en cocaïne-patiënten lieten degenen die overeenkomstig de ASAM-criteria klinische dan wel intensieve ambulante behandeling kregen geen betere resultaten zien dan degenen die volgens die criteria verkeerd geplaatst werden (McKay & McLellan, 1998). Ook plaatsing volgens de Cleveland-criteria leverde geen meerwaarde op (McKay e.a., 1992).

Een simpel algoritme is de *steppedcare* benadering. Sobell en Sobell (1995, 1999) pleiten hier voor (zie ook Kersten e.a. 1999). *Stepped care* bestaat uit drie principes:

1. Assessment en behandeling worden geïndividualiseerd. Verschillende vormen en intensiteiten van assessment en behandeling worden gebruikt en afgestemd op de hulpvraag en problematiek van de patiënt.
2. De geïndiceerde behandeling is die behandeling die het minst intensief en het minst belastend is, maar waarvan wel verwacht wordt dat deze effectief is. Intensievere behandelingen worden geïndiceerd bij ernstiger problematiek.
3. De geïndiceerde behandeling is *evidence-based* of op zijn minst *consensus-based*.

Deze rechtlijnige vorm van indiceren is aantrekkelijk wanneer voor andere criteria onvoldoende *evidence* beschikbaar is. Ook vanuit het oogpunt van kosten-effectiviteit is zij aantrekkelijk.

## 4. Conclusies

### 4.1 Alcohol

- 1) In het algemeen is matching, zeker bij lichte tot middelmatige problematiek niet van vitaal belang voor de effectiviteit van zorg en behandeling. Carroll (1998) concludeert, vrij vertaald: "Enige aanwijzingen zijn er dat het niet onverstandig is patiënten met forse PP en een alcoholgerelateerde sociale omgeving te verwijzen naar een AA-achtige benadering, patiënten met weinig afhankelijkheid in hun persoonlijkheid naar CBT, boze patiënten naar Motiverende Gespreksvoering en patiënten met een sterke craving een anti-craving medicatie te geven. In het algemeen echter is het gerechtvaardigd om eenvoudig toe te wijzen aan elke effectieve behandeling beschikbaar".
- 2) Het lijkt van belang bij de keuze van de behandeling aan te sluiten bij de wens van de patiënt, diens verwachtingen op grond van het ziektebeeld dat deze heeft en het stadium van zijn motivatie. Deze patiënt'kenmerken' kunnen echter onderwerp van beïnvloeding zijn in het initiële hulpverleningscontact.
- 3) Patiënten van een lager conceptueel niveau en meer externe locus of control hebben een meer gestructureerde aanpak nodig.
- 4) Alcoholpatiënten met een vaste relatie zijn beter af met een met een gedragsrelatietherapie.
- 5) Patiënten met een ernstiger alcoholverslaving die daartoe bereid zijn dienen gestimuleerd te worden deel te nemen aan de AA mits zij zich kunnen uiten in een groep, zich niet gecontroleerd gebruik als doel stellen en geen dubbele diagnose hebben.
- 6) Bij patiënten met een ernstige comorbide angst- en depressiestoornis is waarschijnlijk daarop gerichte medicatie aangewezen.
- 7) Er zijn, buiten praktische, geen argumenten om de voorkeur te geven aan klinische boven ambulante ontgiftig.
- 8) Klinisch behandeling is aangewezen bij sociaal instabiele patiënten, patiënten met ernstige comorbiditeit, gamma subtype, extern gecontroleerde en gedragsgehandicapte alcoholafhankelijken én bij suïcidale alcohol- en drugspatiënten.

## **4.2 Illegale drugs**

- 9) Aangepaste zorg voor werk-, relatie- of psychiatrische problemen aan drugsverslaafden draagt bij tot de oplossing van de problemen.
- 10) Bij drugspatiënten met een ASP is gestructureerde vaardigheidentraining meer aangewezen dan andere vormen van therapie.
- 11) Bij ernstiger drugsverslaafden is een meer gestructureerde, gedragsgerichte, zorg meer aangewezen dan andere vormen van zorg.

## **4.3 Omvang en intensiteit**

Intensievere en langer durende zorg leidt niet zonder meer tot betere resultaten. Het is, met uitzondering van de in de voorafgaande paragraaf getrokken conclusies ook niet mogelijk aan te geven voor wie en op welk moment intensieve zorg en behandeling wel en voor wie ze niet geschikt zijn. Er zijn voornamelijk geen systemen voor indicatiestelling voor de omvang en intensiteit van zorg en behandeling die bewezen hebben tot betere resultaten te komen.

## **4.4 Implicaties voor de praktijk van indicatiestelling in de verslavingszorg**

De conclusie kan getrokken worden dat er slechts een beperkt aantal dwingende indicaties zijn af te leiden uit de effectliteratuur -belangrijker lijkt het effectieve behandeling en zorg te bieden. Tot de dimensies die indiceren tot een bepaalde vorm van behandeling behoren:

1. de ernst van de verslaving
2. de aard en mate van psychiatrische comorbiditeit
3. de aard en stabiliteit van de sociale omstandigheden (waaronder het hebben van een vaste partner)

Voor het vaststellen van de benodigde omvang en intensiteit van zorg en behandeling is, waar andere argumenten ontbreken, een vorm van *stepped care* indicatiestelling te verdedigen.

## 5. Referenties

American Psychiatric Association (1996). *Behandelingsrichtlijnen alcohol, cocaine en opiaten. Diagnostiek, ziekte-kenmerken en behandelprincipes in aansluiting op de DSM-IV*: Lisse: Swets & Zeitlinger.

Annis, H.M. (1986). Is inpatient rehabilitation cost effective? Con position. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 5, 175-190.

Carroll, K.M. (1998). Treating drug dependence: Recent advances and old truths. In W.R. Miller, & N. Heather (Eds.). (1998). *Treating Addictive Behaviors, 2e Ed.* New York: Plenum Press (pp 217-230)

Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Gordon, L.T., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R.M., & Gawin, F.H. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 171-187.

Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., & Gawin, F.H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers. Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 229-247.

Colon, I. & Massey, R.K. (1988). Patient attitudes and beliefs as predictors of treatment outcomes in detox. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 5, 235-244.

Comelius, J.R., Salloum, I.M., Ehler J.G., Jarrett P.J., Comelius, M.D., Perel, J.M., Thase, J.E., & Black, A. (1997). Fluoxetine in depressed alcoholics: A double blind placebo controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 54, 700-705.

Emrick, C.D., Tonigan, J.S., Montgomery, H., & Little, L. (1993). Alcoholics Anonymous: What is currently known? In B.S. McCrady & W.R. Miller (Eds.). *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives* (pp.41-76). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Finney, J.W., Hahn, A.C., & Moos, R.H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment of substance abuse: The need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91, 1773-1796.

Friedman, A.S., Geranick, S., Kreisher, C., & Terras, A. (1993). Matching adolescents who abuse drugs to treatment. *American Journal on Addictions*, 2, 232-237.

Gageldonk, A. van, De Zwart, W., Van der Stel, I., & Donker, M. (1997). *De Nederlandse verslavingszorg. Samenvatting van de kennis over aanbod, vraag en effect*. Trimbos-instituut.

Guydish, I. Sorensen, J.L., Chan, M., Werdegar, D., Bostrom, A., & Acampora, A. (1999). A randomized clinical trial comparing day and residential drug abuse treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 428-434

Harrison, P.A., & Asche, S.E. (1999). Comparison of substance abuse treatment outcomes for inpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 207-220.

Hayashida, M., Alterman, A.I., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Purtill, J.J., Volpicelli, J.R., Raphaelson, A.H., & Hall, C.P. (1989). Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndromes. *New England Journal of Medicine*, 320, 358-365.

Hoffman, N., Halikas, J., & Mee-Lee, D. & Weedman, R. (1991). *ASAM-Patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders* (1st ed.). Washington, DC: American Society of Addiction Medicine.

Hoffman, N., Halikas, J., & Mee-Lee, D. (1987). *The Cleveland Admission, Discharge and Transfer Criteria: Model for chemical dependency treatment programs*. Cleveland, OH: Northern Ohio Chemical Dependency Treatment Consortium.

Hurk, A. van den (1998). *Tussen de helpende en de harde hand Een studie naar mogelijkheden van succesvolle zorg voor verslaafde gedetineerden*. Academisch Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen.

Institute of Medicine (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press.

Kersten, T. (1998). *Indicatiestelling en verwijzing in de verslavingszorg: van intuïtie naar model*. Academisch proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen.

Kersten, T., Schippers, G.M., De Jong, C.A.J., Hermanides, R., & Booltink, W. (1999). *De ontwikkeling van een evidence- en consensus-based indicatiestelling in de verslavingszorg volgens het principe van stepped care*. St Oedenrode: NOV ADIC.

Kissin, B. Platz, A., & Su, W.H. (1971). Selective factors in treatment choice and outcomes of alcoholics. In N.K. Mellow & I.H. Mendelson (Eds.), *Recent advances in studies of alcoholism* (DHEW pub. nr. 71-9045, pp 782-802). Washington DC: US Government Printing Office.

Lindstrom, L. (1992). *Managing alcoholism: Matching clients to treatments*. Oxford: Oxford University Press.

Litt, M. D., Babor, T. F., DelBoca, F. K., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1992). Types of alcoholics: II. Application of an empirically derived typology to treatment matching. *Archives of General Psychiatry*, 49, 609-614.

MacKay, J.R. & McLellan, A. T. (1998). Deciding where to start: Working with polyproblem individuals. In W.R. Miller, & N. Heather (Eds.). (1998). *Treating Addictive Behaviors, 2e Ed*. New York: Plenum Press (pp 173-186).

Mattson, M.E. (1998). Finding the right approach. In W.R. Miller, & N. Heather (Eds.). (1998). *Treating Addictive Behaviors, 2e Ed*. New York: Plenum Press (pp 163-172).

Mattson, M.E., Allen, J.P., Longabaugh, R., Nickless, C.J., Connors, G.I., & Kadden, R.M. (1994). A chronological review of empirical studies matching alcoholic clients to treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 12, 16-29.

McKay, J.R., Cacciola, J., McLellan, A.T., Alterman, A.I., & Wirtz, P.W. (1997). An initial evaluation of the psychosocial dimensions of the ASAM-criteria for inpatient and day hospital substance abuse rehabilitation. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 239-252.

McLellan, A. T., & Gastfriend, D (1996). Treatment matching: Theoretical basis and practical implications. In: J. Samet & M. Stein (Eds.). *Medical clinics of North America* (pp.241- 256). New York: Sanders.

McLellan, A. T., Grissom, G.R., Zanis, D. & Brill, P. (1997). Problem-service "matching" in addiction treatment: A prospective study in four programs. *Archives of General Psychiatry*, 54,730-735.  
Miller, W.R. (1989). Matching individuals with interventions. In: R.K. Hester en W.R. Miller (Eds. ), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (pp. 261- 271). New York: Pergamon Press.

Miller, W.R., & Hester, R.K. (1986). Inpatient alcoholism. Who benefits? *American Psychologist*, 41, 794-805.

Miller, W.R., Benefield, R.G., & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of a Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) (1994). *Kwaliteitsbeleidverslavingszorg. Advies over verbetering van hulpverlening en beleid in de verslavingszorg*. Zoetermeer: Auteur.

Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of studies on alcohol*, 58,7-29.

Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149-1153.

Thomton, C.Th., Gottheil, E., Weinstein, S.P., & Kerachsky, R.S. (1998). Patient-treatment matching in substance abuse: Drug addiction severity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 6, 505-511.

Wildt, W.A.J.M. de, Schippers, G.M. van den Brink, W., Potgieter, A., & Deckers, F., & Bets, D. (2000). Does psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate in patients with alcohol problems? Submitted.

Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L., & O'Brien, C.P. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1081-1086.

Woody, G.E., McLellan, A T., Luborsky, L., & O'Brien, C.P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: A validation study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1302-1308.

**DEEL IV**

# **Bijlagen**

# Bijlage 1 **Beslisboom indicatiestelling**

*voorbeeld Jellinek*

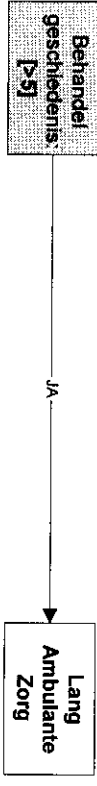
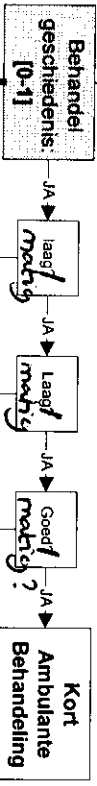
# Beslisboom Indicatiestelling (voorbeeld Jellinek)

Indicatiestellen stap 1: Intensiteit

Indicatiestellen stap 2: Inhoud

**Start**

**Let op!**  
 U kunt pas starten met het stellen van de indicatie als U de definitieve scores heeft op de indicator "Behandelgeschiedenis" en de contra-indicatoren: "ernst van de verslaving", "ernst van de psychopathologie" en "mate van sociale integratie".



**Detoxificatie**

- Ambulant
- Klinisch

**Verslaving**

**Verslavings medicatie**

**Psycho-sociaal**

- Sociale Vaardigheden
- Persoonlijke effectiviteit
- Gezins en relatie educatie
- Gezins en relatietherapie
- Psycho educatie
- Psychotherapie
- Psychiatrische hulp
- Dagbesteding
- Algemeen Dagelijks Leven (ADL)
- Psycho Motore Therapie(PMT)
- Creatieve Therapie

**Maatschappelijk**

- Werkgewenning
- Werkervaring
- Arbeidstoeleiding
- Training financiën
- Schuldsanering en beheer
- Training huisvesting
- Woonsanering en beheer

**Mentor**

- Behandelmentor
- Zormentor

**Structuur**

- Leefgroep Deeltijd Behandeling
- Leefgroep Deeltijd Zorg
- Leefgroep Deeltijd Jacob Obrechtstraat
- Leefgroep Heinze
- Leefgroep Vrouwenkliniek Lang
- Leefgroep Vrouwenkliniek Kort
- Leefgroep Jacob Obrechstraat
- Leefgroep Klinische Bedden Sarphatistraat
- Leefgroep Intercultureel Motivatie Centrum
- Leefgroep Nieuwe Skool

**NAZORG**

A  
 B

C  
 D  
 E

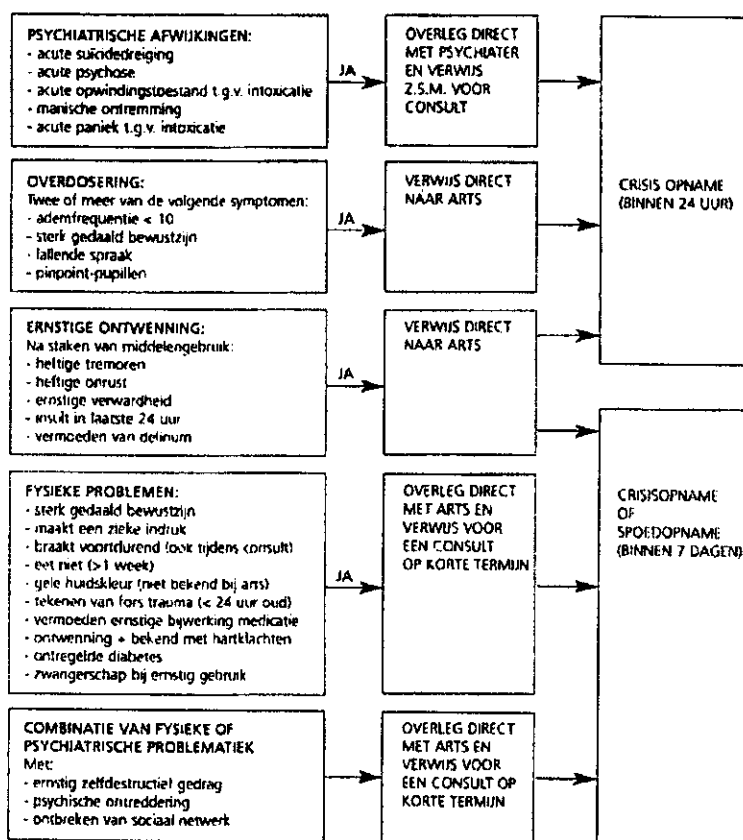
F  
 G

H

A = leefsijtraining-1 (4G), B = leefsijtraining-3 (6G), C = leefsijtraining-2 (10G), D = leefsijtraining-4 (15G), E = 10G-partner-relatie, F = leefsijtraining-5 (30G), G = 12-step-facilitator, H = spiraal-onhoog

**Bijlage 2** **Formulier spoedeisende hulp  
en medisch onderzoek**

**BIJLAGE 2A**  
**INDICATIES VOOR SPOEDCONSULT ARTS**





KLINISCHE BEHANDELING GEÏNDICEERD  
Op grond van de volgende criteria:

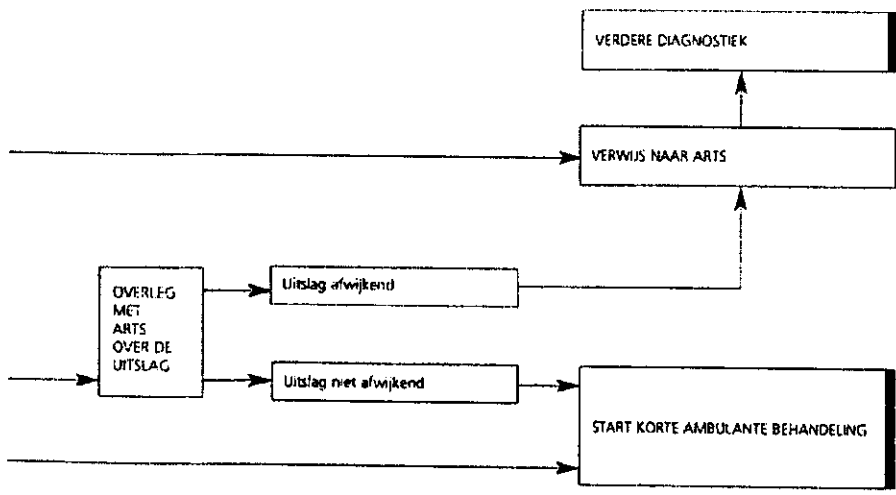
- behandelgeschiedenis > 2x
- ernst verslaving > 5
- sociale integratie slecht
- psycho-pathologie = weinig tot veel

M. Boonstra, Jellinek, januari 2000

JA

- BLOEDONDERZOEK UITVOEREN
- X-THORAX UITVOEREN
- VERWIJS NAAR ARTS VOOR AANVANG VAN DE KLINISCHE BEHANDELING

KEINISCHE BEHANDELING



**BIJLAGE 2c**  
**HOE DIT FORMULIER TE GEBRUIKEN**

**SPOEDEISENDE HULP:**

Tijdens het eerste gesprek op de poli gebruikt u pagina 63 (indicaties voor spoedconsult arts) om te beoordelen of consult van een arts op korte termijn geïndiceerd is.

**INDICATIES VOOR MEDISCH ONDERZOEK:**

M.b.v. de ASI en het "schema indicatiestelling" komt u tot een voorlopig (!) behandeladvies. Hiermee bepaalt u op pagina 64 en 65 de ingang die u gebruikt in het stroomdiagram. Markeer het door u gevolgde traject met een markeerstift.

Dus:

- Klinische behandeling is geïndiceerd:  
Gebruik de ingang rechts boven. U verwijst altijd naar de (klinische werkzame) arts. U heeft de rest van het stroomdiagram niet nodig.
- Lange ambulante behandeling of deeltijdbehandeling geïndiceerd:  
Gebruik de middelste ingang. U komt altijd uit op een verwijzing naar de arts, want de cliënt komt hoe dan ook in aanmerking voor medicamenteuze ondersteuning van de behandeling! Verwijs naar de ambulante werkende arts.  
Echter: Indien eerst klinische ontgiftiging noodzakelijk lijkt verwijst u naar de klinisch werkzame arts.
- Korte ambulante behandeling geïndiceerd:  
Gebruik de linker ingang.

**BIJLAGE 2D**  
**DE MEEST GESTELDE VRAGEN OVER DIT FORMULIER**

*Wat moet ik doen als ik me ernstig zorgen maak over een cliënt en er is geen indicatie voor een spoedconsult?*

Overleg met de arts die dienst heeft voor de aanmelding.

*Wat moet ik doen bij een acuut levensbedreigende situatie zoals een hartstilstand?*

U waarschuwt direct uw dichtsbijzijnde collega

Eén van u begint met reanimeren (alleen als u dat geleerd heeft uiteraard).

De ander belt het alarmnummer (0-)112 en/of de arts die in huis is.

*Kan de screening van de arts het gekozen behandeltraject beïnvloeden?*

Ja. Uw behandeladvies aan de cliënt kan derhalve niet definitief zijn voordat een medisch consult heeft plaatsgevonden.

*Hoe weet ik of ik een ambulante of een klinisch werkzame arts moet raadplegen?*

Zie uitleg hierboven. Het meest praktische is, wanneer de arts die gaat behandelen ook de screening doet, zeker wanneer er sprake is van een gecompliceerde problematiek.

Overleg bij twijfel met één van de artsen.

*Wat wordt bedoeld met "Maakt een zieke indruk"?*

Wanneer u tijdens het consult denkt: Deze cliënt hoort eigenlijk in bed te liggen

*Hoe weet ik of medicamenteuze ondersteuning noodzakelijk is bij ontgiften?*

Vraag naar eerdere pogingen van de cliënt om te stoppen.

(Gebruikt hij/zij thuis tranquillizers/methadon tijdens een poging tot stoppen?)

*Wie deelt de uitslag van het bloedonderzoek mee aan de cliënt?*

Dit hoort thuis bij de arts

*Moeten alle cliënten nu naar de arts?*

Nee. Statistisch gezien moet er een grote groep cliënten zijn die zonder interventie van een arts in aanmerking komt voor korte ambulante behandeling. Via de linker-onderhoek van het schema komt u daar terecht. De tijd zal leren of deze cliënten ook binnenlopen bij de aanmelding van de Jellinek.

*Ik heb het hele formulier gebruikt, maar heb nog steeds twijfels.*

Vraag een "papierconsult" aan bij de arts van de aanmelding.

## Bijlage 3 **Wat te doen als**

*In te vullen per instelling, aanvullingen indien nodig*

- A. de cliënt niet verzekerd is**
- B. de cliënt woonachtig is buiten de regio van de Jellinek**
- C. de cliënt acute maatschappelijke problemen heeft**
- D. de cliënt een taal spreekt die de trajectplanner niet machtig is**
- E. de cliënt vermoedelijk in een crisis verkeert**
- F. de cliënt te maken heeft met een justitiële maatregel**
- G. de cliënt een hulpvraag heeft op het gebied van methadon of urinecontroles**
- H. de cliënt niet komt opdagen voor een afspraak**